

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Grundfähigkeitsversicherung inklusive Deckung bei schwerer Krankheit (Körperkasko)

Inhaltsverzeichnis

Begriffsbestimmungen

- § 1 Leistungen des Versicherers im Versicherungsfall
 - § 2 Pflichten des Versicherungsnehmers
 - § 3 Versicherte körperliche und geistige Fähigkeiten
 - § 4 Versicherte schwere Krankheiten
 - § 5 Nachversicherungsgarantie
 - § 6 Umfang des Versicherungsschutzes
 - § 7 Beginn des Versicherungsschutzes
 - § 8 Kosten und Gebühren
 - § 9 Gewinnbeteiligung
 - § 10 Leistungserbringung durch den Versicherer
 - § 11 Mitwirkungspflichten im Leistungsfall
 - § 12 Nachprüfung der Leistungspflicht bei Zahlung der Rente
 - § 13 Verletzung der Mitwirkungspflichten im Leistungsfall
 - § 14 Kündigung der Versicherung
 - § 15 Erklärungen
 - § 16 Bezugsberechtigung
 - § 17 Meinungsverschiedenheiten
 - § 18 Verjährung
 - § 19 Vertragsgrundlagen
 - § 20 Anwendbares Recht
 - § 21 Aufsichtsbehörde
 - § 22 Erfüllungsort
- Wichtige Hinweise**
- Rücktrittsrechte
 - § 172 VersVG
 - Steuerliche Hinweise

Wir haben aus Gründen der Lesbarkeit auf eine geschlechtsneutrale Formulierung verzichtet. Es sind jedoch immer beide Geschlechter im Sinne der Gleichbehandlung angesprochen.

Begriffsbestimmungen

Bitte lesen Sie die folgenden Begriffsbestimmungen sorgfältig durch - sie sind für das Verständnis dieser Versicherungsbedingungen notwendig.

Bezugsberechtigter (Begünstigter)

ist die Person, die für den Empfang der Leistung des Versicherers genannt ist.

Gewinnbeteiligung

sind Ihrem Vertrag zugewiesene Überschüsse, die dazu führen, dass für einen Teil der versicherten Leistung keine Prämie zu entrichten ist und im Leistungsfall die Rentenzahlungen erhöht werden.

Grundfähigkeitsversicherung

ist eine Lebensversicherung, die eine Leistung bei Eintritt der Beeinträchtigung wesentlicher körperlicher oder geistiger Fähigkeiten der versicherten Person vorsieht.

Nettoprämie

ist die jährliche Prämie ohne Versicherungssteuer und allfällige Unterjährigkeitszuschläge.

Prämie

ist das vom Versicherungsnehmer zu zahlende Entgelt.

Tarif/Geschäftsplan

ist eine der Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA) übermittelte detaillierte Aufstellung jener Bestimmungen und versicherungsmathematischen Formeln, anhand derer die Leistung des Versicherers und die Gegenleistung des Versicherungsnehmers (Prämie) zu berechnen sind.

Versicherer

ist die Allianz Elementar Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft, 1130 Wien, Hietzinger Kai 101-105

Versicherte Person

ist die Person, für die der Versicherungsschutz abgeschlossen ist.

Versicherungsnehmer

ist der Vertragspartner des Versicherers und Träger der Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag.

§ 1 Leistungen des Versicherers im Versicherungsfall

1.1 Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten

- a) Tritt bei der versicherten Person während der Versicherungsdauer eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten im Sinne des § 3 ein, leisten wir die vereinbarte Rente und die Verpflichtung zur Prämienzahlung entfällt. Die Leistungen erbringen wir, solange die versicherte Person lebt, längstens jedoch bis zum Ende der vertraglich vereinbarten Leistungsdauer. Unsere Leistungspflicht endet auch, wenn die Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten im Sinne des § 3 entfällt.
- b) Die Ansprüche auf Befreiung von der Prämienzahlung und Rente entstehen mit Ablauf des Monats, in dem die Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten im Sinne des § 3 eingetreten ist.
- c) Bis zur Entscheidung darüber, ob ein Anspruch vorliegt, sind die Prämien in voller Höhe weiter zu entrichten. Wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen. Auf Ihren Antrag werden wir die bis zur endgültigen Entscheidung über unsere Leistungspflicht noch fällig werdenden Prämien zinsenlos stunden. Entscheiden wir nach Abschluss der Leistungsprüfung, dass kein Anspruch besteht, sind die gestundeten Prämien in einem Betrag nachzuzahlen. Auf Wunsch kann die Nachzahlung der gestundeten Prämien auch auf 12 Monate verteilt oder durch Reduktion der versicherten Leistung ausgeglichen werden.

1.2 Eintritt einer schweren Krankheit

- a) Tritt bei der versicherten Person während der Versicherungsdauer eine schwere Krankheit im Sinne des § 4 ein, zahlen wir nach Ablauf von 28 Tagen, gerechnet ab dem auf den Eintritt des Versicherungsfalles folgenden Tag, das vereinbarte Kapital.
- b) Wenn die versicherte Person vor Ablauf der 28 Tage nach Eintritt der schweren Krankheit im Sinne des § 4 stirbt, erbringen wir keine Leistung und die Versicherung erlischt.
- c) Auch nach Anerkennung einer Leistungspflicht wegen einer schweren Krankheit im Sinne des § 4 besteht Ihre Versicherung fort. Treten bei der versicherten Person nacheinander mehrere versicherte schwere Krankheiten im Sinne des § 4 ein, besteht unsere Leistungspflicht grundsätzlich auch für diese weiteren schweren Krankheiten. Dabei sind folgende Einschränkungen zu beachten:
 - Nach Eintritt einer schweren Krankheit im Sinne des § 4 gilt eine Wartezeit von drei Monaten, d.h. der Eintritt einer weiteren schweren Krankheit während dieses Zeitraums begründet keinen neuen Versicherungsfall im Sinne des § 1.2 a).
 - Wenn die versicherte schwere Krankheit im Sinne des § 4, die bereits zur Leistungspflicht geführt hat, ein weiteres Mal eintritt, kann kein weiterer Versicherungsfall im Sinne des § 1.2 a) geltend gemacht werden.
 - Alle mittelbaren und unmittelbaren Folgen einer eingetretenen schweren Krankheit im Sinne des § 4 begründen keinen weiteren Versicherungsfall im Sinne des § 1.2 a).

