

Versicherungsbedingungen

Als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Für unser Vertragsverhältnis gelten, je nach Tarif und eventuell eingeschlossener Zusatzversicherung, die nachfolgenden Bedingungen:

Allgemeine Bedingungen für die selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung (ABsBu-A)	S. 2
Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung (ABvVssBu-A)	S. 19
Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung (Bu-Dynamik-A)	S. 22
Allgemeine Bedingungen für die selbständige Erwerbsunfähigkeitsversicherung (ABsEu-A)	S. 25
Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der selbständigen Erwerbsunfähigkeitsversicherung (ABvVssEu-A)	S. 40
Besondere Bedingungen für die Erwerbsunfähigkeitsversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung (Eu-Dynamik-A)	S. 43
Bedingungen für die Dread Disease Option (BDDo-A)	S. 46
Hinweise zum Schutz Ihrer Daten	S. 55
Steuerregelungen für Lebensversicherungen nach österreichischem Recht	S. 59

Bitte beachten: Zum Verbleib beim Kunden

Allgemeine Bedingungen für die selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung (ABsBu-A)

Als **Versicherungsnehmer** sind Sie unser Vertragspartner. Für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen. Auf den folgenden Seiten finden Sie wichtige Informationen, die für Ihren Versicherungsvertrag von Bedeutung sind. Dabei bilden die Versicherungsbedingungen die rechtliche Grundlage für unser gemeinsames Vertragsverhältnis. In ihnen werden u. a. die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien geregelt sowie die vertraglichen Leistungen beschrieben. Informationen zur steuerlichen Behandlung der Versicherung finden Sie in den separat vorliegenden Steuerinformationen.

Inhaltsverzeichnis

I. Versicherungsschutz und Leistungen	- 2 -
§1 Vorläufiger Versicherungsschutz	- 2 -
§2 Versicherungsbeginn	- 2 -
§3 Versicherungsende	- 2 -
§4 Geltungsbereich	- 2 -
§5 Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen	- 2 -
§6 Versicherungsleistungen	- 4 -
§7 Sonstige Leistungen	- 5 -
§8 Extra versicherbare Optionen	- 6 -
§9 Leistungseinschränkungen und -ausschlüsse	- 7 -
II. Vertragsflexibilität ohne erneute Gesundheitsprüfung	- 7 -
§10 Wechselgarantie	- 7 -
§11 Nachversicherungsgarantie	- 7 -
§12 Wann reduziert sich der Beitrag bei einem Berufswechsel?	- 8 -
§13 Beitragsreduzierung durch Absenken der Berufsunfähigkeitsrente	- 8 -
§14 Verlängerungsoption bei Erhöhung der Regelaltersgrenze	- 8 -
III. Vertragspflichten	- 9 -
§15 Vorvertragliche Anzeigepflicht	- 9 -
§16 Gesundheitszustand	- 10 -
§17 Mitteilungspflichten	- 10 -
IV. Beitragszahlung und Kosten	- 10 -
§18 Beitragszahlung	- 10 -
§19 Nichtzahlung von Beiträgen	- 10 -
§20 Beitragsstundung in der Leistungsprüfung	- 11 -
§21 Beitragsstundung bei kurzfristigen Zahlungsschwierigkeiten	- 11 -
§22 Abschluss- und Vertriebskosten	- 11 -
§23 Sonstige Kosten	- 11 -
V. Kündigung und Beitragsfreistellung	- 11 -
§24 Kündigung	- 11 -
§25 Beitragsfreistellung	- 12 -
§26 Beitragsrückzahlung	- 12 -
VI. Eintritt des Versicherungsfalls und Leistungsauszahlungen	- 12 -
§27 Bezugsberechtigter und Bezugsrecht der Versicherungsleistung	- 12 -
§28 Leistungsauszahlung	- 12 -
§29 Bedeutung des Versicherungsscheins	- 13 -
§30 Mitwirkungspflichten	- 13 -
§31 Folgen einer Verletzung der Mitwirkungspflicht	- 13 -
§32 Erklärung über die Leistungspflicht	- 13 -
§33 Leistungsentscheidung	- 14 -
§34 Nachprüfung der Berufsunfähigkeit	- 14 -
VII. Überschussbeteiligung	- 14 -
§35 Bedeutung von Überschüssen	- 14 -
§36 Beteiligung an Überschüssen	- 14 -
VIII. Sonstige Vertragsbestimmungen	- 15 -
§37 Rechtsanwendung	- 15 -
§38 Gerichtsstand	- 15 -
§39 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?	- 15 -
§40 Können die Bruttobeiträge angehoben werden?	- 16 -
IX. Begriffserklärungen	- 17 -

I. Versicherungsschutz und Leistungen

§1 Vorläufiger Versicherungsschutz

Wir gewähren ab Antragseingang vorläufigen Versicherungsschutz, wenn die Voraussetzungen hierfür gemäß den Allgemeinen Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung (ABVVsBu-A) vorliegen.

§2 Versicherungsbeginn

Ihr Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein vereinbarten Zeitpunkt. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung (vgl. § 18 und § 19 dieser Bedingungen).

§3 Versicherungsende

Der Versicherungsvertrag endet mit Tod der versicherten Person oder durch vorzeitige Kündigung (siehe § 15 Absatz 2 und § 24 dieser Bedingungen) oder spätestens mit Ablauf der im Versicherungsschein genannten Versicherungsdauer.

§4 Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

§5 Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen

Definition der Berufsunfähigkeit

- (1) Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechendem) Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % außerstande ist, ihren vor Eintritt des Versicherungsfalls zuletzt ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – auszuüben und sie in dieser Zeit auch keine andere vergleichbare, also, ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit konkret ausübt (konkrete Verweisung). Als eine in diesem Sinn vergleichbare Tätigkeit wird nur eine solche Tätigkeit angesehen, die etwa gleichwertige Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und in ihrer Vergütung und Wertschätzung der bisherigen Tätigkeit weitestgehend entspricht. Bei der Zumutbarkeit der Einkommensreduzierung berücksichtigen wir die höchstrichterliche Rechtsprechung. Wir nehmen dabei Bezug auf das jährliche Bruttoeinkommen zu gesunden Zeiten. Eine Einkommenseinbuße von mindestens 20 % ist unzumutbar. Sollte die herrschende Rechtsprechung einen niedrigeren Prozentsatz festlegen, so ist dieser anzuwenden. In einem begründeten Einzelfall kann auch eine unter 20 % liegende Einkommensminderung unzumutbar in diesem Sinne sein. Bei der Berechnung des jährlichen Bruttoeinkommens werden krankheitsbedingte Einkommensausfälle nicht berücksichtigt.
Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung, prüfen somit nicht, ob irgendeine andere Tätigkeit theoretisch ausgeübt werden könnte.
- (2) Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechendem) Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, zu mindestens 50 % außerstande gewesen, ihren vor Eintritt des Versicherungsfalls zuletzt ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – auszuüben und hat sie in dieser Zeit auch keine andere, ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit ausgeübt, so gilt dieser Zustand bei Fortdauer von Anfang an als Berufsunfähigkeit. Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung, prüfen somit nicht, ob irgendeine andere Tätigkeit theoretisch ausgeübt werden könnte. Wir dürfen jedoch konkret verweisen gemäß Absatz 1.

Berufsunfähigkeit bei Schüler, Studenten, Auszubildenden, Hausfrauen / Hausmänner

- (3) Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechendem) Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % außerstande ist,
 - als Schüler am Unterricht an einer allgemeinen Schule in der Primarstufe, Sekundarstufe I oder Sekundarstufe II ohne spezielle Förderung teilzunehmen -
 - als Student ihr zuletzt betriebenes Studium (z.B. an einer Universität oder Fachhochschule) auszuüben -
 - als Auszubildender ihre zuletzt betriebene Ausbildung fortzusetzen -
 - als Hausfrau / Hausmann ihre im Haushalt konkret ausgeübten Aufgaben auszuüben -so wie es ohne gesundheitliche Beeinträchtigung möglich war - und sie in dieser Zeit auch keine andere, ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit konkret ausübt. Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung, prüfen somit nicht, ob irgendeine andere Tätigkeit theoretisch ausgeübt werden könnte. Wir dürfen jedoch konkret verweisen gemäß Absatz 1.
- (4) Eine spezielle Förderung bei Schülern ist anzunehmen, wenn der Besuch einer Förderschule/Sonderschule oder einer sonderpädagogischen Maßnahme regelmäßig erforderlich ist.
- (5) Absatz 2 gilt sinngemäß auch für Schüler, Studenten, Auszubildende sowie Hausfrauen / Hausmänner.
- (6) Für Studenten in der zweiten Hälfte der gesetzlich oder gemäß Studienordnung vorgesehenen Studienzeit gilt, sofern diese nicht um mehr als 5 Semester überschritten ist: Bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit berücksichtigen wir zu Gunsten des Studenten die Lebensstellung, die normalerweise mit erfolgreichem Abschluss des Studiums erreicht wird.
- (7) Für Auszubildende in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf berücksichtigen wir bei Prüfung der Berufsunfähigkeit zu Gunsten des Auszubildenden den mit der Ausbildung angestrebten Beruf und die damit verbundene Lebensstellung.

Berufsunfähigkeit bei Ausscheiden aus dem Berufsleben oder einem Tätigkeitsverbot

- (8) Berufsunfähigkeit bei Ausscheiden aus Berufsleben
Scheidet die versicherte Person vor Eintritt der Berufsunfähigkeit vorübergehend oder endgültig aus ihrer Erwerbstätigkeit aus, besteht während der restlichen Versicherungsdauer weiterhin Versicherungsschutz für die zum Zeitpunkt des Ausscheidens ausgeübte berufliche Tätigkeit gemäß Absatz 1 und Absatz 2 und die damit verbundene Lebensstellung. Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn der Versicherte in zumutbarer Weise eine andere Tätigkeit konkret ausübt, die aufgrund der Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und seiner Lebensstellung hinsichtlich Vergütung und sozialer Wertschätzung zum Zeitpunkt des Ausscheidens aus der Erwerbstätigkeit entspricht. Wir dürfen jedoch konkret verweisen gemäß Absatz 1.
- (9) Berufsunfähigkeit bei Tätigkeitsverbot wegen einer Infektion
Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn eine gesetzliche Vorschrift oder eine behördliche Verfügung der versicherten Person verbietet, ihre bisherige berufliche Tätigkeit wegen einer von ihr ausgehenden Infektionsgefahr für andere Personen fortzuführen (vollständiges Tätigkeitsverbot) und sich dieses vollständige Tätigkeitsverbot auf einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erstreckt. Präventiv verhängte Tätigkeitsverbote, bei denen die versicherte Person nicht selbst infiziert ist, sind hiervon ausgenommen. Zum Nachweis des Vorliegens eines vollständigen Tätigkeitsverbotes ist uns die Verfügung im Original oder amtlich beglaubigt vorzulegen. Wir dürfen konkret verweisen gemäß Absatz 1.

Umorganisation bei Selbständigen

- (10) Sofern bei selbständig Tätigen eine zumutbare Umorganisation des Betriebes möglich ist, liegt keine Berufsunfähigkeit vor. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie sinnvoll ist, die Einkommensveränderungen nicht auf Dauer ins Gewicht fallen und die [versicherte Person](#) Betriebsinhaber bleibt. Die im Einzelfall zumutbare Einkommenseinbuße bestimmt sich dabei grundsätzlich nach den Maßstäben der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Eine Einkommenseinbuße von 20 % oder mehr bezogen auf das durchschnittliche jährliche Einkommen aus beruflicher Tätigkeit vor Abzug von Personensteuern der letzten drei Jahre gilt jedoch in jedem Fall als unzumutbar. Sollte die herrschende Rechtsprechung einen niedrigeren Prozentsatz festlegen, so ist dieser anzuwenden. In einem begründeten Einzelfall kann aber auch bereits heute eine unter 20 % liegende Einkommensminderung unzumutbar in diesem Sinne sein.

Wir verzichten auf eine Prüfung der Umorganisation, wenn die [versicherte Person](#)

- eine akademische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat und
- mindestens 90 Prozent der täglichen Arbeitszeit kaufmännische oder organisatorische Tätigkeiten ausübt.

Wir verzichten auch auf eine Prüfung der Umorganisation, wenn der zuletzt ausgeübte Beruf der versicherten Person vor Eintritt des [Versicherungsfalls](#) Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker, Rechtsanwalt, Notar, Steuerberater oder Wirtschaftsprüfer war.

Zusätzlich verzichten wir immer auf eine Prüfung der Umorganisation, wenn der Betrieb der versicherten Person weniger als fünf Mitarbeiter beschäftigt.

Berufsunfähigkeit aufgrund Pflegebedürftigkeit

- (11) Berufsunfähigkeit aufgrund Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die [versicherte Person](#) infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechendem) Kräfteverfall sechs Monate ununterbrochen so hilflos war oder voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen so hilflos sein wird, dass sie für mindestens eine der in [Absatz 12](#) genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.
- (12) Bewertungsmaßstab für die Einstufung der Pflegebedürftigkeit ist die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung wird die nachstehende Punktetabelle zu Grunde gelegt; wir leisten bei Vorliegen von mindestens einem Punkt: Die [versicherte Person](#) benötigt Hilfe beim

Fortbewegen im Zimmer

1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die [versicherte Person](#) – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person benötigt, um sich an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortzubewegen.

Aufstehen und Zubettgehen

1 Punkt

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

1 Punkt

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

1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die [versicherte Person](#) – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne Hilfe einer anderen Person bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufnehmen kann.

Waschen, Kämmen oder Rasieren

1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die [versicherte Person](#) – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Wannengriff oder einem Wannenlift – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person so waschen kann, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt oder wenn die [versicherte Person](#) von einer anderen Person gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.

Verrichten der Notdurft

1 Punkt

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 Bettschüssel verrichten kann oder
- 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 Hilfsmitteln wie Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor, solange die [versicherte Person](#) bei Verwendung dieser Hilfsmittel zur Verrichtung der Notdurft nicht auf die Hilfe einer anderen Person angewiesen ist.

- (13) Unabhängig von der Bewertung in [Absatz 12](#) liegt Pflegebedürftigkeit vor, wenn die [versicherte Person](#) dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann oder wenn die [versicherte Person](#) der Bewahrung bedarf. Bewahrung liegt vor, wenn die [versicherte Person](#) wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann.
- (14) Ist die [versicherte Person](#) während der Dauer dieser Versicherung sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechendem) Kräfteverfall so hilflos gewesen, dass sie für mindestens eine der in [Absatz 12](#) genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf, so gilt dieser Zustand bei Fortdauer von Anfang an als Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen.
- (15) Vorübergehende akute Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung. Vorübergehende Besserungen bleiben ebenfalls unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.
- (16) Wird die [versicherte Person](#) während der Dauer dieser Versicherung infolge Pflegebedürftigkeit (vgl. [Absatz 11](#)) berufsunfähig, erbringen wir die vereinbarten Leistungen unabhängig vom Grad der Berufsunfähigkeit.

Berufsunfähigkeit aufgrund von bestimmten Krankheiten

- (17) Wir zahlen einmalig während der Dauer dieser Versicherung die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente für längstens 15 Monate, wenn die [versicherte Person](#) für voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen an einer der nachfolgend genannten Krankheiten leidet oder sie sechs Monate ununterbrochen daran litt.
- Folgende Krankheiten und gesundheitlichen Einschränkungen sind versichert:

a) Schwerer Herzinfarkt

Versichert ist, wenn bei der versicherten Person ein Herzinfarkt aufgetreten ist. Dabei stirbt ein Teil des Herzmuskels infolge unzureichender Blutzufuhr zum Herzmuskel ab (Myokardinfarkt).
Ein Facharzt für Kardiologie muss einen Myokardinfarkt nachweisen durch:

- Einen hierfür charakteristischen Anstieg herzspezifischer Enzyme (zum Beispiel Troponine),
- Feststellung neuer, charakteristischer Veränderungen im Elektrokardiogramm (EKG) oder durch andere, neue charakteristische Befunde in der diagnostischen Bildgebung und
- eine, über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten anhaltende Schwäche der Herzleistung. Diese führt zu einer reduzierten Auswurfleistung der linken Herzkammer von weniger als 35 % (EF < 35 %).

Keine Auslöser für die Leistung sind

- andere akute Koronarsyndrome und
- Angina Pectoris.

b) Schlaganfall mit neurologischen Einschränkungen

Versichert ist, wenn ein Neurologe bei der versicherten Person einen Schlaganfall festgestellt hat.

Durch den Schlaganfall muss eines der folgenden Symptome über mindestens sechs Monate ununterbrochen vorgelegen haben:

- Halbseitige Lähmungen (Hemiplegie/Hemiparese)
- Sprachverlust
- Einschränkung der alltäglichen Fähigkeiten auf unter 60 Punkte nach dem Barthel-Index (Index zur Bewertung von alltäglichen Fähigkeiten).

Außerdem gilt folgendes: Ein Arzt kann die Symptome der versicherten Person nach aktuellem medizinischem Wissensstand nicht beheben und die Symptome bleiben voraussichtlich auf Dauer.

c) Eingeschränkte Lungenfunktion

Ein Arzt für Lungenkrankheiten hat bei der versicherten Person eine schwere Lungenerkrankung festgestellt. Diese führt zu einer chronischen respiratorischen Insuffizienz. Zusätzlich müssen folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Es ist eine ununterbrochene Sauerstoffversorgung wegen Hypoxie erforderlich,
- Das forcierte expiratorische Volumen (FEV1) beträgt nach dem Tiffeneau-Test dauerhaft weniger als ein Liter,
- Es besteht Atemnot im Ruhezustand (Ruhedyspnoe) und
- Eine arterielle Blutgasanalyse hat einen partiellen Sauerstoffdruck von 55 mm Hg oder weniger ergeben ($PaO_2 \leq 55$ mm Hg)

d) Eingeschränkte Leberfunktion

Ein Internist hat bei der versicherten Person eine Lebererkrankung oder Leberzirrhose im Endstadium festgestellt.

Es müssen dabei mindestens zwei der folgenden Krankheitsbilder vorliegen:

- Leber-Hirn-Störung (Hepatische Enzephalopathie).
- Ansammlung von Flüssigkeit in der Bauchhöhle (Aszites).
- Permanente Gelbsucht.
- Krampfadern (Varizen) in der Speiseröhre oder im Magen.

e) Koma

Die [versicherte Person](#) ist in ein voll ausgeprägtes Koma gefallen unter dauerndem Einsatz von lebenserhaltenden Systemen. Bei dieser quantitativen Bewusstseinsstörung kann die [versicherte Person](#) auch durch starke äußere Stimuli, wie wiederholte Schmerzreize, nicht geweckt werden. Die Diagnose wurde durch einen Arzt für Neurologie/ Psychiatrie gestellt. Ein ärztlich verordnetes künstliches Koma ist ausgeschlossen.

- (18) Ein gleichzeitiger Bezug von Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund bestimmter Krankheit gemäß [Absatz 17](#) und wegen Berufsunfähigkeit aus einem anderen Grund im Sinne dieser Bedingungen ist ausgeschlossen. Ist die [versicherte Person](#) wegen einer der in [Absatz 17](#) genannten Krankheiten gleichzeitig berufsunfähig aus einem anderen Grund im Sinne dieser Bedingungen oder wird sie während oder nach dem Bezug von Leistungen nach [Absatz 17](#) berufsunfähig aus einem anderen Grund, so zahlen wir eine unbefristete Berufsunfähigkeitsrente im Sinne von [§ 33](#) dieser Bedingungen. Außerdem besteht dann Anspruch auf sämtliche versicherte Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, sofern die jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

Teilzeitklausel

- (19) Übt die [versicherte Person](#) zum Zeitpunkt des Eintritts des Leistungsfalls ihre berufliche Tätigkeit zeitlich eingeschränkt aus – Tätigkeit in Teilzeit – erfolgt eine Günstigerprüfung wie folgt:

- Es wird zunächst geprüft, ob die [versicherte Person](#) im Sinne des [Absatz 1](#) bezogen auf ihre Tätigkeit in Teilzeit berufsunfähig ist. Ist dies der Fall, erhält die [versicherte Person](#) die vereinbarten Leistungen aus diesem Vertrag.
- Andernfalls wird zugunsten der [versicherten Person](#) zusätzlich geprüft, ob sie diese Tätigkeit in Teilzeit noch 3 Stunden oder mehr pro Arbeitstag ausüben könnte. Ist dies nicht der Fall, so erhält die [versicherte Person](#) ebenso die vereinbarten Leistungen aus diesem Vertrag.

- (20) Wir dürfen konkret verweisen gemäß [Absatz 1](#).

§6 Versicherungsleistungen

(1) Leistung bei Berufsunfähigkeit

Die folgenden Leistungen erbringen wir, wenn die [versicherte Person](#) während der Dauer dieser Versicherung berufsunfähig im Sinne von [§ 5](#) dieser Bedingungen wird:

- Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht.
- Zahlung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente. Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus.

(2) Leistungszeitpunkt

Der Anspruch auf Beitragsbefreiung, Rente und eventueller einmaliger Leistung aufgrund einer Berufsunfähigkeit im Sinne des [§ 5](#) dieser Bedingungen entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist.

(3) Leistungszeitpunkt bei Vereinbarung einer Karenzzeit

- Bei Vereinbarung einer Karenzzeit entsteht der Anspruch auf Zahlung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente und Befreiung von der Beitragszahlungspflicht erst mit Ablauf der Karenzzeit, sofern die Berufsunfähigkeit im Sinne des [§ 5](#) dieser Bedingungen während der Karenzzeit ununterbrochen bestanden hat und bei deren Ablauf noch andauert. Die Bestimmungen gemäß [§ 34](#) dieser Bedingungen finden auch bis zum Ablauf der Karenzzeit sinngemäß Anwendung.
- Die Karenzzeit greift nicht, sofern es sich um eine Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit im Sinne des [§ 8 Absatz 1](#) dieser Bedingungen handelt.

- c) Die Karenzzeit beginnt mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist.
d) Tritt nach einer beendeten Berufsunfähigkeit erneut Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen ein, so werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten berücksichtigt.

(4) Leistung aus Überschüssen

Außer den im [Versicherungsschein](#) ausgewiesenen garantierten Leistungen erhalten Sie gegebenenfalls weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (siehe [§ 35](#) und [§ 36](#) dieser Bedingungen).

(5) Leistungsende

Der Anspruch auf Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung erlischt, wenn die [versicherte Person](#) nicht mehr berufsunfähig im Sinne des [§ 5](#) dieser Bedingungen ist, die [versicherte Person](#) stirbt oder die vertragliche [Leistungsdauer](#) endet.

§7 Sonstige Leistungen

Wir erbringen die folgenden sonstigen Leistungen, wenn die jeweiligen Voraussetzungen vorliegen:

(1) Wiedereingliederungshilfe

Endet der Anspruch auf Rente, weil Berufsfähigkeit wieder gegeben ist, haben Sie Anspruch auf eine Wiedereingliederungshilfe in Höhe von 12 Monatsrenten, insgesamt höchstens jedoch 12.000 Euro, sofern die Berufsunfähigkeit 3 Jahre ununterbrochen andauert und die restliche vertraglich vereinbarte [Leistungsdauer](#) noch mindestens 5 Jahre beträgt.