- ne des § 1.2 a).
- Nach einem Herzinfarkt oder einem Schlaganfall im Sinne des § 4 wird nach Eintritt einer der beiden schweren Krankheiten die jeweilige andere schwere Krankheit nicht mehr vom Versicherungsschutz umfasst. Bei Eintritt eines Herzinfarkts oder eines Schlaganfalls besteht Ihre Versicherung daher ohne Versicherungsschutz für die schweren Krankheiten Schlaganfall und Herzinfarkt fort.

1.3 Weltweiter Versicherungsschutz

Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

1.4 Leistungshöhe

Die Höhe der Leistungen entnehmen Sie bitte Ihrer Versicherungsurkunde.

§ 2 Pflichten des Versicherungsnehmers

- 2.1 Sie sind verpflichtet, den Antrag und die damit verbundenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig auszufüllen bzw. zu beantworten. Wenn eine andere Person versichert werden soll, ist auch diese für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung aller Fragen verantwortlich.
- 2.2 Werden Fragen schuldhaft unrichtig oder unvollständig beantwortet, können wir innerhalb von drei Jahren seit Abschluss, Wiederherstellung oder einer die Leistungspflicht des Versicherten erweiternden Änderung des Vertrages zurücktreten, bei Eintritt des Versicherungsfalles innerhalb dieser drei Jahre auch noch nach Ablauf dieser Frist. Wir können den Rücktritt nur innerhalb eines Monats ab Kenntnis der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben erklären. Wir können nicht vom Vertrag zurücktreten, wenn wir von der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben Kenntnis hatten oder der verschwiegene Umstand keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles hatte. Davon unberührt bleiben alle Rechte betreffend der Anfechtung des Vertrages wegen arglistiger Täuschung. Wenn wir den Vertrag anfechten oder vom Vertrag zurücktreten, haben Sie keinen Anspruch auf eine Leistung. Schuldhaft unrichtige oder unvollständige Angaben können darüber hinaus nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.
- 2.3 An Ihren Antrag sind Sie sechs Wochen ab Antragstellung gebunden.
- 2.4 Sie sind verpflichtet, die vereinbarten Prämien (einmalige oder laufende Prämien) an uns kostenfrei und rechtzeitig zu bezahlen. Eine Stundung der Prämien bedarf einer schriftlichen Vereinbarung mit uns.
- 2.5 Laufende Prämien sind Jahresprämien. Sie können nach Vereinbarung auch in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten bezahlt werden, dann jedoch mit Zuschlägen (siehe § 8.3).
- 2.6 Die erste oder einmalige Prämie wird mit Zustellung der Versicherungsurkunde, nicht aber vor Versicherungsbeginn fällig und ist sodann innerhalb von zwei Wochen zu bezahlen. Folgeprämien sind innerhalb eines Monats, bei monatlicher Prämienzahlung innerhalb von zwei Wochen, jeweils ab dem in der Versicherungsurkunde angegebenen Fälligkeitstag zu bezahlen.
- 2.7 Wenn Sie die erste oder eine einmalige Prämie nicht rechtzeitig bezahlen, sind wir leistungsfrei und können vom Vertrag zurücktreten, es sei denn Sie waren an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert. Es gilt als Rücktritt unsererseits, wenn wir die erste oder einmalige Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend machen. Bei einem Rücktritt sind die Kosten der ärztlichen Untersuchung von Ihnen zu bezahlen.

- 2.8 Wenn Sie eine Folgeprämie nicht rechtzeitig bezahlen, erhalten Sie eine schriftliche Mahnung. Bezahlen Sie den Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung festgesetzten Frist von mindestens zwei Wochen, können wir den Vertrag zum Ablauf der festgesetzten Frist kündigen, es sei denn Sie waren an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert. Im Falle unserer Kündigung entfällt Ihr Versicherungsschutz.

§ 3 Versicherte körperliche und geistige Fähigkeiten

- 3.1 Beeinträchtigung von körperlichen Aktivitäten oder Fähigkeiten der Sinne und des Intellekts

Wenn bei der versicherten Person voraussichtlich 12 Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die fachärztlich nachzuweisen sind, eine Beeinträchtigung einer der nachstehenden körperlichen Aktivitäten oder Fähigkeiten der Sinne und des Intellekts vorliegen wird oder bereits 12 Monate ununterbrochen vorlag, so liegt von Beginn an eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen vor. Die Beeinträchtigung der körperlichen Aktivitäten oder der Fähigkeiten der Sinne und des Intellekts darf nicht durch die in § 11.4 genannten zumutbaren Heilbehandlungen oder Hilfsmittel behebbar sein und muss im nachfolgend beschriebenen Umfang vorliegen.

Die Beeinträchtigung einer der beschriebenen körperlichen Aktivitäten oder Fähigkeiten der Sinne und des Intellekts ist durch einen Facharzt der entsprechenden Fachrichtung gemäß der nach aktuellem medizinischen Wissensstand üblichen Befunderhebungen nachzuweisen.

Bei den einzelnen Aktivitäten oder Fähigkeiten muss die versicherte Person in folgendem Umfang beeinträchtigt sein:

- a) Gebrauch der Beine
Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, eine Strecke von 400 Metern selbstständig und ohne Unterbrechung zurückzulegen oder eine Treppe von 12 Stufen selbstständig und ohne Unterbrechung hinauf- und hinabzusteigen. Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende Befunde erklärbar sein.
- b) Gebrauch eines Armes
Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, mit dem linken oder dem rechten Arm in Schulter- bzw. Brusthöhe zu arbeiten. Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende Befunde erklärbar sein.
- c) Gebrauch beider Hände
Die versicherte Person ist weder mit der rechten noch mit der linken Hand in der Lage, eine Flasche mit Schraubverschluss zu öffnen oder einen Schraubenzieher oder eine Rohrzange oder eine Schere bestimmungsgemäß zu benutzen. Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende Befunde erklärbar sein.
- d) Knien oder Bücken
Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, sich aus eigener Kraft zu bücken oder hinzuknien, um den Boden zu berühren und sich danach wieder aufzurichten. Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende Befunde erklärbar sein.
- e) Autofahren
Die versicherte Person ist zum Führen eines Personenkraftwagens außerstande. Der Führerschein muss nachweislich aus gesundheitlichen Gründen entzogen oder nicht erteilt worden sein. Dies muss ein verkehrsmedizinisches Gutachten bestätigen und die ursächliche gesundheitliche Beeinträchtigung muss erstmals nach Abschluss

des Vertrages aufgetreten sein. Alle Fälle, in denen der Führerschein der versicherten Person aufgrund von Alkohol- oder Drogenmissbrauch entzogen wird oder in denen die versicherte Person aufgrund einer der folgenden psychiatrischen Erkrankungen gemäß ICD-10-Code (International Classification of Diseases) zum Führen eines Personenkraftwagens außerstande ist, gelten nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Bedingungen.

F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F30-F39	Affektive Störungen
F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60-F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

- f) **Sehen**
Die Sehfähigkeit der versicherten Person ist so stark eingeschränkt, dass bezogen auf das bessere und vollständig korrigierte Auge nur noch ein Restsehvermögen von höchstens 3/60 bzw. 0,05 oder eine Einschränkung des Gesichtsfeldes auf höchstens 15 Grad Abstand vom Zentrum, also ein Gesamtgesichtsfeldwinkel von höchstens 30 Grad, besteht.
- g) **Sprechen**
Die Sprechfähigkeit oder die sprachliche Ausdrucksfähigkeit der versicherten Person ist nach abgeschlossenem Spracherwerb so weit eingeschränkt, dass die versicherte Person von ihrem sozialen Umfeld nicht mehr verstanden wird, weil sie keine verständlichen Worte mehr formen kann. Diese Beeinträchtigung muss in einem der folgenden Bereiche auftreten: Spontansprache, Nachsprechen, Benennen, Sprachverständnis. Die Schädigung muss mittels Aachener-Aphasie-Test bestätigt sein. Alle Fälle von psychogenem Sprachverlust oder Sprachverlust aufgrund neurotischer Fehlentwicklungen gelten nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Bedingungen.
- h) **Hören**
Bei der versicherten Person besteht eine Schallempfindungsschwerhörigkeit auf beiden Ohren im Frequenzbereich des gesprochenen Wortes bei 2 kHz, die mittels Tonaudiogramm (Knochenleitung) einen Hörverlust von mindestens 60 dB nachweist. Alle Fälle von psychogenem Hörverlust oder Hörverlust aufgrund neurotischer Fehlentwicklungen gelten nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Bedingungen.
- i) **Gleichgewichtssinn**
Der Gleichgewichtssinn der versicherten Person ist so stark gestört, dass ein Besteigen von Leitern bzw. von Gerüsten nicht mehr ohne stark erhöhte Unfallgefahr möglich ist. Die Schädigung muss durch eine neurologische Untersuchung bestätigt werden. Alle Fälle von Gleichgewichtsstörungen auf Basis einer psychiatrischen Erkrankung (Diagnose beginnend mit "F" nach ICD-10, wie z.B. Angstattacken, Panikstörungen) sowie aufgrund von Polyneuropathien, die nachweisbar auf langfristigen Alkoholmissbrauch zurückzuführen sind, gelten nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Bedingungen.
- j) **Intellekt**
Die geistige Leistungsfähigkeit (Gedächtnis, Konzentration, Aufmerksamkeit, Auffassung, Handlungsplanung) der versicherten Person ist so schwer gestört, dass sie alltagsrelevante Tätigkeiten nicht mehr ausüben kann. Die Ergebnisse eines allgemein anerkannten Tests, der die geistige Leistungsfähigkeit prüft, müssen ergeben, dass die versicherte Person zu den schlechtesten 10 % der Bevölkerung gehört.

3.2 Beeinträchtigung aufgrund von Pflegebedürftigkeit

Eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen liegt auch vor, wenn die versicherte Person 6 Monate ununterbrochen pflegebedürftig im Sinne der nachfolgenden Absätze a) oder b) gewesen und deswegen täglich gepflegt worden ist. In diesem Fall entsteht der Anspruch auf Prämienbefreiung und Rente mit Ablauf des 6. Monats nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit.

- a) **Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls so hilflos ist, dass sie für mindestens drei der im Folgenden genannten Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen. Bei der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit ist die erforderliche Hilfe bei folgenden Verrichtungen maßgebend: Die versicherte Person benötigt Hilfe beim**

Fortbewegen im Zimmer

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt.

Aufstehen und Zubettgehen

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.

An- und Auskleiden

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen und trinken kann.

Waschen, Kämmen oder Rasieren

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.

Verrichten der Notdurft

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil

- sie sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann
- sie ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettenschüssel verrichten kann oder weil
- der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor.

- b) **Unabhängig von der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit nach Absatz a) liegt Pflegebedürftigkeit vor, wenn die versicherte Person**

- wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf oder
- dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann.

3.3 Beeinträchtigung mit Sachwalterschaft

Eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen liegt auch vor, wenn ein Gericht anhand eines psychiatrischen Gutachtens entschieden hat, dass für die versicherte Person mindestens 12 Monate lang ununterbrochen ein Sachwalter bestellt werden musste oder voraussichtlich bestellt werden muss.
In diesem Fall entsteht der Anspruch auf Prämienbefreiung und Rente mit Ablauf des 6. Monats nach dem gerichtlichen Bestellungsbeschluss.

§ 4 Versicherte schwere Krankheiten

Die folgenden Krankheiten sind eine schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen, wenn sie die im Einzelnen genannten Voraussetzungen erfüllen. Der Eintritt einer der versicherten schweren Krankheiten ist durch einen Facharzt der entsprechenden Fachrichtung gemäß der nach aktuellem medizinischen Wissensstand üblichen Befunderhebungen nachzuweisen.

a) Herzinfarkt
Es liegt ein während der Versicherungsdauer akut aufgetretener Infarkt vor, der mit den zum Zeitpunkt des Auftretens geltenden kardiologischen Nachweisverfahren eindeutig belegt worden ist. Andere Erkrankungen des Herzmuskels, die nicht eindeutig als Herzinfarkt nachgewiesen werden können, gelten nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Bedingungen.