Tritt innerhalb eines Jahres nach einer beendeten Berufsunfähigkeit erneut Berufsunfähigkeit, gleich aus welcher Ursache ein, entfällt der Anspruch auf Wiedereingliederungshilfe rückwirkend. Eine bereits gezahlte Wiedereingliederungshilfe wird mit den dann fälligen Renten verrechnet. Die Wiedereingliederungshilfe kann während der Dauer der Berufsunfähigkeitsversicherung mehrfach in Anspruch genommen werden.

(2) Beitragsübernahme

Nach Ablauf der ersten fünf [Versicherungsjahre](#) kann der [Versicherungsnehmer](#) einmalig mit einer Frist von einem Monat verlangen, ab der nächsten [Versicherungsperiode](#) bei vollem Versicherungsschutz für sechs Monate von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden.

Nach Ablauf der sechs Monaten lebt die Beitragszahlungspflicht automatisch wieder auf.

(3) Überbrückungshilfe bei einem Anspruch auf Zahlung von Krankengeld gegen einen gesetzlichen Krankenversicherer

Besitzt die [versicherte Person](#) einen Anspruch auf Zahlung von Krankengeld gegen einen gesetzlichen Krankenversicherer, gewähren wir auf Ihren entsprechenden Antrag in [geschriebener Form](#) als Überbrückungshilfe die versicherte Berufsunfähigkeitsrente und Beitragsbefreiung ab dem Zeitpunkt, zu dem die Krankengeldzahlungen des gesetzlichen Krankenversicherers entfallen, weil die [versicherte Person](#) eine Rente wegen voller Erwerbsminderung von der gesetzlichen Rentenversicherung bezieht, bis zum auf den Abschluss unserer Leistungsprüfung folgenden Monatsersten, längstens aber für die Dauer von sechs Monaten. Die Überbrückungshilfe kann während der [Versicherungsdauer](#) nur einmal in Anspruch genommen werden und nur dann, wenn nicht bereits Berufsunfähigkeitsleistungen gemäß [§ 6 Absatz 1](#) dieser Bedingungen oder Leistungen aus der Option Dread Disease erbracht werden. Zum Nachweis genügt die Mitteilung des gesetzlichen Krankenversicherers über die Leistungseinstellung; geht uns diese Mitteilung erst zu einem nach der Leistungseinstellung des gesetzlichen Krankenversicherers liegenden Zeitpunkt zu, wird die Überbrückungshilfe mit Beginn des Monats, in dem uns die Mitteilung zugeht, erbracht. Führt unsere Leistungsprüfung zu dem Ergebnis, dass keine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bestimmungen vorliegt, verzichten wir auf eine Rückforderung der bereits erbrachten Überbrückungshilfe, wenn die [versicherte Person](#) bis zum Abschluss unserer Leistungsprüfung nicht erneut Krankengeld von seinem gesetzlichen Krankenversicherer bezieht oder noch beziehen wird. Die Zahlung einer Überbrückungshilfe hat keinen Einfluss auf unsere Rechte aufgrund einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht.

(4) Überbrückungshilfe bei einem Anspruch auf Zahlung von Krankentagegeld gegen einen privaten Krankenversicherer

Besitzt die [versicherte Person](#) einen Anspruch auf Zahlung von Krankentagegeld gegen einen privaten Krankenversicherer, gewähren wir auf Ihren entsprechenden Antrag in [geschriebener Form](#) als Überbrückungshilfe die versicherte Berufsunfähigkeitsrente und Beitragsbefreiung ab dem Zeitpunkt, zu dem die Krankentagegeldzahlungen des Krankenversicherers entfallen, weil aus medizinischen Gründen eine Berufsunfähigkeit im Sinne der Krankenversicherung vorliegt, bis zum auf den Abschluss unserer Leistungsprüfung folgenden Monatsersten, längstens aber für die Dauer von sechs Monaten. Die Überbrückungshilfe kann während der [Versicherungsdauer](#) nur einmal in Anspruch genommen werden und nur dann, wenn nicht bereits Berufsunfähigkeitsleistungen gemäß [§ 6 Absatz 1](#) dieser Bedingungen oder Leistungen aus der Option Dread Disease erbracht werden. Zum Nachweis genügt die Mitteilung des Krankenversicherers über die Leistungseinstellung; geht uns diese Mitteilung erst zu einem nach der Leistungseinstellung des Krankenversicherers liegenden Zeitpunkt zu, wird die Überbrückungshilfe mit Beginn des Monats, in dem uns die Mitteilung zugeht, erbracht. Führt unsere Leistungsprüfung zu dem Ergebnis, dass keine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bestimmungen vorliegt, verzichten wir auf eine Rückforderung der bereits erbrachten Überbrückungshilfe, wenn die [versicherte Person](#) bis zum Abschluss unserer Leistungsprüfung nicht erneut Krankentagegeld von seinem Krankenversicherer bezieht oder noch beziehen wird. Die Zahlung einer Überbrückungshilfe hat keinen Einfluss auf unsere Rechte aufgrund einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht.

(5) Umorganisationshilfe

Kann eine Berufsunfähigkeit durch zumutbare Umorganisation abgewendet werden (vergleiche [§ 5 Absatz 10](#) dieser Bedingungen), erbringen wir eine einmalige Umorganisationshilfe in Höhe von sechs Monatsrenten, maximal 12.000 Euro. Ein Anspruch besteht nur, sofern die Umorganisationsmaßnahme auch tatsächlich durchgeführt wird. Tritt innerhalb von 12 Monaten nach Gewährung unserer Umorganisationshilfe Berufsunfähigkeit im Sinne [§ 5](#) dieser Bedingungen bei der versicherten Person ein, so wird die von uns geleistete Umorganisationshilfe mit den dann fälligen Berufsunfähigkeitsleistungen verrechnet.

(6) Unterstützung bei Fragen zum Vertrag

Während der gesamten Dauer Ihres Vertrags beraten und unterstützen wir Sie auf Wunsch gerne. Wir geben Auskünfte zu Ihrem Versicherungsschutz allgemein und wenn Sie Leistungen beanspruchen. Wir erläutern Ihnen zum Beispiel, welche Bedingungen Sie erfüllen müssen, um Leistungen zu erhalten.

Außerdem unterstützen wir Sie, wenn Sie Fragen dazu haben:

- Wie und wann wir die Leistungen prüfen,
- wie Sie die bisherige berufliche Tätigkeit beschreiben können,
- welche Unterlagen Sie einreichen müssen, um die gesundheitliche Beeinträchtigung nachzuweisen,
- welche Ansprechpartner geeignet sind, um Maßnahmen für die medizinische und berufliche Rehabilitation zu ergreifen,
- welche Bedingungen erfüllt sein müssen, um Leistungen zu erhalten,
- welche Möglichkeiten grundsätzlich zur beruflichen Wiedereingliederung bestehen,
- wie Selbständige ihren Betrieb grundsätzlich umorganisieren können.

(7) Rehabilitationshilfe

Nimmt die [versicherte Person](#) auf eigenen Wunsch und eigene Kosten Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch, die geeignet sind zu einer Minderung oder einem Wegfall der Berufsunfähigkeit zu führen, so beteiligen wir uns an den entstandenen Kosten (Rehabilitationshilfe). Bei der Wahl des Dienstleisters unterliegen Sie keinen Einschränkungen, sofern die Rehabilitationsmaßnahmen geeignet sind, zu einer Minderung oder dem Wegfall der Berufsunfähigkeit beizutragen. Innerhalb von zwölf Monaten, nachdem Ihnen die Kosten entstanden sind, sind uns geeignete Nachweise hierfür zusammen mit einem in [geschriebener Form](#) gestellten Antrag vorzulegen. Die Rehabilitationshilfe ist insgesamt auf 2.000 Euro begrenzt.

§8 Extra versicherbare Optionen

(1) Option Arbeitsunfähigkeit (AU-Option)

Bei Einschluss dieser Option erbringen wir die folgenden Leistungen, wenn die versicherte Person während der Dauer dieser Versicherung berufsunfähig aufgrund von Arbeitsunfähigkeit wird:

- Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht.
- Zahlung einer Rente in Höhe der versicherten Berufsunfähigkeitsrente. Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus für maximal 24 Monate.

Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn eine ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit bereits mindestens 4 Monate ununterbrochen bestanden hat und ein auf die zugrunde liegende Erkrankung spezialisierter Facharzt bescheinigt, dass die versicherte Person voraussichtlich mindestens 2 weitere Monate ununterbrochen arbeitsunfähig sein wird.

Sofern die Arbeitsunfähigkeit bereits mindestens 6 Monate ununterbrochen bestanden hat, genügt es, wenn die Krankmeldungen von einem auf die zugrunde liegende Erkrankung spezialisierten Facharzt ausgestellt oder bestätigt worden sind. Enthält der Vertrag einen Risikoausschluss, so gilt dieser auch für die AU-Option. Aus den Bescheinigungen muss deswegen erkennbar sein, dass der Grund für die Arbeitsunfähigkeit nicht ausgeschlossen ist.

Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit erbringen wir nicht mehr, wenn

- die versicherte Person nicht mehr ununterbrochen berufsunfähig aufgrund Arbeitsunfähigkeit ist,
- die vereinbarte Leistungsdauer abgelaufen ist,
- wir Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aus einem anderen Grund als Arbeitsunfähigkeit erbringen,
- die versicherte Person gestorben ist.

Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit erbringen wir aus diesem Vertrag für maximal 24 Monate. Zeiträume, für die bereits solche Leistungen erbracht wurden, werden auf diesen maximalen 24-monatigen Leistungszeitraum angerechnet.

Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit werden jeweils befristet für den Zeitraum erbracht, für den ärztliche Bescheinigungen wegen Arbeitsunfähigkeit vorgelegt werden. Dabei akzeptieren wir Bescheinigungen bis zu 2 Monaten in die Zukunft.

Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Berufsunfähigkeitsrente aufgrund von Arbeitsunfähigkeit entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die ununterbrochene Krankschreibung beginnt. Sie müssen uns unverzüglich informieren, wenn keine Arbeitsunfähigkeit mehr vorliegt.

Wenn Sie Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit beantragen, müssen Sie nicht gleichzeitig Leistungen wegen Berufsunfähigkeit gemäß [§ 5](#) dieser Bedingungen beantragen. Wir sind allerdings berechtigt, eine Prüfung wegen Berufsunfähigkeit nach [§ 5](#) dieser Bedingungen durchzuführen.

Wenn wir Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aus einem anderen Grund als Arbeitsunfähigkeit erbringen, besteht kein Anspruch auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit. Ein gleichzeitiger Bezug von Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit und Berufsunfähigkeit gemäß [§ 5](#) dieser Bedingungen ist ausgeschlossen.

Wenn Berufsunfähigkeit gemäß [§ 5](#) dieser Bedingungen vorliegt, werden die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit mit den in diesem Zeitraum bereits vorher erbrachten Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit verrechnet. Auf den maximalen 24-monatigen Leistungszeitraum wegen Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit werden dann diese Zeiträume, für die ursprünglichen Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit erbracht wurden, nicht angerechnet. Bei einer erneuten Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit können deshalb für diese Zeiträume erneut Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit in Anspruch genommen werden.

Ist die [versicherte Person](#) berufsunfähig aufgrund von Arbeitsunfähigkeit, so richtet sich die Frage, ob die [versicherte Person](#) auch berufsunfähig im Sinne von [§ 5](#) dieser Bedingungen ist, nach den dort genannten Voraussetzungen. Dies gilt auch dann, wenn die Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit bereits länger als 6 Monate bestanden hat.

(2) Option Dread Disease

Bei Einschluss dieser Option erbringen wir ohne weitere Prüfung einer Berufsunfähigkeit die vereinbarte einmalige Kapitalleistung, wenn eine der in den Bedingungen für die Dread Disease beschriebenen Erkrankungen mit den jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen vorliegt. Nähere Informationen entnehmen Sie bitte den Bedingungen für die Option Dread Disease (BDDO-A).

(3) Option Zusatzzahlung

Bei Einschluss dieser Option wird bei einer erstmalig unbefristet anerkannten Berufsunfähigkeit im Sinne des [§ 5](#) dieser Bedingungen eine einmalige Zusatzzahlung in Höhe von 12 Monatsrenten erbracht. In den letzten vier Jahren der [Versicherungsdauer](#) wird eine reduzierte Zusatzzahlung geleistet. Sie beträgt im viertletzten Jahr der [Versicherungsdauer](#) 80 %, im drittletzten Jahr 60 %, im vorletzten Jahr 40 % und im letzten Jahr 20 % der vereinbarten Zusatzleistung.

(4) Option Verzicht auf die Anwendung des § 172 VersVG

Grundsätzlich können wir unsere Bruttobeiträge unter bestimmten Voraussetzungen erhöhen (siehe [§ 40](#) dieser Bedingungen). Bei Einschluss dieser Option verzichten wir auf unser nach § 172 des Versicherungsvertragsgesetzes (VersVG) unter bestimmten Voraussetzungen bestehendes Recht, bei einer Zunahme unseres Leistungsbedarfs gegenüber den zugrunde gelegten technischen Berechnungsgrundlagen die Beiträge auch für bestehende Versicherungen zu erhöhen.

(5) Option Rentendynamik im Leistungsfall

Bei Einschluss dieser Option erhöht sich während der Dauer der Berufsunfähigkeit im Sinne des [§ 5](#) dieser Bedingungen die garantierte versicherte Berufsunfähigkeitsrente (ohne Berücksichtigung der jeweils festgelegten Überschussanteilsätze) um den jeweils vereinbarten Prozentsatz. Die Erhöhung erfolgt jährlich jeweils zum Beginn des neuen [Versicherungsjahres](#). Bei Vereinbarung einer Karenzzeit erfolgt die erste Erhöhung mit Ablauf der Karenzzeit zu Beginn des nächsten [Versicherungsjahres](#), sofern zu diesem Zeitpunkt eine Berufsunfähigkeit im Sinne des [§ 5](#) dieser Bedingungen gegeben ist. Die Dynamisierung der Berufsunfähigkeitsrente endet mit Ablauf der vereinbarten [Leistungsdauer](#).

Ist Berufsfähigkeit wieder gegeben, wird die Berufsunfähigkeitsrente wieder auf die Höhe vor Leistungseintritt reduziert. Tritt nach einer beendeten Berufsunfähigkeit aufgrund derselben medizinischen Ursache erneut Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen ein, so werden bereits erhaltene Leistungsdynamiken berücksichtigt.
Bei einer gegebenenfalls eingeschlossenen Dread Disease Option wird im Berufsunfähigkeitsfall die Höhe der Dread Disease Einmalleistung nicht dynamisiert.

§9 Leistungseinschränkungen und -ausschlüsse

Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Berufsunfähigkeit gekommen ist. Die Leistungseinschränkungen und -ausschlüsse werden in diesem Paragraphen beschrieben.

(1) Bei Unruhen, Krieg oder Strahlen

- a) Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, leisten wir nicht, wenn die Berufsunfähigkeit in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen verursacht ist, sofern die [versicherte Person](#) auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
Wir leisten jedoch, wenn die [versicherte Person](#) während eines Aufenthaltes außerhalb der Republik Österreich in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder Unruhen berufsunfähig wird, an denen sie nicht aktiv beteiligt war. Außerdem leisten wir, wenn die [versicherte Person](#) im Rahmen ihrer Tätigkeit für eine humanitäre Hilfsorganisation während eines Aufenthaltes außerhalb der Republik Österreich oder bei einem der folgenden Einsätze des österreichischen Bundesheers berufsunfähig wird:
- humanitäre Hilfeleistung
 - friedenserhaltende Maßnahme
 - friedenskonsolidierende / friedenssichernde Maßnahme im Rahmen eines UN- oder NATO-Einsatzes außerhalb der Republik Österreich
- b) Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, leisten wir außerdem nicht, wenn die Berufsunfähigkeit durch Strahlen infolge Kernenergie verursacht wurde, die das Leben oder die Gesundheit von mehr als 1.000 Menschen derart gefährden, dass zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Behörde tätig wurde.

(2) Bei Straftat oder Absicht

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, leisten wir nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:

- a) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die [versicherte Person](#);
Bei fahrlässigen und grob fahrlässigen Verstößen - auch im Straßenverkehr - leisten wir trotzdem; wir leisten auch bei Vergehen im Straßenverkehr, bei denen bei der versicherten Person eine Blutalkoholkonzentration von unter 1,1 Promille festgestellt wurde.
- b) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
- c) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als [Versicherungsnehmer](#) vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben.

(3) Sanktionen und Embargos

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union, der Bundesrepublik Deutschland oder der Republik Österreich entgegenstehen.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union, der Bundesrepublik Deutschland oder der Republik Österreich entgegenstehen.

II. Vertragsflexibilität ohne erneute Gesundheitsprüfung

§10 Wechselgarantie

Ein Wechsel von der SBU-solution® in die SBU-professional ist während der Laufzeit des Vertrages jederzeit durch entsprechenden Antrag in [geschriebener Form](#) zum Jahrestag des Versicherungsbeginns möglich. Der Antrag muss vor dem jeweiligen Jahrestag des Versicherungsbeginns bei uns eingegangen sein. Der Wechsel erfolgt ohne erneute [Risikoprüfung](#), wenn die [Versicherungsdauer](#), die [Leistungsdauer](#) und die Berufsunfähigkeitsrente nicht erhöht werden, sowie keine zusätzlichen Optionen gewählt werden. Der Wechsel erfolgt innerhalb der abgeschlossenen Tarifgeneration. Eine Überprüfung der versicherten Berufsgruppe wird nicht vorgenommen. Die Möglichkeit der Besserstufung für Schüler und Studenten gemäß [§ 12](#) dieser Bedingungen bleibt hiervon unberührt.

§11 Nachversicherungsgarantie

- (1) Bei Versicherungsverträgen mit laufender Beitragszahlung haben Sie bei Eintritt der nachfolgend genannten Ereignisse betreffend die [versicherte Person](#) während der [Versicherungsdauer](#) das Recht, gegen entsprechende Beitragszahlung eine Erhöhung der vereinbarten Versicherungsleistung ohne erneute [Risikoprüfung](#), ausgenommen finanzielle Angemessenheitsprüfung, zu verlangen (Nachversicherung). Die Erhöhung des Versicherungsschutzes wird mit der ausstehenden Restversicherungsdauer der ursprünglichen Versicherung nach dem für Ihren Vertrag vereinbarten Tarif abgeschlossen. Der Beitrag für den hinzukommenden Versicherungsschutz berechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten tatsächlichen Alter der [versicherten Person](#), dem bei uns für die Beitragskalkulation hinterlegtem Beruf, der restlichen Beitragszahlungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag (Risikozuschlag). Bereits vor dem Änderungszeitpunkt individuell vereinbarte Leistungseinschränkungen gelten auch für die Nachversicherung. Die Nachversicherung für die Berufsunfähigkeitsversicherung können Sie beantragen nach

- Heirat oder Schließung/Eingehung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft,
- Ehescheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft,
- Geburt eines Kindes,
- Adoption eines Kindes,
- Tod des Lebenspartners,
- Erreichen der Volljährigkeit,
- Aufnahme eines Immobilienkredits,
- Kauf oder Baubeginn einer eigengenutzten Wohn- oder Gewerbeimmobilie,
- erfolgreichem Schulabschluss und Beginn einer Ausbildung oder Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit,
- erfolgreicher Beendigung eines Studiums an einer staatlich anerkannten Hoch-/Fachhochschule oder einer Berufsausbildung mit Lehrbrief und Aufnahme der entsprechenden beruflichen Tätigkeit,

- Gehaltssteigerung bei Nichtselbständigen, wenn aus nichtselbständiger Tätigkeit für mindestens sechs Monate eine Erhöhung des monatlichen Bruttogrundgehalts um mindestens 10 % gegenüber dem Durchschnittsbruttogrundgehalt der letzten 12 Monate erreicht wird,
- erstmalige Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit (als Hauptberuf),
- Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung,
- Ablegen der Meisterprüfung,
- Ausscheiden als selbständiger Handwerker aus der gesetzlichen Rentenversicherung,
- nachhaltige Steigerung des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern der letzten drei Jahre vor Optionsausübung im Vergleich zum Gewinn bei Antragstellung um mindestens 30 % für selbständige Versicherte.

Unabhängig von einem der zuvor genannten Ereignisse haben Sie das Recht, eine Erhöhung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute [Risikoprüfung](#), ausgenommen finanzielle Angemessenheitsprüfung, innerhalb der ersten 5 Jahre nach Vertragsbeginn zu beantragen (ereignisunabhängige Nachversicherungsgarantie).

(2) Die Nachversicherungsgarantien sind jeweils an folgende Bedingungen gebunden:

- Die Erhöhung muss innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt eines der genannten Ereignisse in [geschriebener Form](#) beantragt werden. Dabei müssen das Ereignis und dessen Datum genannt werden. Geeignete Unterlagen zum Nachweis fordern wir im Einzelfall an.
- Die jährliche Berufsunfähigkeitsrente darf insgesamt um maximal 100 % der anfänglichen versicherten Berufsunfähigkeitsrente, höchstens jedoch auf maximal 42.000 Euro jährliche Berufsunfähigkeitsrente angehoben werden.
- Die gesamte versicherte Berufsunfähigkeitsrente einschließlich anderweitig bestehender privater, gesetzlicher und betrieblicher Anwartschaften beträgt dann nicht mehr als 60 % des letzten jährlichen Bruttoeinkommens der versicherten Person bzw. nicht mehr als 30 % der letzten jährlichen Bruttobezüge bei Beamten und Richtern. Dies ist in geeigneter Form nachzuweisen. Bei Einschluss einer Dynamik umfasst diese finanzielle Angemessenheitsprüfung auch eine Überprüfung der Höhe des vereinbarten Dynamiksatzes. Dies kann im Einzelfall zu einer Kürzung des Dynamiksatzes auf bis zu 2 % führen.

(3) Das Recht auf Nachversicherung ohne erneute [Risikoprüfung](#), ausgenommen finanzielle Angemessenheitsprüfung, gemäß [Absatz 1](#) und [Absatz 2](#) besteht nicht oder erlischt, wenn

- die [versicherte Person](#) älter als 50 Jahre ist oder
- vor Ausübung des Nachversicherungsrechts bereits Leistungen wegen Dread Disease, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person aus diesem Vertrag oder anderen Verträgen bei unserer Gesellschaft beantragt oder ein Anspruch auf Leistungen entstanden ist.

§12 Wann reduziert sich der Beitrag bei einem Berufswechsel?