b) Koma
Es liegt eine schwere Funktionsstörung des Gehirns mit einem Schweregrad von höchstens 8 Punkten nach dem Glasgow-Coma-Scale für die Dauer von mindestens 4 Tagen vor. Ein "Künstliches Koma" (Langzeitnarkose), das einen zu therapeutischen Zwecken medikamentös herbeigeführten Zustand darstellt, gilt nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Bedingungen.

c) Krebs
Bei einer Krebserkrankung muss ein Zeitraum von mindestens 6 Monaten zwischen Versicherungsbeginn und Erstdiagnosestellung gelegen haben. Zudem muss

- ein solider Tumor ab einer Tumorgroße T2 oder
- ein Tumor mit Lymphknoten oder
- Fernmetastasen oder
- ein Gehirntumor ab WHO II oder
- Leukämie, Lymphomen in allen Stadien nachgewiesen werden.

d) Multiple Sklerose
Es liegt eine Multiple Sklerose in folgender Form vor:

Wenn die Erkrankung schubförmig verläuft, müssen

- mindestens zwei definierte Schübe und
- mindestens eine objektivierbare klinische Läsion (Zerstörung des Nervengewebes) und
- ein typischer Kernspin-Befund oder positiver Liquorbefund (Funktionsbefund der Rückenmarkflüssigkeit) vorliegen.

Wenn die Erkrankung chronisch fortschreitend verläuft, müssen die Symptome mit bleibenden funktionellen Einschränkungen über mindestens 6 Monate kontinuierlich zunehmen und es müssen

- mindestens eine objektivierbare klinische Läsion und
- ein typischer Kernspin-Befund oder positiver Liquorbefund und
- ein Kernspin-Befund über die Vergrößerung der Zerstörungsherde vorliegen.

Die funktionellen Einschränkungen müssen gemäß der Extended Disability Scale festgestellt worden sein. Für einen Versicherungsfall müssen sie mindestens der EDSS Stufe 4,5

entsprechen. Unklare Verdachtsfälle, wie z.B. "Klinisch isoliertes Syndrom" oder "mögliche Multiple Sklerose" gelten nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Bedingungen.

e) Schlaganfall
Es liegt ein Schlaganfall mit einem der folgenden Symptome vor, die über mindestens 3 aufeinander folgende Monate vorgelegen haben müssen oder voraussichtlich 3 Monate lang vorliegen werden: Halbseitige Lähmungen (Hemiplegie / Hemiparese), Sprachstörungen (Aphasie), Sehstörungen, Schluckstörungen, Epilepsie oder Einschränkung der alltäglichen Fähigkeiten auf unter 60 Punkte nach dem Barthel-Index (Index zur Bewertung von alltäglichen Fähigkeiten). Kurz andauernde Schlaganfälle, die folgenlos ausheilen (TIA = transitorische ischämische Attacke), gelten nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Bedingungen.

f) Querschnittslähmung
Es liegt eine Querschnittslähmung vor, bei der die Lähmung bzw. der Verlust der Gebrauchsfähigkeit beider Beine über mindestens 3 Monate vorgelegen hat und nach aktuellem medizinischen Wissensstand voraussichtlich auf Dauer fortbesteht.

§ 5 Nachversicherungsgarantie

5.1 Erhöhungsanlässe

Sie können Ihre vertraglich vereinbarten Leistungen ohne erneute Risikoprüfung bei folgenden Anlässen erhöhen, sofern die Erhöhung innerhalb von 6 Monaten seit Eintritt des Anlasses verlangt wird:

- Geburt eines Kindes der versicherten Person.
- Die Adoption eines Minderjährigen durch die versicherte Person.
- Aufnahme einer selbstständigen beruflichen Tätigkeit der versicherten Person, sofern diese die Mitgliedschaft in der für den Beruf zuständigen Kammer erfordert.
- Beendigung der Berufsausbildung bzw. Start in das Berufsleben der versicherten Person.
- Aufnahme eines Darlehens der versicherten Person zur Finanzierung einer selbst genutzten Immobilie im Wert von mindestens 100.000 EUR.
- Heirat der versicherten Person.
- Ehescheidung der versicherten Person.
- Erhöhung des Jahreseinkommens der versicherten Person unter folgenden Voraussetzungen:
Ist die versicherte Person Angestellte(r), muss die Erhöhung des garantierten Gehalts mindestens 10 % des garantierten Gehalts im Kalenderjahr zuvor betragen.
Übt die versicherte Person eine selbstständige Tätigkeit aus, muss die versicherte Person in 3 aufeinander folgenden Kalenderjahren jeweils ein um 10 % höheres Einkommen aus beruflicher Tätigkeit vor Abzug von Steuern gegenüber dem Einkommen vor Steuern in dem Kalenderjahr erzielt haben, das dem 3-Jahreszeitraum vorausgeht.
- Die versicherte Person erhält Prokura.
- Das Einkommen der versicherten Person überschreitet erstmals die österreichische Sozialversicherungshöchstbeitragsgrundlage
- Wegfall eines Vertrages auf betriebliche Altersversorgung, aufgrund dessen die versicherte Person verfallbare Versorgungsanwartschaften hatte, unter folgender Voraussetzung:
Die versicherte Person befindet sich in einem neuen, ungekündigten Arbeitsverhältnis oder hat eine selbstständige berufliche Tätigkeit aufgenommen, die die Mitgliedschaft in der für den Beruf zuständigen Kammer fordert.
- Beitragsfreistellung eines Vertrages auf betriebliche Altersversorgung, aufgrund dessen der versicherten Person verfallbare oder unverfallbare Versorgungsanwartschaften zustehen, unter folgenden Voraussetzungen:
Die versicherte Person führt den Vertrag auf betriebliche Altersversorgung nicht als Privatvertrag mit eigenen Bei-

tragen fort.

Die versicherte Person befindet sich in einem ungekündigten Arbeitsverhältnis oder hat eine selbstständige berufliche Tätigkeit aufgenommen, die die Mitgliedschaft in der für den Beruf zuständigen Kammer fordert.

5.2 Weitere Voraussetzungen

Im Übrigen gelten folgende Voraussetzungen:

- Die versicherte Person hat bei einer Erhöhung das vierzigste Lebensjahr noch nicht vollendet.
- Bei der versicherten Person liegt keine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten im Sinne des § 3 und auch keine schwere Krankheit im Sinne des § 4 dieser Bedingungen vor und es wurden noch keine Leistungen beantragt.
- Es liegt keine individuelle Anpassungsvereinbarung vor.