- (1) Die Höhe des zu zahlenden Beitrags ist auch abhängig von dem bei Abschluss des Vertrags ausgeübten Beruf der [versicherten Person](#). Wenn die [versicherte Person](#) ihren Beruf wechselt und jünger als 51 Jahre ist, können Sie prüfen lassen, ob sich durch den Berufswechsel für die verbleibende Versicherungsdauer der Beitrag reduziert. Dies gilt auch, wenn die [versicherte Person](#) Schüler oder Student war und nun eine berufliche Tätigkeit aufnimmt.
- (2) Dazu müssen Sie uns den neuen Beruf der [versicherten Person](#) in [geschriebener Form](#) mitteilen. Zudem ist uns nachzuweisen, dass die [versicherte Person](#) den neuen Beruf seit mindestens sechs Monaten ausübt. Dieser Nachweis entfällt, wenn die [versicherte Person](#) unmittelbar vor der Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit Schüler oder Student war. Eine schlechtere Einstufung im Hinblick auf den Beruf ist ausgeschlossen.
- (3) Wir können die Reduzierung des Beitrags von einer erneuten [Risikoprüfung](#) abhängig machen. In den ersten zehn Jahren seit Vertragsbeginn führen wir keine [Risikoprüfung](#) durch, wenn die [versicherte Person](#) jünger als 36 Jahre ist.
- (4) Sofern unsere [Risikoprüfung](#) ergibt, dass der Berufswechsel bzw. bei Schülern oder Studenten die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit nur zu einer Reduzierung des Beitrags führt, berechnen wir den für die verbleibende [Versicherungsdauer](#) geltenden Bruttobeitrag nach den für Ihren Vertrag vereinbarten Rechnungsgrundlagen neu. Sofern unsere [Risikoprüfung](#) nicht zu einer Reduzierung des Beitrags führt, führen wir Ihre Versicherung mit unverändertem Beitrag weiter.
- (5) Über das Ergebnis unserer Prüfung werden wir Sie informieren. Bei einer Reduzierung des Beitrags bleiben ein eventuell vereinbarter Beitragszuschlag (Risikozuschlag) und bereits vor dem Wechselzeitpunkt individuell vereinbarte Leistungseinschränkungen unverändert bestehen. Sofern erst unsere aufgrund des angezeigten Berufswechsels bzw. der angezeigten Aufnahme einer Berufstätigkeit durchgeführte Risikoprüfung einen Risikozuschlag und / oder Leistungseinschränkungen ergibt, können Sie entscheiden, ob Sie den Vertrag wie bisher oder nach den Konditionen, die sich durch unsere Risikoprüfung ergeben haben, weiterführen möchten.

§13 Beitragsreduzierung durch Absenken der Berufsunfähigkeitsrente

Nach Ablauf des ersten [Versicherungsjahres](#) kann die versicherte Berufsunfähigkeitsrente während der [Versicherungsdauer](#) bis auf eine Mindestrente von 600 Euro p.a. abgesenkt und ohne erneute Gesundheitsprüfung in der ursprünglichen Höhe wiederhergestellt werden. Die Dauer der Absenkung ist bei Antragstellung anzugeben und muss mindestens sechs Monate betragen. Zwischen dem Erhöhen auf die ursprüngliche Höhe und einem erneuten Absenken muss mindestens ein Jahr vergehen.

Die Anpassungsmöglichkeit besteht unter folgenden Voraussetzungen:

- einmalig während der [Versicherungsdauer](#) ohne Angabe von Gründen für maximal 12 Monate;
- mehrmals während der [Versicherungsdauer](#) bei Nachweis von Arbeitslosigkeit für jeweils maximal 24 Monate;
- mehrmals während der [Versicherungsdauer](#) bei Nachweis der Pflege von nahen Angehörigen (dazu zählen: Ehepartner, Lebensgefährte, Eltern, Großeltern, eigene Kinder, Adoptivkinder) und gleichzeitigem Nachweis über die Anerkennung eines Pflegegrades für den betreffenden Angehörigen. Die Absenkung wird während der Vertragslaufzeit für maximal 24 Monate gewährt;
- mehrmals während der [Versicherungsdauer](#) bei Nachweis von gesetzlicher Elternzeit für jeweils maximal 36 Monate.

Die Wiederherstellung der ursprünglichen Rente im Anschluss an eine Absenkung kann abhängig vom Stand des Deckungskapitals zu einer Anpassung der Versicherungsprämie führen. Nach Ablauf der gewählten Dauer der Absenkung wird der Vertrag automatisch in der ursprünglichen Rente wiederhergestellt, sofern der [Versicherungsnehmer](#) nicht innerhalb von 3 Monaten widerspricht. Widerspricht der [Versicherungsnehmer](#) der Wiederherstellung der ursprünglichen Höhe der Berufsunfähigkeitsrente, bleibt es bei der verringerten Berufsunfähigkeitsrente.

Eine Wiederherstellung ist ausgeschlossen, wenn vorher ein Anspruch auf Leistungen aus diesem Vertrag entstanden ist.

§14 Verlängerungsoption bei Erhöhung der Regelaltersgrenze

- (1) Erhöht sich für die [versicherte Person](#) die Regelaltersgrenze in der Österreichischen Pensionsversicherung, können Sie mittels Erklärung in [geschriebener Form](#) eine Verlängerung der [Versicherungsdauer](#) des Vertrags verlangen. Dabei wird die [Versicherungsdauer](#) um die gleiche Zeitspanne, kaufmännisch gerundet auf volle Jahre, verlängert, wie die Regelaltersgrenze für das betroffene Geburtsjahr erhöht wurde.

Voraussetzungen

- (2) Folgende Voraussetzungen müssen für eine Anpassung Ihres Vertrags vorliegen:

- Sie verlangen die Verlängerung der [Versicherungsdauer](#) Ihrer Versicherung innerhalb von zwölf Monaten nach Inkrafttreten der gesetzlichen Änderung zur Erhöhung der Regelaltersgrenze in der Österreichischen Pensionsversicherung.
- Die [versicherte Person](#) darf bei der Verlängerung der [Versicherungsdauer](#) höchstens 50 Jahre alt sein.
- Bei Ihrer Versicherung ist die [Versicherungsdauer](#) mindestens bis zum Endalter von 63 Jahren vereinbart.
- Ihre Versicherung ist nicht nach [§ 25](#) dieser Bedingungen beitragsfrei gestellt.
- Zum Zeitpunkt der Beantragung darf nicht bereits eine Berufsunfähigkeit der versicherten Person eingetreten sein bzw. es dürfen während der Vertragslaufzeit keine Leistungen aus dem Vertrag bezogen worden sein.

Auswirkungen

- (3) Ab dem Zeitpunkt der Verlängerung legen wir den Beitrag bezogen auf die neue [Versicherungsdauer](#) nach versicherungsmathematischen Grundsätzen neu fest. Dabei können wir auch andere als bei Vertragsabschluss verwendete [Rechnungsgrundlagen](#) zugrunde legen. Ihre Leistungen bei Berufsunfähigkeit bleiben jedoch unverändert bestehen. Nähere Informationen können Sie dem entsprechenden Nachtrag zu Ihrem [Versicherungsschein](#) entnehmen.

III. Vertragspflichten

§15 Vorvertragliche Anzeigepflicht

(1) Bedeutung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

- Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Vertragsabschluss in [geschriebener Form](#) gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden.
- Soll eine andere Person versichert werden, so ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

(2) Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Rücktritt

- Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person (vgl. [Absatz 1b](#)) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen (z.B. höherer Beitrag, Leistungsausschluss), geschlossen hätten.
- Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des [Versicherungsfalles](#) erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des [Versicherungsfalles](#) noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Haben Sie oder die [versicherte Person](#) die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.
- Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, haben Sie keinen Anspruch auf einen Rückkaufswert. Die Rückzahlung der Beiträge bis zum Wirksamwerden des Rücktritts können Sie nicht verlangen.

Kündigung

- Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.
- Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen (z.B. höherer Beitrag, Leistungsausschluss), geschlossen hätten.
- Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um ([§ 25](#) dieser Bedingungen).

Vertragsanpassung

- Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen (z.B. höherer Beitrag, Leistungsausschluss), geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden [Versicherungsperiode](#) Vertragsbestandteil.
- Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen. In der Mitteilung werden wir Sie auf das Kündigungsrecht hinweisen.

Ausübung unserer Rechte

- Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung oder Vertragsanpassung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in [geschriebener Form](#) auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben.
- Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung sind ausgeschlossen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
- Die genannten Rechte können wir nur innerhalb der ersten drei Jahre nach Vertragsabschluss ausüben. Ist der [Versicherungsfall](#) vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Bei arglistiger Täuschung können wir den Vertrag innerhalb von 10 Jahren anfechten.

Anfechtung

- Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmementscheidung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Der [Absatz 2c](#)) gilt entsprechend.

Leistungserweiterung / Wiederherstellung der Versicherung

- m) Die Absätze 1 und 2a) bis 2l) gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen nach Absatz 2k) beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

Erklärungsempfänger

- n) Die Ausübung unserer Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsänderung sowie zur Anfechtung erfolgt durch eine schriftliche Erklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist.
o) Auf den Rücktritt, die Kündigung, die Vertragsanpassung oder Anfechtung des Versicherungsvertrages können wir uns auch dritten Berechtigten gegenüber berufen.

(3) Besonderheiten für eine nicht schuldhafte Verletzung der Anzeigepflicht

Falls bei Vertragsabschluss gefahrerhebliche Umstände weder vorsätzlich noch grob fahrlässig nicht angezeigt werden, so steht uns nach § 41 Absatz 2 VersVG ein Kündigungsrecht und nach § 41 Absatz 1 VersVG ein Vertragsänderungsrecht zu. Haben Sie ohne Verschulden oder in Unkenntnis die Anzeigepflicht verletzt, verzichten wir zu Ihren Gunsten auf das uns gesetzlich zustehende Recht (vgl. § 41 VersVG), ab Beginn der laufenden [Versicherungsperiode](#) den Vertrag anzupassen oder den Vertrag zu kündigen (vgl. [Absatz 2d\)](#) und [Absatz 2q\)](#).

§16 Gesundheitszustand

- (1) Im Rahmen der Beitragseinstufung legen wir den Gesundheitszustand der versicherten Person zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Basis der Antragsfragen und ggf. weiterer medizinischer Informationen zugrunde.
(2) Sie sind verpflichtet im Versicherungsantrag alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Soll die Berufsfähigkeit einer anderen Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße Anzeige verantwortlich. Wegen den Rechtsfolgen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht beachten Sie bitte die Regelung in [§ 15](#) dieser Bedingungen.

§17 Mitteilungspflichten

- (1) Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets in [geschriebener Form](#) erfolgen. Für uns bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie uns zugegangen sind.
(2) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Andernfalls können für Sie Nachteile entstehen, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden können. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.
(3) Bei Änderung Ihres Namens gilt [Absatz 2](#) entsprechend.

IV. Beitragszahlung und Kosten

§18 Beitragszahlung

- (1) Die Beiträge zu Ihrer Versicherung können Sie je nach Vereinbarung durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge (laufende Beiträge) entrichten. Die [Versicherungsperiode](#) umfasst bei Jahreszahlung ein Jahr, ansonsten entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr. Ist die [Versicherungsperiode](#) kürzer als ein Jahr, erheben wir für zusätzliche Verwaltungsaufwendungen höhere Verwaltungskosten.
(2) Der erste Beitrag ([Einlösungsbeitrag](#)) ist unverzüglich (d.h. ohne schuldhaftes Zögern) nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten im [Versicherungsschein](#) angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden zu Beginn der vereinbarten [Versicherungsperiode](#) fällig.
(3) Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem in [Absatz 2](#) angegebenen Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich (d.h. ohne schuldhaftes Zögern) nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.
(4) Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.
(5) Für eine Stundung der Beiträge ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich. Alle Rahmenbedingungen zur Stundung sind in [§ 20](#) und [§ 21](#) dieser Bedingungen geregelt.
(6) Bei Fälligkeit einer Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

§19 Nichtzahlung von Beiträgen

Einlösungsbeitrag

- (1) Wenn Sie den [Einlösungsbeitrag](#) nicht rechtzeitig zahlen, können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten der zur Gesundheitsprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchungen verlangen.
(2) Ist der [Einlösungsbeitrag](#) bei Eintritt des [Versicherungsfalles](#) noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in [geschriebener Form](#) oder durch einen auffälligen Hinweis im [Versicherungsschein](#) auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die Nicht-Zahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag

- (3) Wenn ein [Folgebeitrag](#) oder ein sonstiger Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig gezahlt worden ist oder eingezogen werden konnte, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in [geschriebener Form](#). Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist, entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Der Versicherungsschutz entfällt oder vermindert sich nicht, wenn Sie mit nicht mehr als 10 % des Jahresbeitrages, höchstens aber mit einem Gegenwert von 60 € in Verzug sind. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen. Die Wirkungen der Kündigung entfallen, wenn Sie die Zahlung innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn die Kündigung mit einer Zahlungsfrist verbunden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist nachholen, sofern der Versicherungsfall zu diesem Zeitpunkt noch nicht eingetreten ist.

§20 Beitragsstundung in der Leistungsprüfung

Bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen. Auf Ihren entsprechenden Antrag in [geschriebener Form](#) stunden wir bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht die Zahlung des laufenden Beitrags zinslos. Bei Ablehnung der Leistungspflicht können Sie nach Vereinbarung innerhalb eines Zeitraumes von 24 Monaten die gestundeten Beiträge in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten zinslos nachzahlen. Alternativ können Sie die versicherte Leistung herabsetzen oder Sie können die gestundeten Beiträge in einem Betrag zurückzahlen. Sofern möglich, werden wir Ihnen auf Wunsch weitere Vorschläge machen, wie die Nachzahlung der gestundeten Beiträge erleichtert werden kann. Bei Vereinbarung einer Karenzzeit werden die Beiträge für diesen Zeitraum weder gestundet noch zurückgezahlt.

§21 Beitragsstundung bei kurzfristigen Zahlungsschwierigkeiten

- (1) Für Ihre Versicherung sind laufende Beiträge für jede [Versicherungsperiode](#) zu entrichten (vgl. [§ 18](#) dieser Bedingungen).
- (2) Bei kurzfristigen Zahlungsschwierigkeiten können Sie zur nächsten Beitragsfälligkeit für maximal 24 Monate eine zinslose Stundung der Beiträge zu Ihrer Versicherung unter Aufrechterhaltung des vollen Versicherungsschutzes verlangen.
- (3) Eine Beitragsstundung kann mehrmals in Anspruch genommen werden. Voraussetzung ist jeweils, dass
 - die Beiträge für das erste [Versicherungsjahr](#) vollständig gezahlt wurden,
 - die zu stundenden Beiträge sind höchstens so hoch wie das Deckungskapital zum Beginn des Stundungszeitraums, vermindert um den gleichen Abzug möglicher Stornoeinbehalte.
 - der Vertrag keinen Beitragsrückstand aufweist (z. B. auch bereits zuvor gestundete Beiträge vollständig zurückgezahlt worden sind),
 - der Vertrag nicht gekündigt wurde und
 - die verbleibende Vertragsdauer nach Ablauf der Stundung noch mindestens drei Jahre beträgt.
- (4) Nach Ablauf der Stundung sind die gestundeten Beiträge in bis zu 24 Monatsraten nachzuzahlen. Bei Zahlungsschwierigkeiten, die über einen längeren Zeitraum als 24 Monate andauern, wird Ihr Vertrag zum Ablauftermin der Stundung unter Berücksichtigung der bis zum Stundungsbeginn gezahlten Beiträge beitragsfrei (vgl. [§ 25](#) dieser Bedingungen) gestellt.

§22 Abschluss- und Vertriebskosten

- (1) Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Diese sind in Ihrem Beitrag einkalkuliert. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten.
Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören unter anderem Provisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschluss- und Vertriebskosten die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die in Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen.
Zu den übrigen Kosten gehören insbesondere die Verwaltungskosten.
- (2) Für Ihren Versicherungsvertrag ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung (DeckRV) maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit die Beiträge nicht für Leistungen im [Versicherungsfall](#), Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen [Versicherungsperiode](#) und für die Bildung der [Deckungsrückstellung](#) aufgrund von § 25 Absatz 2 RechVersV i.V.m. § 169 Absatz 3 VVG bestimmt sind. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt.
- (3) Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten, d.h. der Teil, der nicht nach [Absatz 2](#) verrechnet wurde, werden während der vertraglich vereinbarten [Beitragszahlungsdauer](#) aus den laufenden Beiträgen getilgt. Die übrigen Kosten verteilen wir über die gesamte Vertragslaufzeit.
- (4) Die beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung nur geringe Beträge zur Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente vorhanden sind (vgl. auch [§ 25](#) dieser Bedingungen). Nähere Informationen können Sie Ihrem persönlichen Angebot entnehmen.

§23 Sonstige Kosten

- (1) Alle das Versicherungsverhältnis unmittelbar betreffenden öffentlichen Abgaben stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung.
- (2) Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag gesondert in Rechnung stellen. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem pauschalen Abgeltungsbetrag zugrundeliegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern sind, entfällt der Abgeltungsbetrag bzw. wird – im letzteren Fall – entsprechend herabgesetzt.

V. Kündigung und Beitragsfreistellung

§24 Kündigung

- (1) Sie können Ihre Versicherung jederzeit mit Frist von einem Monat zum Schluss der [Versicherungsperiode](#) ganz oder teilweise in [geschriebener Form](#) kündigen.
Wir prüfen dann zunächst, ob eine beitragsfreie Weiterführung Ihrer Versicherung möglich ist. Dies ist dann der Fall, wenn die beitragsfrei versicherte [Jahresrente](#) eine Mindestsumme in Höhe von 900 Euro erreicht. Wird die beitragsfrei versicherte [Jahresrente](#) in Höhe von mindestens 900 Euro erreicht, stellen wir Ihren Vertrag beitragsfrei. Wird diese beitragsfrei versicherte [Jahresrente](#) nicht erreicht, zahlen wir den Rückkaufswert an Sie aus.
- (2) Kündigen Sie Ihre Versicherung nur teilweise, ist diese Kündigung unwirksam, wenn die verbleibende beitragspflichtig versicherte [Jahresrente](#) unter einen Mindestbetrag von 900 Euro sinkt. Wenn Sie in diesem Fall Ihre Versicherung beenden wollen, müssen Sie also ganz kündigen.
- (3) Entsprechend § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) werden wir – falls vorhanden – den Rückkaufswert erstatten. Der Rückkaufswert ist die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den [Rechnungsgrundlagen](#) der Prämienkalkulation zum Schluss der laufenden [Versicherungsperiode](#) berechnete [Deckungsrückstellung](#) der Versicherung. Mindestens verwenden wir jedoch den Betrag der [Deckungsrückstellung](#), der sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung des aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersatzes ([§ 22 Absatz 2](#) dieser Bedingungen) angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Von dem so ermittelten Wert erfolgen ein Abzug evtl. noch ausstehender Forderungen (z.B. Beitragsrückstände) sowie ein Stornoabzug. Der Stornoabzug beträgt max. 30 % der [Deckungsrückstellung](#). Die genaue Höhe des Stornoabzugs können Sie Ihrem persönlichen Angebot entnehmen. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital sowie für in der bisherigen Vertragslaufzeit zu viel gewährte Überschüsse vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihres Verlangens der Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.
- (4) Wir sind nach § 169 Absatz 6 VVG berechtigt, den nach Absatz 3 errechneten Betrag angemessen herabzusetzen, soweit dies erforderlich ist, um eine Gefährdung der Belange der [Versicherungsnehmer](#), insbesondere durch eine Gefährdung der dauernden Erfüllbarkeit der sich aus den Versicherungsverträgen ergebenden Verpflichtungen, auszuschließen. Die Herabsetzung ist jeweils auf ein Jahr befristet.

- (5) Zusätzlich zahlen wir die Ihrem Vertrag bereits zugeteilten Überschussanteile aus, soweit sie nicht bereits in dem nach den Absätzen 3 und 4 berechneten Rückkaufswert enthalten sind oder als Sofortüberschuss die Beiträge reduziert haben.
- (6) Wenn Sie Ihren Vertrag kündigen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 22 dieser Bedingungen) kein Rückkaufswert vorhanden. Auch in den Folgejahren sind wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen nur geringe oder keine Rückkaufswerte vorhanden. Nähere Informationen zum Rückkaufswert, seiner Höhe und darüber, in welchem Ausmaß er garantiert ist, können Sie Ihrem persönlichen Angebot entnehmen.
- (7) Während des Leistungsbezugs ist ein Kündigungsrecht ausgeschlossen.
- (8) Ist die [versicherte Person](#) zum Zeitpunkt der Kündigung berufsunfähig, bleiben Ansprüche aus der Versicherung auf Grund bereits vor Kündigung eingetretener Berufsunfähigkeit unberührt.

§25 Beitragsfreistellung

- (1) Anstelle einer Kündigung nach § 24 dieser Bedingungen können Sie unter Beachtung der dort genannten Termine und Fristen durch entsprechende Erklärung in [geschriebener Form](#) verlangen, ganz oder teilweise von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Fall setzen wir die Versicherungssumme ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Summe herab, die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden [Versicherungsperiode](#) errechnet wird. Die aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Summe zur Verfügung stehende [Deckungsrückstellung](#) mindert sich um den Stornoabzug und evtl. ausstehende Forderungen (z. B. Beitragsrückstände). Der Stornoabzug beträgt max. 15 % der [Deckungsrückstellung](#). Die genaue Höhe des Stornoabzugs können Sie Ihrem persönlichen Angebot entnehmen. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital sowie für in der bisherigen Vertragslaufzeit zu viel gewährte Überschüsse vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihres Verlangens der Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.
- (2) Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 22 dieser Bedingungen) keine oder nur eine geringe beitragsfreie Versicherungssumme vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme zur Verfügung. Mit der Beitragsfreistellung enden auch Ihre Ansprüche aus ggf. eingeschlossenen Optionen (vgl. § 8 dieser Bedingungen). Nähere Informationen zur beitragsfreien Versicherungssumme und ihrer Höhe können Sie Ihrem persönlichen Angebot entnehmen.
- (3) Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt und erreicht die nach [Absatz 1](#) zu berechnende beitragsfreie Versicherungssumme den Mindestbetrag von 900 Euro [Jahresrente](#) nicht, erhalten Sie – falls vorhanden – den Rückkaufswert nach [§ 24 Absätze 3 bis 5](#) dieser Bedingungen und der Vertrag endet. Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht können Sie nur verlangen, wenn die verbleibende beitragspflichtige Berufsunfähigkeitsrente mindestens 900 Euro beträgt.
- (4) Ist die [versicherte Person](#) zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung berufsunfähig, bleiben Ansprüche auf Grund bereits vor Beitragsfreistellung eingetretener Berufsunfähigkeit unberührt.
- (5) Wiederinkraftsetzung nach vorzeitiger Beitragsfreistellung
Nach der vorzeitigen Beitragsfreistellung können Sie innerhalb von drei Jahren die Wiederaufnahme der Beitragszahlung (Wiederinkraftsetzung) bis zur Höhe des ursprünglichen Versicherungsschutzes in [geschriebener Form](#) beantragen.
Voraussetzung ist, dass zum Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung der Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist und die verbleibende Beitragszahlungsdauer noch mindestens ein Jahr beträgt.
Die beitragsfrei gestellte Versicherung können Sie ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder in Kraft setzen, wenn seit dem Zeitpunkt der Beitragsfreistellung noch keine zwölf Monate vergangen sind. Nach Ablauf der zwölf Monate ist eine erneute Risikoprüfung erforderlich.
Die Wiederinkraftsetzung erfolgt mit den für Ihren Vertrag geltenden Rechnungsgrundlagen.
Der Versicherungsvertrag wird mit der Versicherungssumme, wie sie vor der Beitragsfreistellung vereinbart war, wieder in Kraft gesetzt. Die Beitragshöhe ist aufgrund der während der Beitragsfreistellung nicht gezahlten Beiträge höher.
Sie können den Versicherungsvertrag auch mit der Beitragshöhe, wie sie vor der Beitragsfreistellung bestanden hat, wieder in Kraft setzen, wenn die Versicherungssumme ab der Wiederinkraftsetzung entsprechend gesenkt wird.
Die Wiederinkraftsetzung wird gebührenfrei durchgeführt.

§26 Beitragsrückzahlung

Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

VI. Eintritt des Versicherungsfalls und Leistungsauszahlungen

§27 Bezugsberechtigter und Bezugsrecht der Versicherungsleistung

- (1) Falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die bei Fälligkeit die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll (Bezugsberechtigter), erbringen wir die Leistung aus dem Versicherungsvertrag an die versicherte Person. Bis zur jeweiligen Fälligkeit können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen.
- (2) Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.
- (3) Die Einräumung und der Widerruf eines widerruflichen Bezugsrechts (vgl. [Absatz 1](#)) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns gegenüber in [geschriebener Form](#) angezeigt worden sind.
- (4) Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag können Sie nicht abtreten oder verpfänden.

§28 Leistungsauszahlung

- (1) Werden Leistungen aus dieser Versicherung verlangt, so sind uns unverzüglich (d.h. ohne schuldhaftes Zögern) folgende Unterlagen einzureichen:
 - a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit,
 - b) ausführliche Berichte der Ärzte oder anderer Heilbehandler, die die [versicherte Person](#) gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit oder über die Pflegebedürftigkeit,
 - c) eine Aufstellung der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die [versicherte Person](#) in Behandlung war, ist oder - sofern bekannt - sein wird,
 - d) eine Aufstellung der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger oder sonstiger Versorgungsträger, bei denen die [versicherte Person](#) ebenfalls Leistungen wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit geltend machen könnte,

- e) Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen,
 - f) bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege,
 - g) Werden Leistungen nach [§ 5 Absatz 17](#) dieser Bedingungen verlangt, sind uns von den dort jeweils genannten Ärzten entsprechende Bescheinigungen einzureichen.
 - h) bei Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit im Sinne des [§ 8 Absatz 1](#) dieser Bedingungen für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens 4 Monaten sind - abweichend zu den Aufzählungen a bis e - ärztlich ausgestellte Bescheinigungen, sowie eine Bescheinigung eines auf die zugrunde liegende Erkrankung spezialisierten Facharztes, dass die versicherte Person voraussichtlich mindestens zwei weitere Monate ununterbrochen arbeitsunfähig sein wird ausreichend;
- (2) Der Bescheid eines Sozialversicherungsträgers oder eines privaten Krankenversicherers über eine dort anerkannte Berufsunfähigkeit reicht als Nachweis einer Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht aus.
- (3) Unsere Leistungen überweisen wir der empfangsberechtigten Person auf ihre Kosten. Bei Überweisungen außerhalb des europäischen Wirtschaftsraumes trägt die empfangsberechtigte Person auch die damit verbundene Gefahr.

§29 Bedeutung des Versicherungsscheins

- (1) Den Inhaber des [Versicherungsscheins](#) können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des [Versicherungsscheins](#) seine Berechtigung nachweist.
- (2) In den Fällen des [§ 27 Absatz 1](#) dieser Bedingungen brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die Anzeige des bisherigen Berechtigten in [geschriebener Form](#) vorliegt.

§30 Mitwirkungspflichten

Meldefrist

- (1) Für die Anmeldung von Leistungsansprüchen ist keine Meldefrist vereinbart. Werden jedoch Ansprüche so spät angemeldet, dass der Eintritt der Berufsunfähigkeit gemäß [§ 5](#) dieser Bedingungen für die Vergangenheit nicht mehr nachweisbar ist, kann der Anspruch auf Versicherungsleistungen bei Vorliegen aller erforderlichen Voraussetzungen frühestens mit dem Monat entstehen, für den entsprechende Nachweise gemäß [§ 28 Absatz 1](#) dieser Bedingungen vorgelegt werden.

Weitere Untersuchungen und Kostenübernahme

- (2) Wir dürfen weitere ärztliche Untersuchungen und notwendige Nachweise, z.B. auch über wirtschaftliche Verhältnisse und deren Veränderung, verlangen. Es geht hier vor allem um zusätzliche Informationen und Untersuchungen. Die [versicherte Person](#) muss Ärzte, Krankenhäuser, sonstige Krankenanstalten und Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder in Pflege war oder sein wird, erlauben, dass sie uns die Informationen geben, die wir für die Leistungsprüfung brauchen. Das gilt auch für Pflegepersonen, andere Personenversicherer, Behörden, Krankenkassen und Sozialversicherungsträger. Die Kosten dafür zahlen wir.
- (3) Wir können verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in Republik Österreich durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir die angefallenen Reise- und Unterbringungskosten jedoch maximal:
- Reisekosten in Höhe der Kosten einer Bahnfahrt 2. Klasse und – falls erforderlich – die Flugkosten für die Economy Class (oder eine vergleichbare Buchungskategorie) und
 - Unterbringungskosten bis zur Höhe für einen Aufenthalt in einem 4-Sterne-Hotel (oder einer vergleichbaren Hotelkategorie).
- (4) Auf Untersuchungen in der Republik Österreich können wir verzichten, wenn diese vor Ort nach den von uns in der Republik Österreich angewendeten Grundsätzen/ Standards erfolgen.

Arztanordnungsklausel

- (5) Lässt die versicherte Person operative Behandlungsmaßnahmen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt anordnet, um die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu mindern, nicht durchführen, steht dies der Anerkennung der Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung nicht entgegen. Die [versicherte Person](#) ist allerdings verpflichtet, geeignete Hilfsmittel zu verwenden und zumutbare Heilbehandlungen vorzunehmen, die eine wesentliche Besserung ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung erwarten lassen. Dabei handelt es sich beispielsweise um das Tragen von Stützstrümpfen oder die Verwendung unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in [geschriebener Form](#) auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

Verzicht auf Meldepflicht Gesundheit

- (6) Sie sind nicht verpflichtet, uns von sich aus eine Besserung Ihres Gesundheitszustands nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit, anzuzeigen. Wir prüfen jedoch regelmäßig Ihre Voraussetzungen der Berufsunfähigkeit im Sinne nach [§ 5](#) dieser Bedingungen.

Meldepflicht Beruf

- (7) Erhalten Sie Leistungen aus dieser Berufsunfähigkeitsversicherung, müssen Sie uns die Aufnahme oder Änderung einer beruflichen Tätigkeit der versicherten Person innerhalb von 6 Monaten schriftlich mitteilen.

§31 Folgen einer Verletzung der Mitwirkungspflicht

Solange eine Mitwirkungspflicht nach [§ 30](#) oder [§ 34](#) dieser Bedingungen von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in [geschriebener Form](#) auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§32 Erklärung über die Leistungspflicht

- (1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in [geschriebener Form](#) ob, in welchem Umfang und von welchem Zeitpunkt an wir eine Leistungspflicht anerkennen.
- (2) Wir verpflichten uns, Ihnen innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Eingang der von Ihnen jeweils zur Prüfung vorgelegten Unterlagen

- unsere Entscheidung über die Leistungspflicht mitzuteilen oder
- weitere Unterlagen für die Prüfung von Ihnen anzufordern oder
- Ihnen mitzuteilen, dass wir weitere Schritte (z.B. neutrales Gutachten) einleiten werden

Während der Leistungsprüfung informieren wir Sie in regelmäßigen Abständen, spätestens alle 4 Wochen, über den Bearbeitungsstand.

- (3) Einen durch Überschreitung der in [Absatz 2](#) genannten Frist nachweislich entstandenen Schaden werden wir ersetzen.

§33 Leistungsentscheidung

Wenn wir Leistungen wegen Berufsunfähigkeit nach [§ 5](#) dieser Bedingungen zusagen, gilt dies jeweils zeitlich unbegrenzt. Wir sprechen somit keine zeitlich befristeten Anerkenntnisse aus und leisten solange die [versicherte Person](#) berufsunfähig nach [§ 5](#) dieser Bedingungen ist, längstens jedoch bis zum Ende der [Leistungsdauer](#). Ausgenommen ist die Berufsunfähigkeit aufgrund von bestimmten Krankheiten nach [§ 5 Absatz 17](#) dieser Bedingungen.

§34 Nachprüfung der Berufsunfähigkeit

- (1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir während der vereinbarten [Leistungsdauer](#) berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit und ihren Grad oder die Pflegebedürftigkeit und das Fortleben der versicherten Person nachzuprüfen. Dabei sind Gesundheitsveränderungen ebenso zu berücksichtigen wie das konkrete Ausüben einer zumutbaren Tätigkeit im Sinne von [§ 5 Absatz 1](#) dieser Bedingungen, wobei neuerworbene berufliche Fähigkeiten zu berücksichtigen sind.
- (2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen nach [§ 30 Absätze 2 bis 7](#) dieser Bedingungen gelten entsprechend.
- (3) Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen oder hat sich ihr Grad auf weniger als 50 % vermindert, werden wir von der Leistung frei. In diesem Fall legen wir Ihnen die Veränderung in [geschriebener Form](#) dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Anspruchsberechtigten in [geschriebener Form](#) mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.
- (4) Liegt Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit vor und ist die Pflegebedürftigkeit auf unter einen Pflegepunkt gesunken bzw. die Pflegebedürftigkeit im Sinne des [§ 5 Absatz 13](#) dieser Bedingungen entfallen, stellen wir unsere Leistungen ein. [Absatz 3 Satz 2 bis 4](#) gelten entsprechend.

VII. Überschussbeteiligung

§35 Bedeutung von Überschüssen

Wir beteiligen Sie an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Dies regelt der §153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG). Die Leistung aus der Überschussbeteiligung kann auch Null Euro betragen. Bei unseren Berufsunfähigkeitsversicherungen werden Sie vor allem in Form eines Sofortüberschusses beteiligt. Dadurch zahlen Sie nicht den Bruttobeitrag, sondern den um den Sofortüberschuss reduzierten Nettobeitrag (Zahlbeitrag).

§36 Beteiligung an Überschüssen

In den nachfolgenden Absätzen erläutern wir Ihnen,

- wie wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens ermitteln und wie wir diesen verwenden ([Absatz 1](#)),
- wie Ihr Vertrag an dem Überschuss beteiligt wird ([Absatz 2](#)),
- wie Bewertungsreserven entstehen und wie wir diese Ihrem Vertrag zuordnen ([Absatz 3](#)),
- warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung Ihres Vertrages nicht garantieren können ([Absatz 4](#)) und
- wie wir Sie über die Überschussbeteiligung informieren ([Absatz 5](#)).

(1) Wie ermitteln wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens und wie verwenden wir diesen?

Den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens (Rohüberschuss) ermitteln wir nach handels- und aufsichtsrechtlichen Vorschriften. Mit der Feststellung des Jahresabschlusses legen wir fest, welcher Teil des Rohüberschusses für die Überschussbeteiligung aller überschussberechtigten Verträge zur Verfügung steht. Dabei beachten wir die aufsichtsrechtlichen Vorgaben, derzeit insbesondere die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung, MindZV). Es gibt drei verschiedene Quellen für den Rohüberschuss. Diese Quellen sind Kapitalerträge, das Risikoergebnis und das übrige Ergebnis (einschließlich Kosten).

Kapitalerträge

Die Beiträge sind so berechnet, dass sie lediglich die Versicherungsleistungen decken. Daher entsteht kein oder nur ein sehr geringer Kapitalertrag. An diesen Nettoerträgen werden Sie nach der MindZV zu derzeit mindestens 90 % beteiligt. Zuerst werden hieraus die garantierten Versicherungsleistungen bezahlt. Der verbleibende Betrag wird für die Überschussbeteiligungen der [Versicherungsnehmer](#) verwendet.

Risikoergebnis

Wir setzen bei der Berechnung unserer Beiträge Annahmen zur Entwicklung von Versicherungsleistungen an. Sind diese niedriger als angenommen, entstehen Überschüsse. Zuerst werden dazu die garantierten Versicherungsleistungen bezahlt. Bleibt dann noch etwas übrig, bekommen Sie eine Überschussbeteiligung. Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Sie als [Versicherungsnehmer](#) beteiligen wir nach der MindZV angemessen an diesen Überschüssen. Nach derzeitiger Rechtslage beteiligen wir Sie am Risikoergebnis zu mindestens 90 %.

Übriges Ergebnis

In ihren Beiträgen sind Kosten enthalten. Entstehen in einem Geschäftsjahr weniger Kosten als wir über alle Verträge einnehmen, entstehen Überschüsse. Auch geben wir weitere Einnahmen, welche nicht direkt mit ihrem Versicherungsvertrag in Zusammenhang stehen, an Sie weiter (z.B. Erträge aus Dienstleistungen, welche wir für andere Unternehmen erbringen). Sie als [Versicherungsnehmer](#) beteiligen wir nach der MindZV angemessen an diesen Überschüssen. Nach derzeitiger Rechtslage beteiligen wir Sie am übrigen Ergebnis zu mindestens 50 %.

Von der so ermittelten Überschussbeteiligung werden zunächst die direkten Überschussbeteiligungen bezahlt (Direktgutschrift). Der Rest der Überschussbeteiligung kommt in die Rückstellung für Beitragsrückerstattung. Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung gleicht Schwankungen über die Jahre aus. Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dürfen wir grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der [Versicherungsnehmer](#) verwenden. Nur in gesetzlich festgelegten Ausnahmefällen können wir hiervon mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde abweichen.

Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrages am Überschuss ergeben sich aus der Zuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht.

Wir haben gleichartige Versicherungen (z. B. Risikolebensversicherungen, Berufsunfähigkeitsversicherungen) zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen.

(2) Wie wird Ihr Vertrag an dem Überschuss beteiligt?

Wir verteilen die Überschüsse an die Verträge, die sie auch verursacht haben. Hierzu bilden wir innerhalb der Bestandsgruppen Gewinnverbände. Gewinnverbände bestehen aus verschiedenen Tarifgruppen. Jeder Versicherungsvertrag gehört zu einem Tarif. Dieser steht auf dem [Versicherungsschein](#). Jeder Tarif gehört zu einem Gewinnverband und bekommt Anteile an den Überschüssen dieses Gewinnverbandes. Wir verteilen den Überschuss so auf die Bestandsgruppen und Gewinnverbände wie sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Hat eine Bestandsgruppe oder ein Gewinnverband keine Überschüsse erzielt, dann gibt es auch keinen Anspruch auf eine Überschussbeteiligung.

Bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung bekommen Sie jährlich zu Beginn des Vertragsjahres Überschüsse. Diese werden mit den Bruttobeiträgen verrechnet und reduzieren den Zahlbeitrag. Beitragsfrei gestellte oder durch Ablauf der Beitragszahlung beitragsfrei gewordene Versicherungen sind nicht überschussberechtig.

Der Vorstand legt jedes Jahr auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars fest, wie der Überschuss auf die Gewinnverbände verteilt wird und setzt die entsprechenden Überschussanteilsätze fest (Überschussdeklaration). Dabei achtet er darauf, dass die Verteilung verursachungsorientiert erfolgt.

Ihr Vertrag erhält auf der Grundlage der Überschussdeklaration Anteile an dem auf Ihren Gewinnverband entfallenden Teil des Überschusses. Die Mittel hierfür werden bei der Direktgutschrift zulasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen.

(3) Wie entstehen Bewertungsreserven und wie ordnen wir diese Ihrem Vertrag zu?

Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über ihrem jeweiligen handelsrechtlichen Buchwert liegt.

Da in der Berufsunfähigkeitsversicherung keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung stehen, um Kapital zu bilden, entstehen auch keine oder nur geringfügige Bewertungsreserven. Dennoch entstehende Bewertungsreserven, die nach den maßgebenden rechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ordnen wir den Verträgen anteilig rechnerisch zu. Dabei wenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren an.

Versicherungen mit Ansammlungsguthaben erhalten ebenfalls eine Beteiligung an den Bewertungsreserven. Die Zuteilung vorhandener Bewertungsreserven erfolgt verursachungsorientiert. Bei Versicherungen mit Ansammlungsguthaben werden die für den jeweiligen Vertrag angesammelten Ansammlungsguthaben ins Verhältnis zur Summe der Kapitalien aller berechtigten Verträge gesetzt.

Weitere Informationen zum Zuteilungsverfahren und zum Stichtag der Berechnung veröffentlichen wir jährlich in unserem Geschäftsbericht. Diesen finden Sie auf unserer Internetseite unter www.dialog-leben.at.

Die Höhe der Bewertungsreserven ermitteln wir jährlich neu sowie zusätzlich auch für den Zeitpunkt der Beendigung eines Vertrages.

Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

(4) Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab, die nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar sind. Einflussfaktoren sind insbesondere die Entwicklung des versicherten Risikos, des Kapitalmarkts und der Kosten.

Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch Null Euro betragen.

(5) Wie informieren wir über die Überschussbeteiligung?

Die festgelegten Überschussanteilsätze veröffentlichen wir jährlich in unserem Geschäftsbericht. Diesen finden Sie auf unserer Internetseite unter www.dialog-leben.at.

VIII. Sonstige Vertragsbestimmungen

§37 Rechtsanwendung

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Republik Österreich Anwendung.

§38 Gerichtsstand

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder der für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
- (2) Sind Sie eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.
- (3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts in das Ausland, sind für Klagen aus dem Vertrag die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben. Dies gilt ebenso, wenn Sie eine juristische Person sind und Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung ins Ausland verlegen.

§39 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?

- (1) Wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind, stehen Ihnen derzeit insbesondere die nachfolgenden Beschwerdemöglichkeiten offen.

Unser Beschwerdemanagement

- (2) Für Kundenbeschwerden ist unsere Zentrale Beschwerdestelle gerne für Sie da. Sie erreichen diese derzeit wie folgt:

Dialog Lebensversicherungs-AG
Stadtberger Straße 99
86157 Augsburg, Deutschland
E-Mail: info@dialog-leben.at

Versicherungsombudsmann

- (3) Sind Sie mit unserer Entscheidung nicht einverstanden oder hat eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt, können Sie sich als Verbraucher an den Ombudsmann für Versicherungen wenden. Diesen erreichen Sie derzeit wie folgt:
Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 080632
10006 Berlin, Deutschland
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Internet: www.versicherungsombudsmann.de
Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Als Mitglied im Versicherungsombudsmann e. V. haben wir uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

- (4) Zusätzlich steht Ihnen die folgende Beschwerdestelle zur Verfügung:
Bundesministerium für Arbeit, Soziales,
Gesundheit und Konsumentenschutz
Stubenring 1
1010 Wien

Versicherungsaufsicht

- (5) Sie haben auch die Möglichkeit, sich an die für uns zuständige Aufsicht zu wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Die derzeitigen Kontaktdaten sind:
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn, Deutschland
E-Mail: poststelle@bafin.de
Bitte beachten Sie, dass die BaFin keine Schiedsstelle ist und einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden kann.

Rechtsweg

- (6) Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

§40 Können die Bruttobeiträge angehoben werden?

- (1) Nach § 172 VersVG ist der Versicherer berechtigt bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden und nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen und dem daraus berechneten Bruttobeitrag, den Bruttobeitrag entsprechend den berichtigten Berechnungsgrundlagen neu festzusetzen. Die Beitragserhöhung ist auf jenes Ausmaß beschränkt, das zur künftigen Befriedigung des Leistungsbedarfs angemessen und erforderlich ist.
- (2) Maßgebende Umstände für die Änderung der Bruttobeiträge sind nur Änderungen in Bezug auf
- die durchschnittliche Lebenserwartung
 - die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwendigkeit, bezogen auf die versicherte Person.
- (3) Die Erklärung der Änderung des Bruttobeitrags wird zum Monatsersten, der auf die Absendung folgt, wirksam.
- (4) Erhöht der Versicherer den Bruttobeitrag, so wird er dem Versicherungsnehmer auf Wunsch die Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleichbleibendem Bruttobeitrag und entsprechend herabgesetzter Versicherungssumme anbieten. Auf dieses Recht wird der Versicherer den Versicherungsnehmer in seiner Benachrichtigung der erhöhten Prämien ausdrücklich hinweisen.
- (5) Auf dieses Recht verzichten wir, wenn Sie die Option Verzicht auf Anwendung des § 172 VersVG abgeschlossen haben (siehe [§ 8 Absatz 4](#) dieser Bedingungen).