5.3 Grenzen

Für die Erhöhung der vertraglich vereinbarten Rente ohne Risikoprüfung gelten folgende Grenzen:

- Mindestbetrag: 600 EUR jährliche Rente
- Höchstbetrag: 4.500 EUR jährliche Rente
- mehrere Erhöhungen dürfen für alle für die versicherte Person bestehenden Renten insgesamt 9.000 EUR jährliche Rente nicht überschreiten
- die gesamten für die versicherte Person bestehenden Berufsunfähigkeitsrenten, Erwerbsunfähigkeitsrenten und Renten aus Grundfähigkeitsversicherungen müssen in einem angemessenen Verhältnis zum Einkommen der versicherten Person stehen und dürfen 70 % des Nettoeinkommens nicht übersteigen.

5.4 Auswirkungen

Bei einer Erhöhung bleibt das Verhältnis zwischen der vertraglich vereinbarten Rente und dem vertraglich vereinbarten Kapital unverändert. Der Beitrag für die erhöhte Rente und das erhöhte Kapital richtet sich nach den hierfür maßgebenden Tarifregelungen. Auf Wunsch informieren wir Sie über die Auswirkungen.

§ 6 Umfang des Versicherungsschutzes

6.1 Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht.

6.2 Wir leisten jedoch nicht, wenn der Versicherungsfall verursacht ist:

- durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- unmittelbar oder mittelbar durch Kriegseignisse. Wir werden jedoch leisten, wenn der Versicherungsfall während eines Aufenthalts der versicherten Person außerhalb von Österreich verursacht wurde und sie an den kriegerischen Ereignissen nicht aktiv beteiligt war;
- durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;
- durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. In diesen Fällen besteht der Versicherungsschutz nur dann, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit oder unter dem Druck schwerer körperlicher Leiden begangen worden sind;

- durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich den Versicherungsfall der versicherten Person herbeigeführt haben;
- durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden, dass zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Einrichtung tätig wurde;
- unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet ist, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden.

Wir leisten jedoch in den Fällen f) und g) uneingeschränkt, wenn es sich um ein räumlich und zeitlich begrenztes Ereignis handelt, bei dem nicht mehr als 1.000 Menschen unmittelbar oder voraussichtlich mittelbar innerhalb von fünf Jahren nach dem Ereignis sterben oder dauerhaft schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen erleiden werden. Die Voraussetzungen einer uneingeschränkten Leistungspflicht werden wir innerhalb von 6 Monaten seit dem Ereignis von einem unabhängigen Gutachter prüfen und gegebenenfalls bestätigen lassen. Ansprüche auf die uneingeschränkte Versicherungsleistung werden frühestens nach Ablauf dieser Frist fällig.

§ 7 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt, sobald wir die Annahme Ihres Antrages schriftlich oder durch Zustellung der Versicherungsurkunde erklärt und Sie die erste oder einmalige Prämie rechtzeitig (§ 2.6) bezahlt haben. Vor dem in der Versicherungsurkunde angegebenen Versicherungsbeginn besteht kein Versicherungsschutz.

§ 8 Kosten und Gebühren

- Die Versicherungssteuer wird entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen von Ihren Prämien in Abzug gebracht. Weiters verwenden wir Ihre Prämien zur Deckung des versicherten Risikos (vgl. § 8.2) sowie der Kosten entsprechend dem vereinbarten Tarif.
- Die Prämie zur Deckung der versicherten Beeinträchtigungen von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und schweren Krankheiten richtet sich nach dem Alter (das relevante Alter ist das Alter zu dem Geburtstag, der dem Versicherungsbeginn am nächsten liegt) und dem Beruf der versicherten Person sowie den vereinbarten Versicherungsleistungen. Für die Übernahme erhöhter Risiken insbesondere wegen Krankheit, Sport, etc. werden wir Risikozuschläge zur Prämie und/oder besondere Bedingungen mit Ihnen vereinbaren.
- Bei Vereinbarung einer halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Ratenzahlung der Prämie werden Zuschläge in Höhe von 1%, 2% bzw. 3% der Nettoprämie verrechnet.
- Die Rechnungsgrundlagen für die Ermittlung der Prämie für das versicherte Risiko und der Kosten sind Teil der versicherungsmathematischen Grundlagen des jeweiligen Tarifes. Es gilt als vereinbart, dass wir bei einer nicht nur vorübergehenden, nicht vorhersehbaren Änderung des Leistungsbedarfs gegenüber den zugrunde gelegten technischen Berechnungsgrundlagen und der daraus errechneten Prämie, eine Prämienhöhung vornehmen können (vgl. § 172 VersVG - siehe Textauszug dazu in den wichtigen Hinweisen nach diesen Bedingungen). Die korrekte Anwendung des Tarifes bzw. einer eventuellen Prämienhöhung ist von der Finanzmarktaufsicht (FMA) jederzeit überprüfbar.

8.5 Bestimmte Leistungen sind von Ihrer Prämie nicht umfasst. Für diese durch Sie veranlassten Mehraufwendungen verrechnen wir angemessene Gebühren. Die betroffenen Leistungen und die Höhe der Gebühren können Sie bei uns erfragen, unserer Homepage www.allianz.at bzw. den Vertragsunterlagen entnehmen. Diese Gebühren sind wertgesichert und verändern sich ab Beginn eines jeden Kalenderjahres in demselben Ausmaß, in dem sich der von der Statistik Austria monatlich verlaublich Verbraucherpreisindex 2000 oder ein von Amts wegen an seine Stelle tretender Index verändert hat. Den für Sie maßgeblichen Ausgangswert können Sie den Vertragsunterlagen entnehmen. Der Versicherer ist dessen unbeschadet berechtigt, geringere als die sich nach dieser Indexklausel ergebenden Gebühren zu verlangen, ohne dass dadurch das Recht verloren geht, für die Zukunft wieder die indexkonformen Gebühren zu verlangen.

§ 9 Gewinnbeteiligung

9.1 Im Wege der Gewinnbeteiligung nehmen Sie an den aus dem Geschäftsverlauf nach unserem Geschäftsplan festgestellten Überschüssen teil. Die Lebensversicherer sind zu vorsichtiger Kalkulation verpflichtet, damit die vertraglichen Leistungen auch dann erfüllt werden können, wenn sich der Schadensverlauf ungünstig entwickelt. Ist der tatsächliche Verlauf günstiger als kalkuliert, so entstehen Risikogewinne.

9.2 Alle nach diesen Bedingungen abgeschlossenen Versicherungsverträge sind dem Gewinnverband "Risiko" zugeordnet. Der Teilabrechnungsverband ist tarifabhängig und der Versicherungsurkunde zu entnehmen.

9.3 Die Beteiligung der einzelnen Verträge an den in § 9.1 beschriebenen Risikogewinnen ist so gestaltet, dass in der versicherten Leistung ein prämienfreier Leistungsbonus berücksichtigt ist. Somit ist die Prämie an der versicherten Leistung abzüglich Leistungsbonus bemessen.

9.4 Der Leistungsbonus wird auf Basis des Verhältnisses ermittelt, das sich bei einem Vergleich der im entsprechenden Teilabrechnungsverband beobachteten Schadenswahrscheinlichkeiten mit der rechnermäßigen Schadenswahrscheinlichkeit laut Geschäftsplan ergibt.

9.5 Laufende Rentenzahlungen sind ebenfalls gewinnberechtigt. Sie steigen jährlich zum vollen Versicherungsjahr um den Zinsgewinnanteilsatz, der in Prozent angegeben ist. Dieser kann auch Null sein.

9.6 Die Basis für den Leistungsbonus und der Zinsgewinnanteilsatz werden jährlich vom Vorstand der Allianz Elementar Lebensversicherungs-AG auf Vorschlag des verantwortlichen Aktuars unter Beachtung der maßgebenden aufsichtsrechtlichen Bestimmungen festgelegt und im Geschäftsbericht veröffentlicht. Sie können für die einzelnen Teilabrechnungsverbände und für in Sonderverbänden geführte Gruppen von Versicherungsverträgen, die sich nach Versicherungsart oder anderen objektiven Merkmalen unterscheiden, in unterschiedlicher Höhe festgesetzt werden.

§ 10 Leistungserbringung durch den Versicherer

10.1 Nach Prüfung der bei uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir, ob, in welchem Umfang und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen. Bei Rentenzahlung können wir auch ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis aussprechen.

10.2 Leistungen an einen im Ausland wohnhaften Bezugsberechtigten erbringen wir, sobald uns nachgewiesen wird, dass wir die Zahlung ohne Gefahr der Haftung für Steuern vornehmen dürfen. Wir können verlangen, dass der Bezugsberechtigte den erforderlichen behördlichen Nachweis vorlegt. Bei Überweisungen außerhalb der Europäischen Union trägt der Empfänger die Gefahr und Kosten.

§ 11 Mitwirkungspflichten im Leistungsfall

11.1 Werden Leistungen wegen einer Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten im Sinne des § 3 oder wegen einer schweren Krankheit im Sinne des § 4 verlangt, sind uns unverzüglich auf Kosten des Ansprucherhebenden folgende Unterlagen einzureichen:

- a) Ausführliche, aussagekräftige Befundberichte der Fachärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, mit Nachweisen über Ursache, Beginn, Art, Schweregrad, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie ggf. über dessen Auswirkungen auf eine der in § 3 beschriebenen körperlichen oder geistigen Fähigkeiten.
- b) Bei Bestellung eines Sachwalters der gerichtliche Beststellungsbeschluss.
- c) Bei Pflegebedürftigkeit eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege.

11.2 Wir können außerdem - dann aber auf unsere Kosten - weitere Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte und sonstige Sachverständige verlangen. Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder Pflege war oder sein wird, sowie Sachverständige, Pflegepersonen, andere Personenversicherer und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in Österreich durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir die Untersuchungskosten, nicht jedoch die Reise- und Aufenthaltskosten.

11.3 Wir können verlangen, dass uns ein amtlicher Nachweis vorgelegt wird, aus dem hervorgeht, dass die versicherte Person am Fälligkeitstag der Rentenzahlung bzw. des Kapitals bei Eintritt einer schweren Krankheit gelebt hat. Der Tod der versicherten Person ist uns unverzüglich anzuzeigen.

11.4 Die versicherte Person ist dazu verpflichtet, geeignete Hilfsmittel (z.B. Sehhilfe, Prothese) zu verwenden und zumutbare Heilbehandlungen vorzunehmen, die eine wesentliche Besserung ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung erwarten lassen. Zumutbar sind Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind.

11.5 Zu Unrecht erhaltene Zahlungen sind an uns zurückzuzahlen.

§ 12 Nachprüfung der Leistungspflicht bei Zahlung der Rente

12.1 Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht aufgrund der Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten im Sinne von § 3 sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Beeinträchtigung nachzuprüfen; bei einem zeitlich befristeten Anerkenntnis gilt dies ab Ablauf des Anerkenntniszeitraumes.

12.2 Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen des § 11.2 gelten entsprechend.

12.3 Eine Minderung der Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten im Sinne des § 3 müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

12.4 Stellen wir fest, dass die Voraussetzungen der Leistungspflicht im Sinne von § 1 und § 3 entfallen sind, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn wir Ihnen die Veränderung in Textform darlegen. Die Einstellung unserer Leistung wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung

bei Ihnen wirksam. Zu diesem Termin muss, sofern die Prämienzahlungsdauer nicht abgelaufen ist, die Prämienzahlung wieder aufgenommen werden.

§ 13 Verletzung der Mitwirkungspflichten im Leistungsfall

13.1 Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 11 oder § 12 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Ansprucherhebenden vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht bleiben die Ansprüche aus der Versicherung jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist.

13.2 Wird eine Mitwirkungspflicht zum Nachweis des Versicherungsfalles (§ 11) verspätet erfüllt, sind wir für die Dauer von bis zu 3 Jahren rückwirkend ab dem Zeitpunkt der Erfüllung dieser Pflicht nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Wird eine Mitwirkungspflicht nach § 12 verspätet erfüllt, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet.

§ 14 Kündigung der Versicherung

14.1 Sie können Ihren Versicherungsvertrag schriftlich kündigen:

- jederzeit mit Wirkung zum Schluss des laufenden Versicherungsjahres
- innerhalb eines Versicherungsjahres mit 3-monatiger Frist mit Wirkung zum Monatsende, frühestens jedoch mit Wirkung zum Ende des ersten Versicherungsjahres.