IX. Begriffserklärungen

Um Ihnen das Lesen der Versicherungsbedingungen zu erleichtern, möchten wir Ihnen einige Begrifflichkeiten kurz erläutern:

- **Abstrakte Verweisung:** Die versicherte Person kann auf einen anderen als ihren ausgeübten Beruf verwiesen werden.
- **Beitragszahlungsdauer:** Die Beitragszahlungsdauer ist der Zeitraum, für den Beiträge zu zahlen sind.
- **Bezugsberechtigter:** Der Bezugsberechtigte ist die von Ihnen als [Versicherungsnehmer](#) benannte Person, die die Leistung aus dem Vertrag erhalten soll. Grundsätzlich kann jede beliebige Person benannt werden.
- **Deckungsrückstellung:** Eine Deckungsrückstellung bilden wir, um zu jedem Zeitpunkt die Versicherungsleistungen gewährleisten zu können.
- **Einlösungsbeitrag:** Der erste zu zahlende Beitrag nach Abschluss des Vertrages. Seine Zahlung ist eine Voraussetzung für den Beginn des Versicherungsschutzes.
- **Folgebeitrag:** Ein Folgebeitrag ist jeder Beitrag, der nach dem [Einlösungsbeitrag](#) fällig wird.
- **Geschriebene Form:** Ist für eine Erklärung die geschriebene Form vorgesehen, muss diese Erklärung zum Beispiel per Brief, Fax oder E-Mail abgegeben werden.
- **Jahresrente:** Eine Jahresrente ist die beantragte Berufsunfähigkeitsrente, die in der Regel in monatlichen Raten im Falle einer Berufsunfähigkeit ausbezahlt wird.
- **Konkrete Verweisung:** Wir prüfen stets, ob die [versicherte Person](#) eine andere vergleichbare Tätigkeit ausübt. Ob eine Tätigkeit vergleichbar ist, richtet sich nach der Ausbildung, der Erfahrung und der bisherigen Lebensstellung. Wenn die [versicherte Person](#) eine solche Tätigkeit ausübt, ist sie nicht berufsunfähig nach der Definition in § 5 dieser Bedingungen.
- **Leistungsdauer:** Die Leistungsdauer ist der Zeitraum, bis zu dessen Ablauf eine während der [Versicherungsdauer](#) anerkannte Leistung längstens erbracht wird.
- **Rechnungsgrundlagen:** Die Rechnungsgrundlagen sind die Grundlagen für die Kalkulation Ihres Vertrages. Diese sind in der Regel die Annahmen zur Entwicklung der versicherten Risiken, der Zinsen und der Kosten.
- **Risikoprüfung:** Risikoprüfung ist die individuelle Einschätzung für Angaben zur Gesundheit, zum Beruf, zu Hobbies zu Reisen und zur finanziellen Angemessenheit.
- **Versicherte Person:** Die versicherte Person ist die Person, auf deren Leben die Versicherung genommen wird. Dies müssen nicht notwendigerweise Sie als [Versicherungsnehmer](#) sein.
- **Versicherungsdauer:** Die Versicherungsdauer ist der Zeitraum, innerhalb dessen der [Versicherungsfall](#) eintreten muss, damit ein Anspruch auf Leistungen entstehen kann.
- **Versicherungsfall:** Ein Versicherungsfall ist das Ereignis, das die Leistungspflicht des Versicherers entstehen lässt, wenn es während der [Versicherungsdauer](#) eintritt. Dies ist z.B. die Berufsunfähigkeit der versicherten Person.
- **Versicherungsjahr:** Ein Versicherungsjahr umfasst – unabhängig von der [Versicherungsperiode](#) – den Zeitraum eines Jahres. Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im [Versicherungsschein](#) dokumentierten Beginn der Versicherung. Die folgenden Versicherungsjahre beginnen jeweils zum Jahrestag des Versicherungsbeginns.
- **Versicherungsnehmer:** Der Versicherungsnehmer ist unser Vertragspartner. Die Rechte und Pflichten aus diesem Vertrag betreffen vorrangig den Versicherungsnehmer.
- **Versicherungsperiode:** Die Versicherungsperiode ist der Zeitabschnitt, für den die Zahlung des Beitrags vereinbart ist. Die Versicherungsperiode umfasst bei jährlicher Beitragszahlung ein [Versicherungsjahr](#), bei unterjährlicher Beitragszahlung entsprechend der vereinbarten Zahlungsweise ein halbes Jahr, ein Vierteljahr oder einen Monat.
- **Versicherungsschein (Police/Polizze):** Der Versicherungsschein dokumentiert den zustande gekommenen Versicherungsvertrag und die zu Vertragsbeginn vereinbarten Versicherungsleistungen.
- **Vorläufiger Versicherungsschutz:** Ein vorläufiger Versicherungsschutz bedeutet, dass dem [Versicherungsnehmer](#) ab dem Zeitpunkt, zu dem Ihr Antrag bei uns eingeht, Versicherungsschutz gewährt wird.

Bitte beachten: Zum Verbleib beim Kunden

Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung (ABvVssBu-A)

Mit den nachfolgenden Bedingungen wenden wir uns an Sie als Antragsteller und künftigen Versicherungsnehmer und gewähren Ihnen aufgrund des gestellten Antrags und den nachfolgenden Bedingungen vorläufigen Versicherungsschutz. Auf den folgenden Seiten finden Sie wichtige Informationen, die für Ihren Versicherungsvertrag von Bedeutung sind. Dabei bilden die Versicherungsbedingungen die rechtliche Grundlage für unser gemeinsames Vertragsverhältnis. In ihnen werden u. a. die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien geregelt sowie die vertraglichen Leistungen beschrieben. Informationen zur steuerlichen Behandlung der Versicherung finden Sie in den separat vorliegenden Steuerinformationen.

Inhaltsverzeichnis

I. Versicherungsschutz und Leistungen	- 2 -
§1 Versicherungsbeginn.....	- 2 -
§2 Versicherungsende	- 2 -
§3 Geltungsbereich	- 2 -
§4 Versicherungsleistungen.....	- 2 -
§5 Leistungsvoraussetzungen	- 2 -
§6 Leistungsausschlüsse	- 2 -
II. Beitragszahlung und Kosten	- 3 -
§7 Kosten	- 3 -
III. Sonstige Vertragsbestimmungen.....	- 3 -
§8 Weitere Bestimmungen.....	- 3 -

I. Versicherungsschutz und Leistungen

§1 Versicherungsbeginn

Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem Ihr Antrag bei uns eingeht.

§2 Versicherungsende

(1) Der vorläufige Versicherungsschutz endet, wenn

- der Versicherungsschutz aus der beantragten Versicherung begonnen hat;
- Sie Ihren Antrag angefochten oder bereits vor oder gleichzeitig mit dem Eingang bei uns zurückgenommen haben;
- der Einzug des ersten Beitrags aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht möglich war oder dem SEPA-Lastschriftinzug widersprochen worden ist;
- Sie nach Abschluss des Versicherungsvertrages von Ihrem Lösungsrecht Gebrauch gemacht haben;
- entweder Sie oder wir erklärt haben, dass an einer Weiterverfolgung des Antrags kein Interesse mehr besteht;
- Sie den Hauptvertrag oder den weiteren Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz mit einem anderen Versicherer schließen. Über den Vertragsschluss mit einem anderen Versicherer haben Sie uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) zu informieren.

(2) Sowohl Sie als auch wir können den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Unsere Kündigungserklärung wird jedoch erst nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang bei Ihnen wirksam.

(3) Ist der vorläufige Versicherungsschutz wegen eines unter [Absatz 1](#) oder [2](#) genannten Grundes beendet worden, so bedarf es zur Wiederherstellung unserer ausdrücklichen Bestätigung.

§3 Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

§4 Versicherungsleistungen

(1) Tritt während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes Berufsunfähigkeit ein, so gilt:

- Eine Berufsunfähigkeitsrente und eine Beitragsbefreiung zahlen wir nur, wenn die Berufsunfähigkeit innerhalb von drei Monaten seit ihrem Eintritt angezeigt worden ist.
- Aus den ggf. beantragten bzw. vorgesehenen Optionen gemäß § 8 der Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung entsteht während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes kein Anspruch.

(2) In jedem Falle enden die Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung spätestens mit dem Ablauf der für die Berufsunfähigkeitsversicherung beantragten Versicherungsdauer oder wenn die Berufsunfähigkeit wieder gegeben ist.

(3) Auf Grund des vorläufigen Versicherungsschutzes bei Berufsunfähigkeit beträgt die Höchstrente 18.000,00 Euro jährlich. Die Beitragsbefreiung wird ebenfalls höchstens für eine Jahresrente in Höhe von 18.000,00 Euro übernommen.

(4) Diese Begrenzungen gelten auch dann, wenn höhere Leistungen beantragt oder mehrere Anträge derselben zu versichernden Person bei uns gestellt worden sind.

§5 Leistungsvoraussetzungen

Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz ist, dass

- der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als zwei Monate nach der Unterzeichnung des Antrags liegt;
- der erste Beitrag für die beantragte Versicherung gezahlt oder uns eine Ermächtigung zum Beitragseinzug mittels eines SEPA-Lastschriftmandats erteilt worden ist, wobei auf dem angegebenen Konto ausreichende Deckung vorhanden sein muss;
- Sie das Zustandekommen der beantragten Versicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht haben und die Risiko- und Gesundheitserklärung der zu versichernden Person im Antragsformular vollständig ausgefüllt ist;
- Ihr Antrag sich im Rahmen der von uns gebotenen Tarife und Bedingungen bewegt;
- die versicherte Person bei Unterzeichnung des Antrags das 15. Lebensjahr schon und das 57. Lebensjahr noch nicht vollendet hat;
- frühere Anträge der versicherten Person von uns nicht abgelehnt, nicht zurückgestellt wurden oder nicht zu erschwerten Bedingungen (Mehrbeitrag oder Klausel) zu Stande gekommen wären;
- frühere Verträge durch uns nicht wegen Nichtzahlung oder Zahlungsrückständen gemäß §§ 38, 39 und 39a VersVG gekündigt wurden;
- wir bei früheren Verträgen keinen Rücktritt bzw. keine Anfechtung erklärt haben.

§6 Leistungsausschlüsse

(1) Der vorläufige Versicherungsschutz ist – soweit nicht etwas anderes vereinbart ist – ausgeschlossen für Versicherungsfälle, zu deren Eintritt gefährliche Erkrankungen, Beschwerden oder Gesundheitsstörungen ursächlich beigetragen haben, die Ihnen bzw. der zu versichernden Person bei Antragstellung bekannt waren, auch wenn diese im Antrag angegeben wurden. Gefährlich sind solche Erkrankungen, Beschwerden oder Gesundheitsstörungen, die geeignet sind, auf unseren Entschluss, den Vertrag überhaupt oder zu dem vereinbarten Inhalt abzuschließen, einen Einfluss auszuüben. Erkrankungen, Beschwerden oder Gesundheitsstörungen, nach denen wir bei Antragstellung ausdrücklich und in Textform gefragt haben, gelten im Zweifel als erheblich.

(2) Sanktionen und Embargos

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union, der Bundesrepublik Deutschland oder der Republik Österreich entgegenstehen.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union, der Bundesrepublik Deutschland oder der Republik Österreich entgegenstehen.

II. Beitragszahlung und Kosten

§7 Kosten

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir zwar keinen besonderen Beitrag. Erbringen wir aber Leistungen auf Grund des vorläufigen Versicherungsschutzes, so behalten wir ein Entgelt ein. Das Entgelt entspricht dem Beitrag für eine Versicherungsperiode. Wir berechnen Ihnen jedoch nicht mehr als den Tarifbeitrag für die Höchstsumme und -rente gemäß [§ 4 Absatz 2](#) dieser Bedingungen. Bereits gezahlte Beträge rechnen wir an.

III. Sonstige Vertragsbestimmungen

§8 Weitere Bestimmungen

- (1) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen und Besonderen Bedingungen für die beantragte Versicherung Anwendung. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse. Eine Überschussbeteiligung erfolgt jedoch nicht.
- (2) Ein im Antrag festgelegtes Bezugsrecht gilt auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

Bitte beachten: Zum Verbleib beim Kunden

**Besondere Bedingungen
für die Berufsunfähigkeitsversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge
und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung (Bu-Dynamik-A)**

Als [Versicherungsnehmer](#) sind Sie unser Vertragspartner. Für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen. Auf den folgenden Seiten finden Sie wichtige Informationen, die für Ihren Versicherungsvertrag von Bedeutung sind. Dabei bilden die Versicherungsbedingungen die rechtliche Grundlage für unser gemeinsames Vertragsverhältnis. In ihnen werden u. a. die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien geregelt sowie die vertraglichen Leistungen beschrieben. Informationen zur steuerlichen Behandlung der Versicherung finden Sie in den separat vorliegenden Steuerinformationen.

Inhaltsverzeichnis

I. Versicherungsschutz und Leistungen - 2 -

§1 Zeitpunkt der erhöhten Beiträge und Versicherungsleistungen - 2 -

§2 Ende der planmäßigen Erhöhungen - 2 -

§3 Geltungsbereich - 2 -

§4 Planmäßige Erhöhung im Sinne dieser Bedingungen - 2 -

§5 Errechnung der erhöhten Versicherungsleistungen - 2 -

II. Sonstige Vertragsbestimmungen - 2 -

§6 Aussetzen von Erhöhungen - 2 -

§7 Sonstige Bestimmungen für die Erhöhung der Beiträge - 2 -

VIII. Begriffserklärungen - 3 -

I. Versicherungsschutz und Leistungen

§1 Zeitpunkt der erhöhten Beiträge und Versicherungsleistungen

- (1) Die Erhöhungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen erfolgen zu Beginn eines jeden [Versicherungsjahres](#).
- (2) Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

§2 Ende der planmäßigen Erhöhungen

- (1) Die Erhöhungen erfolgen bis 5 Jahre vor Ablauf der Beitragszahlungsdauer, maximal jedoch bis eine Jahresrente von 60.000 Euro überschritten würde. Bei Einschluss der Option Dread Disease erfolgen die Erhöhungen außerdem maximal bis eine Dread Disease Einmalleistung von 150.000 Euro überschritten würde.

§3 Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

§4 Planmäßige Erhöhung im Sinne dieser Bedingungen

- (1) Für die selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung mit konstanter Beitragskalkulation (SBU-professional) erhöht sich der Beitrag um den mit Ihnen fest vereinbarten, ganzzahligen Prozentsatz (mindestens 2 % bis maximal 5 %) des Vorjahresbeitrags.
- (2) Für die selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung mit technisch einjähriger Beitragskalkulation (SBU-solution®) erhöht sich die versicherte Berufsunfähigkeitsrente um den mit Ihnen fest vereinbarten, ganzzahligen Prozentsatz (mindestens 2 % bis maximal 5 %).
- (3) Die vereinbarte Dynamik bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung.

§5 Errechnung der erhöhten Versicherungsleistungen

- (1) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnungsmäßigen Alter der [versicherten Person](#), der restlichen [Beitragszahlungsdauer](#) und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag. Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge.
- (2) Sind Optionen eingeschlossen, so werden ihre Versicherungsleistungen im Rahmen der planmäßigen Erhöhungen im selben Verhältnis wie die der Hauptversicherung erhöht.

II. Sonstige Vertragsbestimmungen

§6 Aussetzen von Erhöhungen

- (1) Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen.
- (2) Unterbliebene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.
- (3) Sollten Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, so erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen ohne erneute Gesundheitsprüfung; es kann jedoch mit unserer Zustimmung neu begründet werden.
- (4) Es erfolgen keine Erhöhungen, solange wegen Berufsunfähigkeit ihre Beitragszahlungspflicht ganz oder teilweise entfällt.

§7 Sonstige Bestimmungen für die Erhöhung der Beiträge

- (1) Alle im Rahmen des Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Allgemeinen Bedingungen sowie die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich auch auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen.
- (2) Die Erhöhungen der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag beeinflussen die Fristen in den Paragraphen der Bedingungen der Hauptversicherung zur Verletzung der Anzeigepflicht nicht.

VIII. Begriffserklärungen

Um Ihnen das Lesen der Versicherungsbedingungen zu erleichtern, möchten wir Ihnen einige Begrifflichkeiten kurz erläutern:

- **Beitragszahlungsdauer:** Die Beitragszahlungsdauer ist der Zeitraum, für den Beiträge zu zahlen sind.
- **Jahresrente:** Eine Jahresrente ist die beantragte Berufsunfähigkeitsrente, die in der Regel in monatlichen Raten im Falle einer Berufsunfähigkeit ausbezahlt wird.
- **Versicherte Person:** Die versicherte Person ist die Person, auf deren Leben die Versicherung genommen wird. Dies müssen nicht notwendigerweise Sie als [Versicherungsnehmer](#) sein.
- **Versicherungsjahr:** Ein Versicherungsjahr umfasst – unabhängig von der [Versicherungsperiode](#) – den Zeitraum eines Jahres. Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im [Versicherungsschein](#) dokumentierten Beginn der Versicherung. Die folgenden Versicherungsjahre beginnen jeweils zum Jahrestag des Versicherungsbeginns.
- **Versicherungsnehmer:** Der Versicherungsnehmer ist unser Vertragspartner. Die Rechte und Pflichten aus diesem Vertrag betreffen vorrangig den Versicherungsnehmer.
- **Versicherungsperiode:** Die Versicherungsperiode ist der Zeitabschnitt, für den die Zahlung des Beitrags vereinbart ist. Die Versicherungsperiode umfasst bei jährlicher Beitragszahlung ein [Versicherungsjahr](#), bei unterjährlicher Beitragszahlung entsprechend der vereinbarten Zahlungsweise ein halbes Jahr, ein Vierteljahr oder einen Monat.
- **Versicherungsschein (Police/Polizze):** Der Versicherungsschein dokumentiert den zustande gekommenen Versicherungsvertrag und die zu Vertragsbeginn vereinbarten Versicherungsleistungen.
- **Versicherungssumme:** Der vertraglich vereinbarte, im [Versicherungsschein](#) ausgewiesene Geldbetrag, der im Versicherungsfall zur Auszahlung kommen soll. Die Versicherungssumme ist garantiert.

Bitte beachten: Zum Verbleib beim Kunden

Allgemeine Bedingungen für die selbständige Erwerbsunfähigkeitsversicherung (ABsEu-A)

Als [Versicherungsnehmer](#) sind Sie unser Vertragspartner. Für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen. Auf den folgenden Seiten finden Sie wichtige Informationen, die für Ihren Versicherungsvertrag von Bedeutung sind. Dabei bilden die Versicherungsbedingungen die rechtliche Grundlage für unser gemeinsames Vertragsverhältnis. In ihnen werden u. a. die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien geregelt sowie die vertraglichen Leistungen beschrieben. Informationen zur steuerlichen Behandlung der Versicherung finden Sie in den separat vorliegenden Steuerinformationen.

Inhaltsverzeichnis

I. Versicherungsschutz und Leistungen	- 2 -
§1 Vorläufiger Versicherungsschutz	- 2 -
§2 Versicherungsbeginn	- 2 -
§3 Versicherungsende	- 2 -
§4 Geltungsbereich	- 2 -
§5 Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen	- 2 -
§6 Versicherungsleistungen	- 3 -
§7 Sonstige Leistungen	- 4 -
§8 Extra versicherbare Optionen	- 4 -
§9 Leistungseinschränkungen und -ausschlüsse	- 5 -
II. Vertragsflexibilität ohne erneute Gesundheitsprüfung	- 5 -
§10 Nachversicherungsgarantie	- 5 -
§11 Wann reduziert sich der Beitrag bei einem Berufswechsel?	- 6 -
§12 Beitragsreduzierung durch Absenken der Erwerbsunfähigkeitsrente	- 6 -
§13 Verlängerungsoption bei Erhöhung der Regelaltersgrenze	- 6 -
III. Vertragspflichten	- 7 -
§14 Vorvertragliche Anzeigepflicht	- 7 -
§15 Gesundheitszustand	- 8 -
§16 Mitteilungspflichten	- 8 -
IV. Beitragszahlung und Kosten	- 8 -
§17 Beitragszahlung	- 8 -
§18 Nichtzahlung von Beiträgen	- 8 -
§19 Beitragsstundung in der Leistungsprüfung	- 8 -
§20 Beitragsstundung bei kurzfristigen Zahlungsschwierigkeiten	- 9 -
§21 Abschluss- und Vertriebskosten	- 9 -
§22 Sonstige Kosten	- 9 -
V. Kündigung und Beitragsfreistellung	- 9 -
§23 Kündigung	- 9 -
§24 Beitragsfreistellung	- 10 -
§25 Beitragsrückzahlung	- 10 -
VI. Eintritt des Versicherungsfalls und Leistungsauszahlungen	- 10 -
§26 Bezugsberechtigter und Bezugsrecht der Versicherungsleistung	- 10 -
§27 Leistungsauszahlung	- 10 -
§28 Bedeutung des Versicherungsscheins	- 11 -
§29 Mitwirkungspflichten	- 11 -
§30 Folgen einer Verletzung der Mitwirkungspflicht	- 11 -
§31 Erklärung über die Leistungspflicht	- 11 -
§32 Leistungsentscheidung	- 11 -
§33 Nachprüfung der Erwerbsunfähigkeit	- 12 -
VII. Überschussbeteiligung	- 12 -
§34 Bedeutung von Überschüssen	- 12 -
§35 Beteiligung an Überschüssen	- 12 -
VIII. Sonstige Vertragsbestimmungen	- 13 -
§36 Rechtsanwendung	- 13 -
§37 Gerichtsstand	- 13 -
§38 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?	- 13 -
§39 Können die Bruttobeiträge angehoben werden?	- 14 -
IX. Begriffserklärungen	- 15 -

I. Versicherungsschutz und Leistungen

§1 Vorläufiger Versicherungsschutz

Wir gewähren ab Antragseingang [vorläufigen Versicherungsschutz](#), wenn die Voraussetzungen hierfür gemäß den Allgemeinen Bedingungen für den [vorläufigen Versicherungsschutz](#) in der selbständigen Erwerbsunfähigkeitsversicherung (ABvVssEu-A) vorliegen.

§2 Versicherungsbeginn

Ihr Versicherungsschutz beginnt zu dem im [Versicherungsschein](#) vereinbarten Zeitpunkt. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung (vgl. [§ 17](#) und [§ 18](#) dieser Bedingungen).

§3 Versicherungsende

Der Versicherungsvertrag endet mit Tod der versicherten Person oder durch vorzeitige Kündigung (siehe [§ 14 Absatz 2](#) und [§ 23](#) dieser Bedingungen) oder spätestens mit Ablauf der im [Versicherungsschein](#) genannten [Versicherungsdauer](#).

§4 Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

§5 Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen

Definition der Erwerbsunfähigkeit

- (1) Erwerbsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechendem) Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens 6 Monate außerstande sein wird, einer Erwerbstätigkeit von mehr als 3 Stunden täglich nachzugehen.
- (2) Ist die versicherte Person 6 Monate ununterbrochen erwerbsunfähig nach Absatz 1 gewesen so gilt dieser Zustand bei Fortdauer von Anfang an als Erwerbsunfähigkeit.
- (3) Als Erwerbstätigkeit gilt jede selbständige und angestellte Tätigkeit, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt üblich ist. Unberücksichtigt bleiben Tätigkeiten, die von Behinderten nur in eigens dafür eingerichteten Werkstätten oder Heimen ausgeführt werden können.
Bei der Entscheidung über das Vorliegen von Erwerbsunfähigkeit kommt es ausschließlich auf die gesundheitlichen Verhältnisse der versicherten Person an; keine Rolle spielen
 - die Verhältnisse auf dem Arbeitsmarkt, insbesondere die Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen,
 - der zuletzt ausgeübte Beruf und
 - die bisherigen Lebens- und Einkommensverhältnisse der versicherten Person,
 - der Bescheid eines Sozialversicherungsträgers.

Erwerbsunfähigkeit aufgrund Pflegebedürftigkeit

- (4) Erwerbsunfähigkeit aufgrund Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die [versicherte Person](#) infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechendem) Kräfteverfall sechs Monate ununterbrochen so hilflos war oder voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen so hilflos sein wird, dass sie für mindestens eine der in [Absatz 5](#) genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.
- (5) Bewertungsmaßstab für die Einstufung der Pflegebedürftigkeit ist die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung wird die nachstehende Punktetabelle zu Grunde gelegt; wir leisten bei Vorliegen von mindestens einem Punkt:
Die [versicherte Person](#) benötigt Hilfe beim

Fortbewegen im Zimmer

1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die [versicherte Person](#) – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person benötigt, um sich an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortzubewegen.

Aufstehen und Zubettgehen

1 Punkt

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

1 Punkt

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

1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die [versicherte Person](#) – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne Hilfe einer anderen Person bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufnehmen kann.

Waschen, Kämmen oder Rasieren

1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die [versicherte Person](#) – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Wannengriff oder einem Wannenlift – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person so waschen kann, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt oder wenn die [versicherte Person](#) von einer anderen Person gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.

Verrichten der Notdurft

1 Punkt

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 Bettschüssel verrichten kann oder
- 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 Hilfsmitteln wie Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor, solange die [versicherte Person](#) bei Verwendung dieser Hilfsmittel zur Verrichtung der Notdurft nicht auf die Hilfe einer anderen Person angewiesen ist.

- (6) Unabhängig von der Bewertung in [Absatz 5](#) liegt Pflegebedürftigkeit vor, wenn die [versicherte Person](#) dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann oder wenn die [versicherte Person](#) der Bewahrung bedarf. Bewahrung liegt vor, wenn die [versicherte Person](#) wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann.

- (7) Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig gewesen und deswegen täglich gepflegt worden, so gilt dieser Zustand bei Fortdauer von Anfang an als Erwerbsunfähigkeit.
- (8) Vorübergehende akute Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung. Vorübergehende Besserungen bleiben ebenfalls unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

Erwerbsunfähigkeit aufgrund von bestimmten Krankheiten

- (9) Wir zahlen einmalig während der Dauer dieser Versicherung die vereinbarte Erwerbsunfähigkeitsrente für längstens 15 Monate, wenn die [versicherte Person](#) für voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen an einer der nachfolgend genannten Krankheiten leidet oder sie sechs Monate ununterbrochen daran litt.

Folgende Krankheiten und gesundheitlichen Einschränkungen sind versichert:

a) **Schwerer Herzinfarkt**

Versichert ist, wenn bei der versicherten Person ein Herzinfarkt aufgetreten ist. Dabei stirbt ein Teil des Herzmuskels infolge unzureichender Blutzufuhr zum Herzmuskel ab (Myokardinfarkt).

Ein Facharzt für Kardiologie muss einen Myokardinfarkt nachweisen durch:

- Einen hierfür charakteristischen Anstieg herzspezifischer Enzyme (zum Beispiel Troponine),
- Feststellung neuer, charakteristischer Veränderungen im Elektrokardiogramm (EKG) oder durch andere, neue charakteristische Befunde in der diagnostischen Bildgebung und
- eine, über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten anhaltende Schwäche der Herzleistung. Diese führt zu einer reduzierten Auswurfleistung der linken Herzkammer von weniger als 35 % (EF < 35 %).

Keine Auslöser für die Leistung sind

- andere akute Koronarsyndrome und
- Angina Pectoris.

b) **Schlaganfall mit neurologischen Einschränkungen**

Versichert ist, wenn ein Neurologe bei der versicherten Person einen Schlaganfall festgestellt hat.

Durch den Schlaganfall muss eines der folgenden Symptome über mindestens sechs Monate ununterbrochen vorgelegen haben:

- Halbseitige Lähmungen (Hemiplegie/Hemiparese)
- Sprachverlust
- Einschränkung der alltäglichen Fähigkeiten auf unter 60 Punkte nach dem Barthel-Index (Index zur Bewertung von alltäglichen Fähigkeiten).

Außerdem gilt folgendes: Ein Arzt kann die Symptome der versicherten Person nach aktuellem medizinischem Wissensstand nicht beheben und die Symptome bleiben voraussichtlich auf Dauer.

c) **Eingeschränkte Lungenfunktion**

Ein Arzt für Lungenkrankheiten hat bei der versicherten Person eine schwere Lungenerkrankung festgestellt. Diese führt zu einer chronischen respiratorischen Insuffizienz. Zusätzlich müssen folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Es ist eine ununterbrochene Sauerstoffversorgung wegen Hypoxie erforderlich,
- Das forcierte expiratorische Volumen (FEV1) beträgt nach dem Tiffeneau-Test dauerhaft weniger als ein Liter,
- Es besteht Atemnot im Ruhezustand (Ruhedyspnoe) und
- Eine arterielle Blutgasanalyse hat einen partiellen Sauerstoffdruck von 55 mm Hg oder weniger ergeben ($PaO_2 \leq 55$ mm Hg)

d) **Eingeschränkte Leberfunktion**

Ein Internist hat bei der versicherten Person eine Lebererkrankung oder Leberzirrhose im Endstadium festgestellt.

Es müssen dabei mindestens zwei der folgenden Krankheitsbilder vorliegen:

- Leber-Hirn-Störung (Hepatische Enzephalopathie).
- Ansammlung von Flüssigkeit in der Bauchhöhle (Aszites).
- Permanente Gelbsucht.
- Krampfadern (Varizen) in der Speiseröhre oder im Magen.

e) **Koma**

Die [versicherte Person](#) ist in ein voll ausgeprägtes Koma gefallen unter dauerndem Einsatz von lebenserhaltenden Systemen. Bei dieser quantitativen Bewusstseinsstörung kann die [versicherte Person](#) auch durch starke äußere Stimuli, wie wiederholte Schmerzreize, nicht geweckt werden. Die Diagnose wurde durch einen Arzt für Neurologie/ Psychiatrie gestellt. Ein ärztlich verordnetes künstliches Koma ist ausgeschlossen.

- (10) Ein gleichzeitiger Bezug von Leistungen wegen Erwerbsunfähigkeit aufgrund bestimmter Krankheit gemäß [Absatz 9](#) und wegen Erwerbsunfähigkeit aus einem anderen Grund im Sinne dieser Bedingungen ist ausgeschlossen. Ist die [versicherte Person](#) wegen einer der in [Absatz 9](#) genannten Krankheiten gleichzeitig erwerbsunfähig aus einem anderen Grund im Sinne dieser Bedingungen oder wird sie während oder nach dem Bezug von Leistungen nach [Absatz 9](#) erwerbsunfähig aus einem anderen Grund, so zahlen wir eine unbefristete Erwerbsunfähigkeitsrente im Sinne von [§ 32](#) dieser Bedingungen. Außerdem besteht dann Anspruch auf sämtliche versicherte Leistungen wegen Erwerbsunfähigkeit, sofern die jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

§6 Versicherungsleistungen

(1) Leistung bei Erwerbsunfähigkeit

Die folgenden Leistungen erbringen wir, wenn die [versicherte Person](#) während der Dauer dieser Versicherung erwerbsunfähig im Sinne von [§ 5](#) dieser Bedingungen wird:

- a) Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht.
- b) Zahlung der versicherten Erwerbsunfähigkeitsrente. Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus.

(2) Leistungszeitpunkt

Der Anspruch auf Beitragsbefreiung, Rente und eventueller einmaliger Leistung aufgrund einer Erwerbsunfähigkeit im Sinne des [§ 5](#) dieser Bedingungen entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Erwerbsunfähigkeit eingetreten ist.

(3) Leistungszeitpunkt bei Vereinbarung einer Karenzzeit

- a) Bei Vereinbarung einer Karenzzeit entsteht der Anspruch auf Zahlung der versicherten Erwerbsunfähigkeitsrente und Befreiung von der Beitragszahlungspflicht erst mit Ablauf der Karenzzeit, sofern die Erwerbsunfähigkeit im Sinne des [§ 5](#) dieser Bedingungen während der Karenzzeit ununterbrochen bestanden hat und bei deren Ablauf noch andauert. Die Bestimmungen gemäß [§ 33](#) dieser Bedingungen finden auch bis zum Ablauf der Karenzzeit sinngemäß Anwendung.
- b) Die Karenzzeit beginnt mit Ablauf des Monats, in dem die Erwerbsunfähigkeit eingetreten ist.
- c) Tritt nach einer beendeten Erwerbsunfähigkeit erneut Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen ein, so werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten berücksichtigt.

(4) Leistung aus Überschüssen

Außer den im [Versicherungsschein](#) ausgewiesenen garantierten Leistungen erhalten Sie gegebenenfalls weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (siehe [§ 34](#) und [§ 35](#) dieser Bedingungen).

(5) Leistungsende

Der Anspruch auf Leistungen aus der Erwerbsunfähigkeitsversicherung erlischt, wenn die [versicherte Person](#) nicht mehr erwerbsunfähig im Sinne des [§ 5](#) dieser Bedingungen ist, die [versicherte Person](#) stirbt oder die vertragliche [Leistungsdauer](#) endet.

§7 Sonstige Leistungen

Wir erbringen die folgenden sonstigen Leistungen, wenn die jeweiligen Voraussetzungen vorliegen:

(1) Wiedereingliederungshilfe

Endet der Anspruch auf Rente, weil Erwerbsfähigkeit wieder gegeben ist, haben Sie Anspruch auf eine Wiedereingliederungshilfe in Höhe von 12 Monatsrenten, insgesamt höchstens jedoch 12.000 Euro, sofern die Erwerbsunfähigkeit 3 Jahre ununterbrochen andauert und die restliche vertraglich vereinbarte [Leistungsdauer](#) noch mindestens 5 Jahre beträgt.

Tritt innerhalb eines Jahres nach einer beendeten Erwerbsunfähigkeit erneut Erwerbsunfähigkeit, gleich aus welcher Ursache ein, entfällt der Anspruch auf Wiedereingliederungshilfe rückwirkend. Eine bereits gezahlte Wiedereingliederungshilfe wird mit den dann fälligen Renten verrechnet. Die Wiedereingliederungshilfe kann während der Dauer der Erwerbsunfähigkeitsversicherung mehrfach in Anspruch genommen werden.

(2) Beitragsübernahme

Nach Ablauf der ersten fünf [Versicherungsjahre](#) kann der [Versicherungsnehmer](#) einmalig mit einer Frist von einem Monat verlangen, ab der nächsten [Versicherungsperiode](#) bei vollem Versicherungsschutz für sechs Monate von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden.

Nach Ablauf der sechs Monaten lebt die Beitragszahlungspflicht automatisch wieder auf.

(3) Unterstützung bei Fragen zum Vertrag

Während der gesamten Dauer Ihres Vertrags beraten und unterstützen wir Sie auf Wunsch gerne. Wir geben Auskünfte zu Ihrem Versicherungsschutz allgemein und wenn Sie Leistungen beanspruchen. Wir erläutern Ihnen zum Beispiel, welche Bedingungen Sie erfüllen müssen, um Leistungen zu erhalten.

Außerdem unterstützen wir Sie, wenn Sie Fragen dazu haben:

- Wie und wann wir die Leistungen prüfen,
- wie Sie die bisherige berufliche Tätigkeit beschreiben können,
- welche Unterlagen Sie einreichen müssen, um die gesundheitliche Beeinträchtigung nachzuweisen,
- welche Ansprechpartner geeignet sind, um Maßnahmen für die medizinische und berufliche Rehabilitation zu ergreifen,
- welche Bedingungen erfüllt sein müssen, um Leistungen zu erhalten,
- welche Möglichkeiten grundsätzlich zur beruflichen Wiedereingliederung bestehen,
- wie Selbständige ihren Betrieb grundsätzlich umorganisieren können.

(4) Rehabilitationshilfe

Nimmt die [versicherte Person](#) auf eigenen Wunsch und eigene Kosten Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch, die geeignet sind zu einer Minderung oder einem Wegfall der Erwerbsunfähigkeit zu führen, so beteiligen wir uns an den entstandenen Kosten (Rehabilitationshilfe). Bei der Wahl des Dienstleisters unterliegen Sie keinen Einschränkungen, sofern die Rehabilitationsmaßnahmen geeignet sind, zu einer Minderung oder dem Wegfall der Erwerbsunfähigkeit beizutragen. Innerhalb von zwölf Monaten, nachdem Ihnen die Kosten entstanden sind, sind uns geeignete Nachweise hierfür zusammen mit einem in [geschriebener Form](#) gestellten Antrag vorzulegen. Die Rehabilitationshilfe ist insgesamt auf 2.000 Euro begrenzt.

§8 Extra versicherbare Optionen

(1) Option Dread Disease

Bei Einschluss dieser Option erbringen wir ohne weitere Prüfung einer Erwerbsunfähigkeit die vereinbarte einmalige Kapitalleistung, wenn eine der in den Bedingungen für die Dread Disease beschriebenen Erkrankungen mit den jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen vorliegt. Nähere Informationen entnehmen Sie bitte den Bedingungen für die Option Dread Disease (BDDo-A).

(2) Option Zusatzzahlung

Bei Einschluss dieser Option wird bei einer erstmalig unbefristet anerkannten Erwerbsunfähigkeit im Sinne des [§ 5](#) dieser Bedingungen eine einmalige Zusatzzahlung in Höhe von 12 Monatsrenten erbracht. In den letzten vier Jahren der [Versicherungsdauer](#) wird eine reduzierte Zusatzzahlung geleistet. Sie beträgt im viertletzten Jahr der [Versicherungsdauer](#) 80 %, im drittletzten Jahr 60 %, im vorletzten Jahr 40 % und im letzten Jahr 20 % der vereinbarten Zusatzleistung.

(3) Option Verzicht auf die Anwendung des § 172 VersVG

Grundsätzlich können wir unsere Bruttobeiträge unter bestimmten Voraussetzungen erhöhen (siehe [§ 39](#) dieser Bedingungen). Bei Einschluss dieser Option verzichten wir auf unser nach § 172 des Versicherungsvertragsgesetzes (VersVG) unter bestimmten Voraussetzungen bestehendes Recht, bei einer Zunahme unseres Leistungsbedarfs gegenüber den zugrunde gelegten technischen Berechnungsgrundlagen die Beiträge auch für bestehende Versicherungen zu erhöhen.

(4) Option Rentendynamik im Leistungsfall

Bei Einschluss dieser Option erhöht sich während der Dauer der Erwerbsunfähigkeit im Sinne des § 5 dieser Bedingungen die garantierte versicherte Erwerbsunfähigkeitsrente (ohne Berücksichtigung der jeweils festgelegten Überschussanteilsätze) um den jeweils vereinbarten Prozentsatz. Die Erhöhung erfolgt jährlich jeweils zum Beginn des neuen [Versicherungsjahres](#). Bei Vereinbarung einer Karenzzeit erfolgt die erste Erhöhung mit Ablauf der Karenzzeit zu Beginn des nächsten [Versicherungsjahres](#), sofern zu diesem Zeitpunkt eine Erwerbsunfähigkeit im Sinne des § 5 dieser Bedingungen gegeben ist. Die Dynamisierung der Erwerbsunfähigkeitsrente endet mit Ablauf der vereinbarten [Leistungsdauer](#).

Ist Erwerbsfähigkeit wieder gegeben, wird die Erwerbsunfähigkeitsrente wieder auf die Höhe vor Leistungseintritt reduziert. Tritt nach einer beendeten Erwerbsunfähigkeit aufgrund derselben medizinischen Ursache erneut Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen ein, so werden bereits erhaltene Leistungsdynamiken berücksichtigt.

Bei einer gegebenenfalls eingeschlossenen Dread Disease Option wird im Erwerbsunfähigkeitsfall die Höhe der Dread Disease Einmalleistung nicht dynamisiert.

§9 Leistungseinschränkungen und -ausschlüsse

Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Erwerbsunfähigkeit gekommen ist. Die Leistungseinschränkungen und -ausschlüsse werden in diesem Paragraphen beschrieben.

(1) Bei Unruhen, Krieg oder Strahlen

- a) Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, leisten wir nicht, wenn die Erwerbsunfähigkeit in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen verursacht ist, sofern die [versicherte Person](#) auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.

Wir leisten jedoch, wenn die [versicherte Person](#) während eines Aufenthaltes außerhalb der Republik Österreich in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder Unruhen erwerbsunfähig wird, an denen sie nicht aktiv beteiligt war. Außerdem leisten wir, wenn die [versicherte Person](#) im Rahmen ihrer Tätigkeit für eine humanitäre Hilfsorganisation während eines Aufenthaltes außerhalb der Republik Österreich oder bei einem der folgenden Einsätze des österreichischen Bundesheers erwerbsunfähig wird:

- humanitäre Hilfeleistung
- friedenserhaltende Maßnahme
- friedenskonsolidierende / friedenssichernde Maßnahme im Rahmen eines UN- oder NATO-Einsatzes außerhalb der Republik Österreich

- b) Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, leisten wir außerdem nicht, wenn die Erwerbsunfähigkeit durch Strahlen infolge Kernenergie verursacht wurde, die das Leben oder die Gesundheit von mehr als 1.000 Menschen derart gefährden, dass zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Behörde tätig wurde.

(2) Bei Straftat oder Absicht

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, leisten wir nicht, wenn die Erwerbsunfähigkeit verursacht ist:

- a) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die [versicherte Person](#); Bei fahrlässigen und grob fahrlässigen Verstößen - auch im Straßenverkehr - leisten wir trotzdem; wir leisten auch bei Vergehen im Straßenverkehr, bei denen bei der versicherten Person eine Blutalkoholkonzentration von unter 1,1 Promille festgestellt wurde.
- b) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
- c) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als [Versicherungsnehmer](#) vorsätzlich die Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben.

(3) Sanktionen und Embargos

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union, der Bundesrepublik Deutschland oder der Republik Österreich entgegenstehen.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union, der Bundesrepublik Deutschland oder der Republik Österreich entgegenstehen.

II. Vertragsflexibilität ohne erneute Gesundheitsprüfung

§10 Nachversicherungsgarantie

- (1) Bei Versicherungsverträgen mit laufender Beitragszahlung haben Sie bei Eintritt der nachfolgend genannten Ereignisse betreffend die [versicherte Person](#) während der [Versicherungsdauer](#) das Recht, gegen entsprechende Beitragszahlung eine Erhöhung der vereinbarten Versicherungsleistung ohne erneute [Risikoprüfung](#), ausgenommen finanzielle Angemessenheitsprüfung, zu verlangen (Nachversicherung). Die Erhöhung des Versicherungsschutzes wird mit der ausstehenden Restversicherungsdauer der ursprünglichen Versicherung nach dem für Ihren Vertrag vereinbarten Tarif abgeschlossen. Der Beitrag für den hinzukommenden Versicherungsschutz berechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten tatsächlichen Alter der versicherten Person, dem bei uns für die Beitragskalkulation hinterlegtem Beruf, der restlichen Beitragszahlungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag (Risikozuschlag). Bereits vor dem Änderungszeitpunkt individuell vereinbarte Leistungseinschränkungen gelten auch für die Nachversicherung. Die Nachversicherung für die Erwerbsunfähigkeitsversicherung können Sie beantragen nach

- Heirat oder Schließung/Eingehung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft,
- Ehescheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft,
- Geburt eines Kindes,
- Adoption eines Kindes,
- Tod des Lebenspartners,
- Erreichen der Volljährigkeit,
- Aufnahme eines Immobilienkredits,
- Kauf oder Baubeginn einer eigengenutzten Wohn- oder Gewerbeimmobilie,
- erfolgreichem Schulabschluss und Beginn einer Ausbildung oder Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit,
- erfolgreicher Beendigung eines Studiums an einer staatlich anerkannten Hoch-/Fachhochschule oder einer Berufsausbildung mit Lehrbrief und Aufnahme der entsprechenden beruflichen Tätigkeit,
- Gehaltssteigerung bei Nichtselbständigen, wenn aus nichtselbständiger Tätigkeit für mindestens sechs Monate eine Erhöhung des monatlichen Bruttogrundgehalts um mindestens 10 % gegenüber dem Durchschnittsbruttogrundgehalt der letzten 12 Monate erreicht wird,

- erstmalige Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit (als Hauptberuf),
- Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung,
- Ablegen der Meisterprüfung,
- Ausscheiden als selbständiger Handwerker aus der gesetzlichen Rentenversicherung,
- nachhaltige Steigerung des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern der letzten drei Jahre vor Optionsausübung im Vergleich zum Gewinn bei Antragstellung um mindestens 30 % für selbständige Versicherte.

Unabhängig von einem der zuvor genannten Ereignisse haben Sie das Recht, eine Erhöhung der versicherten Erwerbsunfähigkeitsrente ohne erneute [Risikoprüfung](#), ausgenommen finanzielle Angemessenheitsprüfung, innerhalb der ersten 5 Jahre nach Vertragsbeginn zu beantragen (ereignisunabhängige Nachversicherungsgarantie).

(2) Die Nachversicherungsgarantien sind jeweils an folgende Bedingungen gebunden:

- Die Erhöhung muss innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt eines der genannten Ereignisse in [geschriebener Form](#) beantragt werden. Dabei müssen das Ereignis und dessen Datum genannt werden. Geeignete Unterlagen zum Nachweis fordern wir im Einzelfall an.
- Die jährliche Erwerbsunfähigkeitsrente darf insgesamt um maximal 100 % der anfänglichen versicherten Erwerbsunfähigkeitsrente, höchstens jedoch auf maximal 42.000 Euro jährliche Erwerbsunfähigkeitsrente angehoben werden.
- Die gesamte versicherte Erwerbsunfähigkeitsrente einschließlich anderweitig bestehender privater, gesetzlicher und betrieblicher Anwartschaften beträgt dann nicht mehr als 60 % des letzten jährlichen Bruttoeinkommens der versicherten Person bzw. nicht mehr als 30 % der letzten jährlichen Bruttobezüge bei Beamten und Richtern. Dies ist in geeigneter Form nachzuweisen. Bei Einschluss einer Dynamik umfasst diese finanzielle Angemessenheitsprüfung auch eine Überprüfung der Höhe des vereinbarten Dynamiksatzes. Dies kann im Einzelfall zu einer Kürzung des Dynamiksatzes auf bis zu 2 % führen.

(3) Das Recht auf Nachversicherung ohne erneute [Risikoprüfung](#), ausgenommen finanzielle Angemessenheitsprüfung, gemäß [Absatz 1](#) und [Absatz 2](#) besteht nicht oder erlischt, wenn

- die [versicherte Person](#) älter als 50 Jahre ist oder
- vor Ausübung des Nachversicherungsrechts bereits Leistungen wegen Dread Disease, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person aus diesem Vertrag oder anderen Verträgen bei unserer Gesellschaft beantragt oder ein Anspruch auf Leistungen entstanden ist.

§11 Wann reduziert sich der Beitrag bei einem Berufswechsel?

- (1) Die Höhe des zu zahlenden Beitrags ist auch abhängig von dem bei Abschluss des Vertrags ausgeübten Beruf der [versicherten Person](#). Wenn die [versicherte Person](#) ihren Beruf wechselt und jünger als 51 Jahre ist, können Sie prüfen lassen, ob sich durch den Berufswechsel für die verbleibende Versicherungsdauer der Beitrag reduziert. Dies gilt auch, wenn die [versicherte Person](#) Schüler oder Student war und nun eine berufliche Tätigkeit aufnimmt.
 - (2) Dazu müssen Sie uns den neuen Beruf der [versicherten Person](#) in [geschriebener Form](#) mitteilen. Zudem ist uns nachzuweisen, dass die [versicherte Person](#) den neuen Beruf seit mindestens sechs Monaten ausübt. Dieser Nachweis entfällt, wenn die [versicherte Person](#) unmittelbar vor der Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit Schüler oder Student war. Eine schlechtere Einstufung im Hinblick auf den Beruf ist ausgeschlossen.
 - (3) Wir können die Reduzierung des Beitrags von einer erneuten [Risikoprüfung](#) abhängig machen. In den ersten zehn Jahren seit Vertragsbeginn führen wir keine [Risikoprüfung](#) durch, wenn die [versicherte Person](#) jünger als 36 Jahre ist.
 - (4) Sofern unsere [Risikoprüfung](#) ergibt, dass der Berufswechsel bzw. bei Schülern oder Studenten die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit nur zu einer Reduzierung des Beitrags führt, berechnen wir den für die verbleibende [Versicherungsdauer](#) geltenden Bruttobeitrag nach den für Ihren Vertrag vereinbarten Rechnungsgrundlagen neu. Sofern unsere [Risikoprüfung](#) nicht zu einer Reduzierung des Beitrags führt, führen wir Ihre Versicherung mit unverändertem Beitrag weiter.
- Über das Ergebnis unserer Prüfung werden wir Sie informieren. Bei einer Reduzierung des Beitrags bleiben ein eventuell vereinbarter Beitragszuschlag (Risikozuschlag) und bereits vor dem Wechselzeitpunkt individuell vereinbarte Leistungseinschränkungen unverändert bestehen. Sofern erst unsere aufgrund des angezeigten Berufswechsels bzw. der angezeigten Aufnahme einer Berufstätigkeit durchgeführte [Risikoprüfung](#) einen Risikozuschlag und / oder Leistungseinschränkungen ergibt, können Sie entscheiden, ob Sie den Vertrag wie bisher oder nach den Konditionen, die sich durch unsere [Risikoprüfung](#) ergeben haben, weiterführen möchten.