14.2 Wenn Sie Ihre Versicherung kündigen, hängt die Wirkung auf Ihre Versicherung davon ab, ob bei der versicherten Person zum Zeitpunkt der Kündigung eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten im Sinne des § 3 vorliegt:

- a) Wenn bei der versicherten Person zum Zeitpunkt der Kündigung eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten im Sinne des § 3 vorliegt, bleiben Ansprüche aus Ihrer Versicherung aufgrund einer bereits vor Kündigung eingetretenen Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten bestehen. Eine laufende Rente im Sinne des § 1.1 wird weiter gezahlt.
- b) Liegt bei der versicherten Person zum Zeitpunkt der Kündigung keine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten im Sinne des § 3 vor, erlischt die Versicherung bei Kündigung.

14.3 Wenn Sie Ihre Versicherung kündigen, haben Sie weder einen Anspruch auf einen Rückkaufswert noch auf eine Rückzahlung der Prämien. Auch eine Prämienfreistellung ist nicht möglich.

§ 15 Erklärungen

Alle Ihre Erklärungen sind gültig, wenn sie schriftlich erfolgen und bei uns eingelangt sind. Unsere Erklärungen erfolgen grundsätzlich ebenfalls schriftlich. Nach Eintritt des Versicherungsfalles können wir eine Ablehnung, einen Rücktritt oder eine Anfechtung auch einem berechtigten Dritten gegenüber erklären. Wenn Sie Ihren Wohnort wechseln, müssen Sie uns Ihre neue Adresse mitteilen, andernfalls richten wir unsere Erklärungen rechtswirksam an Ihre letzte uns bekannte Adresse. Wenn Sie Ihren Wohnort außerhalb Europas nehmen, müssen Sie uns eine Person innerhalb Österreichs benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Erklärungen an Sie entgegenzunehmen.

§ 16 Bezugsberechtigung

16.1 Sie bestimmen, wer bezugsberechtigt ist. Änderungen der Bezugsberechtigung müssen uns schriftlich angezeigt werden.

16.2 Sie können auch bestimmen, dass der Bezugsberechtigte das Recht auf die künftige Leistung unwiderruflich und damit sofort erwerben soll. Dann kann das Bezugsrecht nur noch mit dessen Zustimmung geändert werden.

§ 17 Meinungsverschiedenheiten

17.1 Sind Sie mit unserer Entscheidung nicht einverstanden, können Sie innerhalb eines Jahres nach Zugang unserer in geschriebener Form erfolgten Erklärung den Anspruch gerichtlich geltend machen.

17.2 Verstreicht diese Frist, ohne dass bei Gericht Klage erhoben wird, so sind weitergehende Ansprüche als wir sie anerkannt haben, ausgeschlossen.

§ 18 Verjährung

Sie können Ihre Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag innerhalb von 3 Jahren ab Fälligkeit der Leistung geltend machen. Danach tritt Verjährung ein. Steht der Anspruch einem anderen zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung bekannt geworden ist. Ist ihm sein Recht nicht bekannt geworden, so verjähren die Ansprüche nach 10 Jahren ab Fälligkeit der Leistung.

§ 19 Vertragsgrundlagen

Vertragsgrundlagen sind Ihr Antrag, die Versicherungsurkunde samt sonstiger Anlagen, der dem Vertrag zugrunde liegende Tarif, die vorliegenden Versicherungsbedingungen und gegebenenfalls Klauseln, und sofern von uns verlangt, Erklärungen zum Gesundheitszustand und besonderen Gefahren sowie ärztliche Untersuchungsbe funde. Bei Verlust der Versicherungsurkunde stellen wir Ihnen gegen eine entsprechende Verlusterklärung eine Ersatzurkunde aus.

§ 20 Anwendbares Recht

Dieser Vertrag unterliegt österreichischem Recht ohne die Verweisungsnormen des österreichischen internationalen Privatrechts.

§ 21 Aufsichtsbehörde

Der Versicherer und der diesem Versicherungsvertrag zugrunde liegende Tarif unterliegen der Kontrolle und Aufsicht durch die Finanzmarktaufsicht (FMA), A-1090 Wien, Otto-Wagner-Platz 5 (www.fma.gv.at), die auch für Beschwerden der Versicherungsnehmer / versicherten Personen zuständig ist.

§ 22 Erfüllungsort

Erfüllungsort für die Versicherungsleistung ist die Generaldirektion des Versicherers.

Wichtige Hinweise

Welche Rücktrittsrechte bestehen?

Ein Rücktritt bedarf zu seiner Rechtswirksamkeit der Schriftform; es genügt, wenn die Erklärung innerhalb der jeweiligen Frist abgesendet wird.

Rücktrittsrecht nach § 3 Konsumentenschutzgesetz (gilt nur für Verbraucher)

Hat der Versicherungsnehmer den Versicherungsantrag außerhalb der von der Versicherung dauernd benützten Räume unterfertigt, kann er bis zum Ende einer Woche nach Zustandekommen des Vertrages schriftlich vom Antrag bzw. Vertrag zurücktreten. Hat der Versicherungsnehmer die geschäftliche Beziehung zum Zwecke der

Schließung des Vertrages selber angebahnt, steht ihm das Rücktrittsrecht nicht zu.

Rücktrittsrecht nach § 3a Konsumentenschutzgesetz (gilt nur für Verbraucher)

Wenn für die Einwilligung des Versicherungsnehmers maßgebliche Umstände, deren Eintritt ohne seine Veranlassung durch Versicherer oder Vermittler in den Vertragsverhandlungen als wahrscheinlich dargestellt wurden, nicht oder nur in erheblich geringerem Ausmaß eintreten, kann der Versicherungsnehmer binnen einer Woche schriftlich vom Antrag bzw. Vertrag zurücktreten. Maßgebliche Umstände sind insbesondere die Aussicht auf einen Kredit. Die Frist beginnt zu laufen, sobald für den Antragsteller erkennbar ist, dass die maßgeblichen Umstände nicht oder nur in erheblich geringerem Ausmaß eintreten. Dieses Rücktrittsrecht steht dem Antragsteller nicht zu, wenn er wusste oder wissen musste, dass die maßgeblichen Umstände nicht oder nur in erheblich geringerem Ausmaß eintreten werden, oder wenn der Ausschluss dieses Rücktrittsrechtes mit dem Antragsteller individuell vereinbart wurde oder sich die Versicherung zu einer angemessenen Anpassung des Vertrages bereit erklärt. Das Rücktrittsrecht erlischt jedoch spätestens 1 Monat nach Zustandekommen des Vertrages.