§12 Beitragsreduzierung durch Absenken der Erwerbsunfähigkeitsrente

Nach Ablauf des ersten [Versicherungsjahres](#) kann die versicherte Erwerbsunfähigkeitsrente während der [Versicherungsdauer](#) bis auf eine Mindestrente von 600 Euro p.a. abgesenkt und ohne erneute Gesundheitsprüfung in der ursprünglichen Höhe wiederhergestellt werden. Die Dauer der Absenkung ist bei Antragstellung anzugeben und muss mindestens sechs Monate betragen. Zwischen dem Erhöhen auf die ursprüngliche Höhe und einem erneuten Absenken muss mindestens ein Jahr vergehen.

Die Anpassungsmöglichkeit besteht unter folgenden Voraussetzungen:

- einmalig während der [Versicherungsdauer](#) ohne Angabe von Gründen für maximal 12 Monate;
- mehrmals während der [Versicherungsdauer](#) bei Nachweis von Arbeitslosigkeit für jeweils maximal 24 Monate;
- mehrmals während der [Versicherungsdauer](#) bei Nachweis der Pflege von nahen Angehörigen (dazu zählen: Ehepartner, Lebensgefährte, Eltern, Großeltern, eigene Kinder, Adoptivkinder) und gleichzeitigem Nachweis über die Anerkennung eines Pflegegrades für den betreffenden Angehörigen. Die Absenkung wird während der Vertragslaufzeit für maximal 24 Monate gewährt;
- mehrmals während der [Versicherungsdauer](#) bei Nachweis von gesetzlicher Elternzeit für jeweils maximal 36 Monate.

Die Wiederherstellung der ursprünglichen Rente im Anschluss an eine Absenkung kann abhängig vom Stand des Deckungskapitals zu einer Anpassung der Versicherungsprämie führen. Nach Ablauf der gewählten Dauer der Absenkung wird der Vertrag automatisch in der ursprünglichen Rentenhöhe wiederhergestellt, sofern der [Versicherungsnehmer](#) nicht innerhalb von 3 Monaten widerspricht. Widerspricht der [Versicherungsnehmer](#) der Wiederherstellung der ursprünglichen Höhe der Erwerbsunfähigkeitsrente, bleibt es bei der verringerten Erwerbsunfähigkeitsrente.

Eine Wiederherstellung ist ausgeschlossen, wenn vorher ein Anspruch auf Leistungen aus diesem Vertrag entstanden ist.

§13 Verlängerungsoption bei Erhöhung der Regelaltersgrenze

- (1) Erhöht sich für die [versicherte Person](#) die Regelaltersgrenze in der Österreichischen Pensionsversicherung erhöht, können Sie mittels Erklärung in [geschriebener Form](#) eine Verlängerung der [Versicherungsdauer](#) des Vertrags verlangen. Dabei wird die [Versicherungsdauer](#) um die gleiche Zeitspanne, kaufmännisch gerundet auf volle Jahre, verlängert, wie die Regelaltersgrenze für das betroffene Geburtsjahr erhöht wurde.

Voraussetzungen

- (2) Folgende Voraussetzungen müssen für eine Anpassung Ihres Vertrags vorliegen:
 - Sie verlangen die Verlängerung der [Versicherungsdauer](#) Ihrer Versicherung innerhalb von zwölf Monaten nach Inkrafttreten der gesetzlichen Änderung zur Erhöhung der Regelaltersgrenze in der Österreichischen Pensionsversicherung.

- Die [versicherte Person](#) darf bei der Verlängerung der [Versicherungsdauer](#) höchstens 50 Jahre alt sein.
- Bei Ihrer Versicherung ist die [Versicherungsdauer](#) mindestens bis zum Endalter von 63 Jahren vereinbart.
- Ihre Versicherung ist nicht nach [§ 24](#) dieser Bedingungen beitragsfrei gestellt.
- Zum Zeitpunkt der Beantragung darf nicht bereits eine Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person eingetreten sein bzw. es dürfen während der Vertragslaufzeit keine Leistungen aus dem Vertrag bezogen worden sein.

Auswirkungen

- (3) Ab dem Zeitpunkt der Verlängerung legen wir den Beitrag bezogen auf die neue [Versicherungsdauer](#) nach versicherungsmathematischen Grundsätzen neu fest. Dabei können wir auch andere als bei Vertragsabschluss verwendete [Rechnungsgrundlagen](#) zugrunde legen. Ihre Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit bleiben jedoch unverändert bestehen. Nähere Informationen können Sie dem entsprechenden Nachtrag zu Ihrem [Versicherungsschein](#) entnehmen.

III. Vertragspflichten

§14 Vorvertragliche Anzeigepflicht

(1) Bedeutung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

- Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Vertragsabschluss in [geschriebener Form](#) gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden.
- Soll eine andere Person versichert werden, so ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

(2) Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Rücktritt

- Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person (vgl. [Absatz 1b](#)) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen (z.B. höherer Beitrag, Leistungsausschluss), geschlossen hätten.
- Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des [Versicherungsfalles](#) erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des [Versicherungsfalles](#) noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Haben Sie oder die [versicherte Person](#) die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.
- Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, haben Sie keinen Anspruch auf einen Rückkaufswert. Die Rückzahlung der Beiträge bis zum Wirksamwerden des Rücktritts können Sie nicht verlangen.

Kündigung

- Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.
- Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen (z.B. höherer Beitrag, Leistungsausschluss), geschlossen hätten.
- Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um ([§ 24](#) dieser Bedingungen).

Vertragsanpassung

- Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen (z.B. höherer Beitrag, Leistungsausschluss), geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden [Versicherungsperiode](#) Vertragsbestandteil.
- Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen. In der Mitteilung werden wir Sie auf das Kündigungsrecht hinweisen.

Ausübung unserer Rechte

- Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung oder Vertragsanpassung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in [geschriebener Form](#) auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben.
- Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung sind ausgeschlossen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
- Die genannten Rechte können wir nur innerhalb der ersten drei Jahre nach Vertragsabschluss ausüben. Ist der [Versicherungsfall](#) vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Bei arglistiger Täuschung können wir den Vertrag innerhalb von 10 Jahren anfechten.

Anfechtung

- Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmendeckung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Der [Absatz 2c](#)) gilt entsprechend.

Leistungserweiterung / Wiederherstellung der Versicherung

- m) Die Absätze 1 und 2a) bis 2l) gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen nach Absatz 2k) beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

Erklärungsempfänger

- n) Die Ausübung unserer Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsänderung sowie zur Anfechtung erfolgt durch eine schriftliche Erklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist.
- o) Auf den Rücktritt, die Kündigung, die Vertragsanpassung oder Anfechtung des Versicherungsvertrages können wir uns auch dritten Berechtigten gegenüber berufen.

(3) Besonderheiten für eine nicht schuldhafte Verletzung der Anzeigepflicht

Falls bei Vertragsabschluss gefahrerhebliche Umstände weder vorsätzlich noch grob fahrlässig nicht angezeigt werden, so steht uns nach § 41 Absatz 2 VersVG ein Kündigungsrecht und nach § 41 Absatz 1 VersVG ein Vertragsänderungsrecht zu. Haben Sie ohne Verschulden oder in Unkenntnis die Anzeigepflicht verletzt, verzichten wir zu Ihren Gunsten auf das uns gesetzlich zustehende Recht (vgl. § 41 VersVG), ab Beginn der laufenden [Versicherungsperiode](#) den Vertrag anzupassen oder den Vertrag zu kündigen (vgl. [Absatz 2d\)](#) und [Absatz 2g\)](#).

§15 Gesundheitszustand

- (1) Im Rahmen der Beitragseinstufung legen wir den Gesundheitszustand der versicherten Person zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Basis der Antragsfragen und ggf. weiterer medizinischer Informationen zugrunde.
- (2) Sie sind verpflichtet im Versicherungsantrag alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Soll die Erwerbsfähigkeit einer anderen Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße Anzeige verantwortlich. Wegen den Rechtsfolgen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht beachten Sie bitte die Regelung in [§ 14](#) dieser Bedingungen.

§16 Mitteilungspflichten

- (1) Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets in [geschriebener Form](#) erfolgen. Für uns bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie uns zugegangen sind.
- (2) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Andernfalls können für Sie Nachteile entstehen, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden können. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.
- (3) Bei Änderung Ihres Namens gilt [Absatz 2](#) entsprechend.

IV. Beitragszahlung und Kosten

§17 Beitragszahlung

- (1) Die Beiträge zu Ihrer Versicherung können Sie je nach Vereinbarung durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge (laufende Beiträge) entrichten. Die [Versicherungsperiode](#) umfasst bei Jahreszahlung ein Jahr, ansonsten entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr. Ist die [Versicherungsperiode](#) kürzer als ein Jahr, erheben wir für zusätzliche Verwaltungsaufwendungen höhere Verwaltungskosten.
- (2) Der erste Beitrag ([Einlösungsbeitrag](#)) ist unverzüglich (d.h. ohne schuldhaftes Zögern) nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten im [Versicherungsschein](#) angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden zu Beginn der vereinbarten [Versicherungsperiode](#) fällig.
- (3) Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem in [Absatz 2](#) angegebenen Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich (d.h. ohne schuldhaftes Zögern) nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.
- (4) Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.
- (5) Für eine Stundung der Beiträge ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich. Alle Rahmenbedingungen zur Stundung sind in [§ 19](#) und [§ 20](#) dieser Bedingungen geregelt.
- (6) Bei Fälligkeit einer Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

§18 Nichtzahlung von Beiträgen

Einlösungsbeitrag

- (1) Wenn Sie den [Einlösungsbeitrag](#) nicht rechtzeitig zahlen, können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten der zur Gesundheitsprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchungen verlangen.
- (2) Ist der [Einlösungsbeitrag](#) bei Eintritt des [Versicherungsfalles](#) noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in [geschriebener Form](#) oder durch einen auffälligen Hinweis im [Versicherungsschein](#) auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die Nicht-Zahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag

- (3) Wenn ein [Folgebeitrag](#) oder ein sonstiger Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig gezahlt worden ist oder eingezogen werden konnte, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in [geschriebener Form](#). Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist, entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Der Versicherungsschutz entfällt oder vermindert sich nicht, wenn Sie mit nicht mehr als 10 % des Jahresbeitrages, höchstens aber mit einem Gegenwert von 60 € in Verzug sind. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen. Die Wirkungen der Kündigung entfallen, wenn Sie die Zahlung innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn die Kündigung mit einer Zahlungsfrist verbunden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist nachholen, sofern der Versicherungsfall zu diesem Zeitpunkt noch nicht eingetreten ist.

§19 Beitragsstundung in der Leistungsprüfung

Bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen. Auf Ihren entsprechenden Antrag in [geschriebener Form](#) stunden wir bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht die Zahlung des laufenden Beitrags zinslos. Bei Ablehnung der Leistungspflicht können Sie nach Vereinbarung innerhalb eines Zeitraumes von 24 Monaten die gestundeten Beiträge in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten zinslos nachzahlen. Alternativ können Sie die versicherte Leistung herabsetzen oder Sie können die gestundeten Beiträge in einem Betrag zurückzahlen. Sofern möglich, werden wir Ihnen auf Wunsch weitere Vorschläge machen, wie die Nachzahlung der gestundeten Beiträge erleichtert werden kann. Bei Vereinbarung einer Karenzzeit werden die Beiträge für diesen Zeitraum weder gestundet noch zurückgezahlt.

§20 Beitragsstundung bei kurzfristigen Zahlungsschwierigkeiten

- (1) Für Ihre Versicherung sind laufende Beiträge für jede [Versicherungsperiode](#) zu entrichten (vgl. [§ 17](#) dieser Bedingungen).
- (2) Bei kurzfristigen Zahlungsschwierigkeiten können Sie zur nächsten Beitragsfälligkeit für maximal 24 Monate eine zinslose Stundung der Beiträge zu Ihrer Versicherung unter Aufrechterhaltung des vollen Versicherungsschutzes verlangen.
- (3) Eine Beitragsstundung kann mehrmals in Anspruch genommen werden. Voraussetzung ist jeweils, dass
 - die Beiträge für das erste [Versicherungsjahr](#) vollständig gezahlt wurden,
 - die zu stundenden Beiträge sind höchstens so hoch wie das Deckungskapital zum Beginn des Stundungszeitraums, vermindert um den gleichen Abzug möglicher Stornoeinbehalte.
 - der Vertrag keinen Beitragsrückstand aufweist (z. B. auch bereits zuvor gestundete Beiträge vollständig zurückgezahlt worden sind),
 - der Vertrag nicht gekündigt wurde und
 - die verbleibende Vertragsdauer nach Ablauf der Stundung noch mindestens drei Jahre beträgt.
- (4) Nach Ablauf der Stundung sind die gestundeten Beiträge in bis zu 24 Monatsraten nachzuzahlen. Bei Zahlungsschwierigkeiten, die über einen längeren Zeitraum als 24 Monate andauern, wird Ihr Vertrag zum Ablauftermin der Stundung unter Berücksichtigung der bis zum Stundungsbeginn gezahlten Beiträge beitragsfrei (vgl. [§ 24](#) dieser Bedingungen) gestellt.

§21 Abschluss- und Vertriebskosten

- (1) Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Diese sind in Ihrem Beitrag einkalkuliert. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten.
Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören unter anderem Provisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschluss- und Vertriebskosten die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die in Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen.
Zu den übrigen Kosten gehören insbesondere die Verwaltungskosten.
- (2) Für Ihren Versicherungsvertrag ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung (DeckRV) maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit die Beiträge nicht für Leistungen im [Versicherungsfall](#), Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen [Versicherungsperiode](#) und für die Bildung der [Deckungsrückstellung](#) aufgrund von § 25 Absatz 2 RechVersV i.V.m. § 169 Absatz 3 VVG bestimmt sind. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt.
- (3) Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten, d.h. der Teil, der nicht nach [Absatz 2](#) verrechnet wurde, werden während der vertraglich vereinbarten [Beitragszahlungsdauer](#) aus den laufenden Beiträgen getilgt. Die übrigen Kosten verteilen wir über die gesamte Vertragslaufzeit.
- (4) Die beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung nur geringe Beträge zur Bildung einer beitragsfreien Erwerbsunfähigkeitsrente vorhanden sind (vgl. auch [§ 24](#) dieser Bedingungen). Nähere Informationen können Sie Ihrem persönlichen Angebot entnehmen.

§22 Sonstige Kosten

- (1) Alle das Versicherungsverhältnis unmittelbar betreffenden öffentlichen Abgaben stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung.
- (2) Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag gesondert in Rechnung stellen. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem pauschalen Abgeltungsbetrag zugrundeliegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern sind, entfällt der Abgeltungsbetrag bzw. wird – im letzteren Fall – entsprechend herabgesetzt.

V. Kündigung und Beitragsfreistellung

§23 Kündigung

- (1) Sie können Ihre Versicherung jederzeit mit Frist von einem Monat zum Schluss der [Versicherungsperiode](#) ganz oder teilweise in [geschriebener Form](#) kündigen.
Wir prüfen dann zunächst, ob eine beitragsfreie Weiterführung Ihrer Versicherung möglich ist. Dies ist dann der Fall, wenn die beitragsfrei versicherte [Jahresrente](#) eine Mindestsumme in Höhe von 900 Euro erreicht. Wird die beitragsfrei versicherte [Jahresrente](#) in Höhe von mindestens 900 Euro erreicht, stellen wir Ihren Vertrag beitragsfrei. Wird diese beitragsfrei versicherte [Jahresrente](#) nicht erreicht, zahlen wir den Rückkaufswert an Sie aus.
- (2) Kündigen Sie Ihre Versicherung nur teilweise, ist diese Kündigung unwirksam, wenn die verbleibende beitragspflichtig versicherte [Jahresrente](#) unter einen Mindestbetrag von 900 Euro sinkt. Wenn Sie in diesem Fall Ihre Versicherung beenden wollen, müssen Sie also ganz kündigen.
- (3) Entsprechend § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) werden wir – falls vorhanden – den Rückkaufswert ermitteln. Der Rückkaufswert ist die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den [Rechnungsgrundlagen](#) der Prämienkalkulation zum Schluss der laufenden [Versicherungsperiode](#) berechnete [Deckungsrückstellung](#) der Versicherung. Mindestens verwenden wir jedoch den Betrag der [Deckungsrückstellung](#), der sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung des aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersatzes ([§ 21 Absatz 2](#) dieser Bedingungen) angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Von dem so ermittelten Wert erfolgen ein Abzug evtl. noch ausstehender Forderungen (z.B. Beitragsrückstände) sowie ein Stornoabzug. Der Stornoabzug beträgt max. 30 % der [Deckungsrückstellung](#). Die genaue Höhe des Stornoabzugs können Sie Ihrem persönlichen Angebot entnehmen. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital sowie für in der bisherigen Vertragslaufzeit zu viel gewährte Überschüsse vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihres Verlangens der Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.
- (4) Wir sind nach § 169 Absatz 6 VVG berechtigt, den nach Absatz 3 errechneten Betrag angemessen herabzusetzen, soweit dies erforderlich ist, um eine Gefährdung der Belange der [Versicherungsnehmer](#), insbesondere durch eine Gefährdung der dauernden Erfüllbarkeit der sich aus den Versicherungsverträgen ergebenden Verpflichtungen, auszuschließen. Die Herabsetzung ist jeweils auf ein Jahr befristet.
- (5) Zusätzlich zahlen wir die Ihrem Vertrag bereits zugeteilten Überschussanteile aus, soweit sie nicht bereits in dem nach den Absätzen [3](#) und [4](#) berechneten Rückkaufswert enthalten sind oder als Sofortüberschuss die Beiträge reduziert haben.

- (6) Wenn Sie Ihren Vertrag kündigen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. [§ 21](#) dieser Bedingungen) kein Rückkaufswert vorhanden. Auch in den Folgejahren sind wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen nur geringe oder keine Rückkaufswerte vorhanden. Nähere Informationen zum Rückkaufswert, seiner Höhe und darüber, in welchem Ausmaß er garantiert ist, können Sie Ihrem persönlichen Angebot entnehmen.
- (7) Während des Leistungsbezugs ist ein Kündigungsrecht ausgeschlossen.
- (8) Ist die [versicherte Person](#) zum Zeitpunkt der Kündigung erwerbsunfähig, bleiben Ansprüche aus der Versicherung auf Grund bereits vor Kündigung eingetretener Erwerbsunfähigkeit unberührt.

§24 Beitragsfreistellung

- (1) Anstelle einer Kündigung nach [§ 23](#) dieser Bedingungen können Sie unter Beachtung der dort genannten Termine und Fristen durch entsprechende Erklärung in [geschriebener Form](#) verlangen, ganz oder teilweise von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Fall setzen wir die Versicherungssumme ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Summe herab, die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden [Versicherungsperiode](#) errechnet wird. Die aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Summe zur Verfügung stehende [Deckungsrückstellung](#) mindert sich um den Stornoabzug und evtl. ausstehende Forderungen (z. B. Beitragsrückstände). Der Stornoabzug beträgt max. 15 % der [Deckungsrückstellung](#). Die genaue Höhe des Stornoabzugs können Sie Ihrem persönlichen Angebot entnehmen. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital sowie für in der bisherigen Vertragslaufzeit zu viel gewährte Überschüsse vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihres Verlangens der Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.
- (2) Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. [§ 21](#) dieser Bedingungen) keine oder nur eine geringe beitragsfreie Versicherungssumme vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme zur Verfügung. Mit der Beitragsfreistellung enden auch Ihre Ansprüche aus ggf. eingeschlossenen Optionen (vgl. [§ 8](#) dieser Bedingungen). Nähere Informationen zur beitragsfreien Versicherungssumme und ihrer Höhe können Sie Ihrem persönlichen Angebot entnehmen.
- (3) Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt und erreicht die nach [Absatz 1](#) zu berechnende beitragsfreie Versicherungssumme den Mindestbetrag von 900 Euro [Jahresrente](#) nicht, erhalten Sie – falls vorhanden – den Rückkaufswert nach [§ 23 Absätze 3 bis 5](#) dieser Bedingungen und der Vertrag endet. Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht können Sie nur verlangen, wenn die verbleibende beitragspflichtige Erwerbsunfähigkeitsrente mindestens 900 Euro beträgt.
- (4) Ist die [versicherte Person](#) zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung erwerbsunfähig, bleiben Ansprüche auf Grund bereits vor Beitragsfreistellung eingetretener Erwerbsunfähigkeit unberührt.
- (5) Wiederinkraftsetzung nach vorzeitiger Beitragsfreistellung
Nach der vorzeitigen Beitragsfreistellung können Sie innerhalb von drei Jahren die Wiederaufnahme der Beitragszahlung (Wiederinkraftsetzung) bis zur Höhe des ursprünglichen Versicherungsschutzes in [geschriebener Form](#) beantragen.
Voraussetzung ist, dass zum Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung der Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist und die verbleibende Beitragszahlungsdauer noch mindestens ein Jahr beträgt.
Die beitragsfrei gestellte Versicherung können Sie ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder in Kraft setzen, wenn seit dem Zeitpunkt der Beitragsfreistellung noch keine zwölf Monate vergangen sind. Nach Ablauf der zwölf Monate ist eine erneute Risikoprüfung erforderlich.
Die Wiederinkraftsetzung erfolgt mit den für Ihren Vertrag geltenden Rechnungsgrundlagen.
Der Versicherungsvertrag wird mit der Versicherungssumme, wie sie vor der Beitragsfreistellung vereinbart war, wieder in Kraft gesetzt. Die Beitragshöhe ist aufgrund der während der Beitragsfreistellung nicht gezahlten Beiträge höher.
Sie können den Versicherungsvertrag auch mit der Beitragshöhe, wie sie vor der Beitragsfreistellung bestanden hat, wieder in Kraft setzen, wenn die Versicherungssumme ab der Wiederinkraftsetzung entsprechend gesenkt wird.
Die Wiederinkraftsetzung wird gebührenfrei durchgeführt.