Rücktrittsrecht nach § 5b Versicherungsvertragsgesetz

Sofern der Versicherungsnehmer seine Vertragserklärung dem Versicherer oder dessen Beauftragten persönlich abgibt und keine Kopie seiner Vertragserklärung erhalten hat, die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Festsetzung der Prämie, soweit diese nicht im Antrag bestimmt ist, und über vorgesehene Änderungen der Prämie nicht vor Abgabe seiner Vertragserklärung erhalten hat oder die in §§ 9a, 18b VAG und, sofern die Vermittlung durch einen Versicherungsagenten erfolgte, die §§ 137f Abs. 7 bis 8 und § 137g GewO 1994 unter Beachtung des § 137h GewO 1994 vorgesehenen Mitteilungen nicht erhalten hat, kann der Versicherungsnehmer ab Erhalt der vorgenannten Informationen binnen zweier Wochen nach Zustandekommen des Vertrages vom Vertrag zurücktreten. Die Frist zu diesem Rücktritt beginnt erst zu laufen, wenn der Versicherungsnehmer die Versicherungsurkunde und die Versicherungsbedingungen erhalten hat und über das Rücktrittsrecht belehrt wurde und die vorhin genannten Mitteilungspflichten erfüllt worden sind. Das Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat nach Zugang der Versicherungsurkunde einschließlich einer Belehrung über das Rücktrittsrecht. Hat der Versicherer vorläufige Deckung gewährt, so gebührt ihm hierfür die ihrer Dauer entsprechende Prämie.

Rücktrittsrecht nach § 165a Versicherungsvertragsgesetz

Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, binnen 30 Tagen nach dem Zustandekommen des Vertrags von diesem zurückzutreten (ausgenommen Gruppenversicherungsverträge). Hat der Versicherer vorläufige Deckung gewährt, so gebührt ihm hierfür die ihrer Dauer entsprechende Prämie.

Rücktrittsrecht nach § 8 Fern- Finanzdienstleistungs- Gesetz

Wurde der Vertrag ausschließlich im Wege des Fernabsatzes (d.h. z.B. über Internet, e-mail, direct mail, Telefon) abgeschlossen, hat der Versicherungsnehmer die Möglichkeit, innerhalb von 30 Tagen schriftlich zurückzutreten. Die Frist beginnt ab Erhalt der Vertragsunterlagen.

Auszug aus dem VersVG idF der VersRÄG 2006 § 172 Vers VG

Bietet eine Lebensversicherung Versicherungsschutz für ein Risiko, bei dem ungewiss ist, ob und wann der Versicherungsfall eintreten wird, so darf sich der Versicherer für den Fall einer nicht nur vorübergehenden nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen und der daraus errechneten Prämie eine Erhöhung der Prämie in sinngemäßer Anwendung des § 178f ausbedingen.

Steuerliche Hinweise für Privatkunden - Stand April 2012 (Vorbehaltlich Änderungen durch den Gesetzgeber)

Es ist nicht möglich, hier auf alle Steuerbestimmungen im Zusammenhang mit Lebensversicherungen einzugehen. Fragen richten Sie bitte an uns oder an Ihren Steuerberater.

Versicherungssteuer:

Prämien für Lebensversicherungen unterliegen der Versicherungssteuer, wenn der Versicherungsnehmer bei Zahlung der Prämie seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Österreich hat. Sie beträgt 4% der Prämie, bei Verträgen mit nicht laufender, im Wesentlichen gleichbleibender Prämienzahlung mit einer Laufzeit unter 15 Jahren 11%. Eine nachträgliche Versicherungssteuer von 7% der Prämie wird insbesondere vorgeschrieben, wenn eine

- Kapitalversicherung oder Rentenversicherung mit nicht laufender im Wesentlichen gleichbleibender Prämienzahlung innerhalb von 15 Jahren (für Vertragsabschlüsse bis 31.12.2010: 10 Jahre) ab Vertragsabschluss rückgekauft wird oder
- eine Rentenversicherung mit nicht laufender im Wesentlichen gleichbleibender Prämienzahlung, bei der der Beginn der Rentenzahlung vor 15 Jahren (für Vertragsabschlüsse bis 31.12.2010: 10 Jahre) ab Vertragsabschluss vereinbart ist, mit einer Kapitalzahlung abgefunden wird.

Sonderausgaben:

Im Rahmen des §18 EStG können Prämienzahlungen für Verträge mit vereinbarter lebenslanger Rentenzahlung und Risikoversicherungen als Sonderausgaben geltend gemacht werden. Werden die Prämien im Rahmen der Sonderausgabenbestimmungen steuerlich geltend gemacht, führt die Gewinnentnahme bzw. eine Kapitalzahlung anstelle der lebenslangen Rentenzahlung, die Abtretung oder der Rückkauf zu einer Nachversteuerung der abgesetzten Prämien.

Besteuerung der Versicherungsleistung:

Einmalige Versicherungsleistungen bei Verträgen gegen laufende, im Wesentlichen gleichbleibende Prämienzahlung unterliegen weder der Einkommen- noch der Kapitalertragsteuer.

Bei Verträgen, bei denen keine laufende, im Wesentlichen gleichbleibende Prämienzahlung vereinbart ist und die Höchstlaufzeit des Vertrages weniger als 15 Jahre beträgt (für Vertragsabschlüsse bis 31.12.2010: 10 Jahre) sind Unterschiedsbeträge zwischen der Versicherungsleistung und der gezahlten Prämie aus Rückkauf oder Erleben einer Kapitalversicherung oder aus einer Kapitalabfindung oder Rückkauf einer Rentenversicherung, bei der der Beginn der Rentenzahlung vor Ablauf von 15 Jahren vereinbart ist, einkommensteuerpflichtig.

Laufende Renten unterliegen der Einkommensteuer, sobald die Summe der Renten den Wert der Gegenleistung übersteigt (siehe § 29 EStG).