§25 Beitragsrückzahlung

Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

VI. Eintritt des Versicherungsfalls und Leistungsauszahlungen

§26 Bezugsberechtigter und Bezugsrecht der Versicherungsleistung

- (1) Falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die bei Fälligkeit die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll ([Bezugsberechtigter](#)), erbringen wir die Leistung aus dem Versicherungsvertrag an die versicherte Person. Bis zur jeweiligen Fälligkeit können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen.
- (2) Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.
- (3) Die Einräumung und der Widerruf eines widerruflichen Bezugsrechts (vgl. [Absatz 1](#)) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns gegenüber in [geschriebener Form](#) angezeigt worden sind.
- (4) Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag können Sie nicht abtreten oder verpfänden.

§27 Leistungsauszahlung

- (1) Werden Leistungen aus dieser Versicherung verlangt, so sind uns unverzüglich (d.h. ohne schuldhaftes Zögern) folgende Unterlagen einzureichen:
 - a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Erwerbsunfähigkeit,
 - b) ausführliche Berichte der Ärzte oder anderer Heilbehandler, die die [versicherte Person](#) gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über den Grad der Erwerbsunfähigkeit oder über die Pflegebedürftigkeit,
 - c) eine Aufstellung der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die [versicherte Person](#) in Behandlung war, ist oder - sofern bekannt - sein wird,
 - d) eine Aufstellung der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger oder sonstiger Versorgungsträger, bei denen die [versicherte Person](#) ebenfalls Leistungen wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit geltend machen könnte,
 - e) bei Erwerbsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege,

- f) Werden Leistungen nach [§ 5 Absatz 9](#) dieser Bedingungen verlangt, sind uns von den dort jeweils genannten Ärzten entsprechende Bescheinigungen einzureichen.
- (2) Unsere Leistungen überweisen wir der empfangsberechtigten Person auf ihre Kosten. Bei Überweisungen außerhalb des europäischen Wirtschaftsraumes trägt die empfangsberechtigte Person auch die damit verbundene Gefahr.

§28 Bedeutung des Versicherungsscheins

- (1) Den Inhaber des [Versicherungsscheins](#) können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des [Versicherungsscheins](#) seine Berechtigung nachweist.
- (2) In den Fällen des [§ 26 Absatz 2](#) dieser Bedingungen brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die Anzeige des bisherigen Berechtigten in [geschriebener Form](#) vorliegt.

§29 Mitwirkungspflichten

Meldefrist

- (1) Für die Anmeldung von Leistungsansprüchen ist keine Meldefrist vereinbart. Werden jedoch Ansprüche so spät angemeldet, dass der Eintritt der Erwerbsunfähigkeit gemäß [§ 5](#) dieser Bedingungen für die Vergangenheit nicht mehr nachweisbar ist, kann der Anspruch auf Versicherungsleistungen bei Vorliegen aller erforderlichen Voraussetzungen frühestens mit dem Monat entstehen, für den entsprechende Nachweise gemäß [§ 27 Absatz 1](#) dieser Bedingungen vorgelegt werden.

Weitere Untersuchungen und Kostenübernahme

- (2) Wir dürfen weitere ärztliche Untersuchungen und notwendige Nachweise, z.B. auch über wirtschaftliche Verhältnisse und deren Veränderung, verlangen. Es geht hier vor allem um zusätzliche Informationen und Untersuchungen. Die [versicherte Person](#) muss Ärzte, Krankenhäuser, sonstige Krankenanstalten und Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder in Pflege war oder sein wird, erlauben, dass sie uns die Informationen geben, die wir für die Leistungsprüfung brauchen. Das gilt auch für Pflegepersonen, andere Personenversicherer, Behörden, Krankenkassen und Sozialversicherungsträger. Die Kosten dafür zahlen wir.
- (3) Wir können verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in der Republik Österreich durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir die angefallenen Reise- und Unterbringungskosten jedoch maximal:
- Anreisekosten in Höhe der Kosten einer Bahnfahrt 2. Klasse und – falls erforderlich – die Flugkosten für die Economy Class (oder eine vergleichbare Buchungskategorie) und
 - Unterbringungskosten bis zur Höhe für einen Aufenthalt in einem 4-Sterne-Hotel (oder einer vergleichbaren Hotelkategorie).
- (4) Auf Untersuchungen in der Republik Österreich können wir verzichten, wenn diese vor Ort nach den von uns in der Republik Österreich angewendeten Grundsätzen/ Standards erfolgen.

Arztanordnungsklausel

- (5) Lässt die versicherte Person operative Behandlungsmaßnahmen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt anordnet, um die Heilung zu fördern oder die Erwerbsunfähigkeit zu mindern, nicht durchführen, steht dies der Anerkennung der Leistungen aus der Erwerbsunfähigkeitsversicherung nicht entgegen. Die [versicherte Person](#) ist allerdings verpflichtet, geeignete Hilfsmittel zu verwenden und zumutbare Heilbehandlungen vorzunehmen, die eine wesentliche Besserung ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung erwarten lassen. Dabei handelt es sich beispielsweise um das Tragen von Stützstrümpfen oder die Verwendung von Seh- und Hörhilfen. Zumutbar sind Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind. Heilbehandlungen, die mit einem operativen Eingriff verbunden sind, sehen wir in diesem Zusammenhang als nicht zumutbar an.

Verzicht auf Meldepflicht Gesundheit

- (6) Sie sind nicht verpflichtet, uns von sich aus eine Besserung Ihres Gesundheitszustands nach Eintritt einer Erwerbsunfähigkeit, anzuzeigen. Wir prüfen jedoch regelmäßig Ihre Voraussetzungen der Erwerbsunfähigkeit im Sinne nach [§ 5](#) dieser Bedingungen.

Meldepflicht Beruf

- (7) Erhalten Sie Leistungen aus dieser Erwerbsunfähigkeitsversicherung, müssen Sie uns die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit der versicherten Person innerhalb von 6 Monaten schriftlich mitteilen.

§30 Folgen einer Verletzung der Mitwirkungspflicht

Solange eine Mitwirkungspflicht nach [§ 29](#) oder [§ 33](#) dieser Bedingungen von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in [geschriebener Form](#) auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§31 Erklärung über die Leistungspflicht

- (1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in [geschriebener Form](#) ob, in welchem Umfang und von welchem Zeitpunkt an wir eine Leistungspflicht anerkennen.
- (2) Wir verpflichten uns, Ihnen innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Eingang der von Ihnen jeweils zur Prüfung vorgelegten Unterlagen
- unsere Entscheidung über die Leistungspflicht mitzuteilen oder
 - weitere Unterlagen für die Prüfung von Ihnen anzufordern oder
 - Ihnen mitzuteilen, dass wir weitere Schritte (z.B. neutrales Gutachten) einleiten werden

Während der Leistungsprüfung informieren wir Sie in regelmäßigen Abständen, spätestens alle 4 Wochen, über den Bearbeitungsstand.

- (3) Einen durch Überschreitung der in [Absatz 2](#) genannten Frist nachweislich entstandenen Schaden werden wir ersetzen.

§32 Leistungsentscheidung

Wenn wir Leistungen wegen Erwerbsunfähigkeit nach [§ 5](#) dieser Bedingungen zusagen, gilt dies jeweils zeitlich unbegrenzt. Wir sprechen somit keine zeitlich befristeten Anerkennnisse aus und leisten solange die [versicherte Person](#) erwerbsunfähig nach [§ 5](#) dieser Bedingungen ist, längstens jedoch bis zum Ende der [Leistungsdauer](#). Ausgenommen ist die Erwerbsunfähigkeit aufgrund von bestimmten Krankheiten nach [§ 5 Absatz 9](#) dieser Bedingungen.

§33 Nachprüfung der Erwerbsunfähigkeit

- (1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir während der vereinbarten [Leistungsdauer](#) berechtigt, das Fortbestehen der Erwerbsunfähigkeit und ihren Grad oder die Pflegebedürftigkeit und das Fortleben der versicherten Person nachzuprüfen.
- (2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen nach [§ 29 Absätze 2 bis 7](#) dieser Bedingungen gelten entsprechend.
- (3) Ist die Erwerbsunfähigkeit weggefallen, werden wir von der Leistung frei. In diesem Fall legen wir Ihnen die Veränderung in [geschriebener Form](#) dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Anspruchsberechtigten in [geschriebener Form](#) mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.
- (4) Liegt Erwerbsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit vor und ist die Pflegebedürftigkeit auf unter einen Pflegepunkt gesunken bzw. die Pflegebedürftigkeit im Sinne des [§ 5 Absatz 6](#) dieser Bedingungen entfallen, stellen wir unsere Leistungen ein. [Absatz 3 Satz 2 bis 4](#) gelten entsprechend.

VII. Überschussbeteiligung

§34 Bedeutung von Überschüssen

Wir beteiligen Sie an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Dies regelt der §153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG). Die Leistung aus der Überschussbeteiligung kann auch Null Euro betragen. Bei unseren Risikolebensversicherungen werden Sie vor allem in Form eines Sofortüberschusses beteiligt. Dadurch zahlen Sie nicht den Bruttobeitrag, sondern den um den Sofortüberschuss reduzierten Nettobeitrag (Zahlbeitrag).

§35 Beteiligung an Überschüssen

In den nachfolgenden Absätzen erläutern wir Ihnen,

- wie wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens ermitteln und wie wir diesen verwenden ([Absatz 1](#)),
- wie Ihr Vertrag an dem Überschuss beteiligt wird ([Absatz 2](#)),
- wie Bewertungsreserven entstehen und wie wir diese Ihrem Vertrag zuordnen ([Absatz 3](#)),
- warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung Ihres Vertrages nicht garantieren können ([Absatz 4](#)) und
- wie wir Sie über die Überschussbeteiligung informieren ([Absatz 5](#)).

(1) Wie ermitteln wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens und wie verwenden wir diesen?

Den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens (Rohüberschuss) ermitteln wir nach handels- und aufsichtsrechtlichen Vorschriften. Mit der Feststellung des Jahresabschlusses legen wir fest, welcher Teil des Rohüberschusses für die Überschussbeteiligung aller überschussberechtigten Verträge zur Verfügung steht. Dabei beachten wir die aufsichtsrechtlichen Vorgaben, derzeit insbesondere die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung, MindZV). Es gibt drei verschiedene Quellen für den Rohüberschuss. Diese Quellen sind Kapitalerträge, das Risikoergebnis und das übrige Ergebnis (einschließlich Kosten).

Kapitalerträge

Die Beiträge sind so berechnet, dass sie lediglich die Versicherungsleistungen decken. Daher entsteht kein oder nur ein sehr geringer Kapitalertrag. An diesen Nettoerträgen werden Sie nach der MindZV zu derzeit mindestens 90 % beteiligt. Zuerst werden hieraus die garantierten Versicherungsleistungen bezahlt. Der verbleibende Betrag wird für die Überschussbeteiligungen der [Versicherungsnehmer](#) verwendet.

Risikoergebnis

Wir setzen bei der Berechnung unserer Beiträge Annahmen zur Entwicklung von Versicherungsleistungen an. Sind diese niedriger als angenommen, entstehen Überschüsse. Zuerst werden dazu die garantierten Versicherungsleistungen bezahlt. Bleibt dann noch etwas übrig, bekommen Sie eine Überschussbeteiligung. Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Sie als [Versicherungsnehmer](#) beteiligen wir nach der MindZV angemessen an diesen Überschüssen. Nach derzeitiger Rechtslage beteiligen wir Sie am Risikoergebnis zu mindestens 90 %.

Übriges Ergebnis

In ihren Beiträgen sind Kosten enthalten. Entstehen in einem Geschäftsjahr weniger Kosten als wir über alle Verträge einnehmen, entstehen Überschüsse. Auch geben wir weitere Einnahmen, welche nicht direkt mit ihrem Versicherungsvertrag in Zusammenhang stehen, an Sie weiter (z.B. Erträge aus Dienstleistungen, welche wir für andere Unternehmen erbringen). Sie als [Versicherungsnehmer](#) beteiligen wir nach der MindZV angemessen an diesen Überschüssen. Nach derzeitiger Rechtslage beteiligen wir Sie am übrigen Ergebnis zu mindestens 50 %.

Von der so ermittelten Überschussbeteiligung werden zunächst die direkten Überschussbeteiligungen bezahlt (Direktgutschrift). Der Rest der Überschussbeteiligung kommt in die Rückstellung für Beitragsrückerstattung. Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung gleicht Schwankungen über die Jahre aus. Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dürfen wir grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der [Versicherungsnehmer](#) verwenden. Nur in gesetzlich festgelegten Ausnahmefällen können wir hiervon mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde abweichen.

Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrages am Überschuss ergeben sich aus der Zuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht.

Wir haben gleichartige Versicherungen (z. B. Risikolebensversicherungen, Erwerbsunfähigkeitsversicherungen) zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen.

(2) Wie wird Ihr Vertrag an dem Überschuss beteiligt?

Wir verteilen die Überschüsse an die Verträge, die sie auch verursacht haben. Hierzu bilden wir innerhalb der Bestandsgruppen Gewinnverbände. Gewinnverbände bestehen aus verschiedenen Tarifgruppen. Jeder Versicherungsvertrag gehört zu einem Tarif. Dieser steht auf dem [Versicherungsschein](#). Jeder Tarif gehört zu einem Gewinnverband und bekommt Anteile an den Überschüssen dieses Gewinnverbandes. Wir verteilen den Überschuss so auf die Bestandsgruppen und Gewinnverbände wie sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Hat eine Bestandsgruppe oder ein Gewinnverband keine Überschüsse erzielt, dann gibt es auch keinen Anspruch auf eine Überschussbeteiligung.

Bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung bekommen Sie jährlich zu Beginn des Vertragsjahres Überschüsse. Diese werden mit den Bruttobeiträgen verrechnet und reduzieren den Zahlbeitrag. Beitragsfrei gestellte oder durch Ablauf der Beitragszahlung beitragsfrei gewordene Versicherungen sind nicht überschussberechtig.

Der Vorstand legt jedes Jahr auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars fest, wie der Überschuss auf die Gewinnverbände verteilt wird und setzt die entsprechenden Überschussanteilsätze fest (Überschussdeklaration). Dabei achtet er darauf, dass die Verteilung verursachungsorientiert erfolgt.

Ihr Vertrag erhält auf der Grundlage der Überschussdeklaration Anteile an dem auf Ihren Gewinnverband entfallenden Teil des Überschusses. Die Mittel hierfür werden bei der Direktgutschrift zulasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen.

(3) Wie entstehen Bewertungsreserven und wie ordnen wir diese Ihrem Vertrag zu?

Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über ihrem jeweiligen handelsrechtlichen Buchwert liegt.

Da in der Erwerbsunfähigkeitsversicherung keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung stehen, um Kapital zu bilden, entstehen auch keine oder nur geringfügige Bewertungsreserven. Dennoch entstehende Bewertungsreserven, die nach den maßgebenden rechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ordnen wir den Verträgen anteilig rechnerisch zu. Dabei wenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren an.

Versicherungen mit Ansammlungsguthaben erhalten ebenfalls eine Beteiligung an den Bewertungsreserven. Die Zuteilung vorhandener Bewertungsreserven erfolgt verursachungsorientiert. Bei Versicherungen mit Ansammlungsguthaben werden die für den jeweiligen Vertrag angesammelten Ansammlungsguthaben ins Verhältnis zur Summe der Kapitalien aller berechtigten Verträge gesetzt.

Weitere Informationen zum Zuteilungsverfahren und zum Stichtag der Berechnung veröffentlichen wir jährlich in unserem Geschäftsbericht. Diesen finden Sie auf unserer Internetseite unter www.dialog-leben.at.

Die Höhe der Bewertungsreserven ermitteln wir jährlich neu sowie zusätzlich auch für den Zeitpunkt der Beendigung eines Vertrages.

Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

(4) Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab, die nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar sind. Einflussfaktoren sind insbesondere die Entwicklung des versicherten Risikos, des Kapitalmarkts und der Kosten.

Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch Null Euro betragen.

(5) Wie informieren wir über die Überschussbeteiligung?

Die festgelegten Überschussanteilsätze veröffentlichen wir jährlich in unserem Geschäftsbericht. Diesen finden Sie auf unserer Internetseite unter www.dialog-leben.at.

VIII. Sonstige Vertragsbestimmungen

§36 Rechtsanwendung

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Republik Österreich Anwendung.

§37 Gerichtsstand

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder der für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
- (2) Sind Sie eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.
- (3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts in das Ausland, sind für Klagen aus dem Vertrag die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben. Dies gilt ebenso, wenn Sie eine juristische Person sind und Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung ins Ausland verlegen.

§38 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?

- (1) Wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind, stehen Ihnen derzeit insbesondere die nachfolgenden Beschwerdemöglichkeiten offen.

Unser Beschwerdemanagement

- (2) Für Kundenbeschwerden ist unsere Zentrale Beschwerdestelle gerne für Sie da. Sie erreichen diese derzeit wie folgt:

Dialog Lebensversicherungs-AG
Stadtberger Straße 99
86157 Augsburg, Deutschland
E-Mail: info@dialog-leben.at

Versicherungsombudsmann

- (3) Sind Sie mit unserer Entscheidung nicht einverstanden oder hat eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt, können Sie sich als Verbraucher an den Ombudsmann für Versicherungen wenden. Diesen erreichen Sie derzeit wie folgt:

Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 080632
10006 Berlin, Deutschland
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Internet: www.versicherungsombudsmann.de

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Als Mitglied im Versicherungsombudsmann e. V. haben wir uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

- (4) Zusätzlich steht Ihnen die folgende Beschwerdestelle zur Verfügung:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales,
Gesundheit und Konsumentenschutz
Stubenring 1
1010 Wien

Versicherungsaufsicht

- (5) Sie haben auch die Möglichkeit, sich an die für uns zuständige Aufsicht zu wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn, Deutschland
E-Mail: poststelle@bafin.de
Bitte beachten Sie, dass die BaFin keine Schiedsstelle ist und einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden kann.

Rechtsweg

- (6) Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

§39 Können die Bruttobeiträge angehoben werden?

- (1) Nach § 172 VersVG ist der Versicherer berechtigt bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden und nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen und dem daraus berechneten Bruttobeitrag, den Bruttobeitrag entsprechend den berichtigten Berechnungsgrundlagen neu festzusetzen. Die Beitragserhöhung ist auf jenes Ausmaß beschränkt, das zur künftigen Befriedigung des Leistungsbedarfs angemessen und erforderlich ist.
- (2) Maßgebende Umstände für die Änderung der Bruttobeiträge sind nur Änderungen in Bezug auf
 - die durchschnittliche Lebenserwartung
 - die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwendigkeit, bezogen auf die versicherte Person.
- (3) Die Erklärung der Änderung des Bruttobeitrags wird zum Monatsersten, der auf die Absendung folgt, wirksam.
- (4) Erhöht der Versicherer den Bruttobeitrag, so wird er dem Versicherungsnehmer auf Wunsch die Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleichbleibendem Bruttobeitrag und entsprechend herabgesetzter Versicherungssumme anbieten. Auf dieses Recht wird der Versicherer den Versicherungsnehmer in seiner Benachrichtigung der erhöhten Prämien ausdrücklich hinweisen.
- (5) Auf dieses Recht verzichten wir, wenn Sie die Option Verzicht auf Anwendung des § 172 VersVG abgeschlossen haben (siehe [§ 8 Absatz 3](#) dieser Bedingungen).

IX. Begriffserklärungen

Um Ihnen das Lesen der Versicherungsbedingungen zu erleichtern, möchten wir Ihnen einige Begrifflichkeiten kurz erläutern:

- **Abstrakte Verweisung:** Die versicherte Person kann auf einen anderen als ihren ausgeübten Beruf verwiesen werden.
- **Beitragszahlungsdauer:** Die Beitragszahlungsdauer ist der Zeitraum, für den Beiträge zu zahlen sind.
- **Bezugsberechtigter:** Der Bezugsberechtigte ist die von Ihnen als [Versicherungsnehmer](#) benannte Person, die die Leistung aus dem Vertrag erhalten soll. Grundsätzlich kann jede beliebige Person benannt werden.
- **Deckungsrückstellung:** Eine Deckungsrückstellung bilden wir, um zu jedem Zeitpunkt die Versicherungsleistungen gewährleisten zu können.
- **Einlösungsbeitrag:** Der erste zu zahlende Beitrag nach Abschluss des Vertrages. Seine Zahlung ist eine Voraussetzung für den Beginn des Versicherungsschutzes.
- **Folgebeitrag:** Ein Folgebeitrag ist jeder Beitrag, der nach dem [Einlösungsbeitrag](#) fällig wird.
- **Geschriebene Form:** Ist für eine Erklärung die geschriebene Form vorgesehen, muss diese Erklärung zum Beispiel per Brief, Fax oder E-Mail abgegeben werden.
- **Jahresrente:** Eine Jahresrente ist die beantragte Erwerbsunfähigkeitsrente, die in der Regel in monatlichen Raten im Falle einer Erwerbsunfähigkeit ausbezahlt wird.
- **Konkrete Verweisung:** Wir prüfen stets, ob die [versicherte Person](#) eine andere vergleichbare Tätigkeit ausübt. Ob eine Tätigkeit vergleichbar ist, richtet sich nach der Ausbildung, der Erfahrung und der bisherigen Lebensstellung. Wenn die [versicherte Person](#) eine solche Tätigkeit ausübt, ist sie nicht erwerbsunfähig nach der Definition in § 5 dieser Bedingungen.
- **Leistungsdauer:** Die Leistungsdauer ist der Zeitraum, bis zu dessen Ablauf eine während der [Versicherungsdauer](#) anerkannte Leistung längstens erbracht wird.
- **Rechnungsgrundlagen:** Die Rechnungsgrundlagen sind die Grundlagen für die Kalkulation Ihres Vertrages. Diese sind in der Regel die Annahmen zur Entwicklung der versicherten Risiken, der Zinsen und der Kosten.
- **Risikoprüfung:** Risikoprüfung ist die individuelle Einschätzung für Angaben zur Gesundheit, zum Beruf, zu Hobbies zu Reisen und zur finanziellen Angemessenheit.
- **Versicherte Person:** Die versicherte Person ist die Person, auf deren Leben die Versicherung genommen wird. Dies müssen nicht notwendigerweise Sie als [Versicherungsnehmer](#) sein.
- **Versicherungsdauer:** Die Versicherungsdauer ist der Zeitraum, innerhalb dessen der [Versicherungsfall](#) eintreten muss, damit ein Anspruch auf Leistungen entstehen kann.
- **Versicherungsfall:** Ein Versicherungsfall ist das Ereignis, das die Leistungspflicht des Versicherers entstehen lässt, wenn es während der [Versicherungsdauer](#) eintritt. Dies ist z.B. die Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person.
- **Versicherungsjahr:** Ein Versicherungsjahr umfasst – unabhängig von der [Versicherungsperiode](#) – den Zeitraum eines Jahres. Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im [Versicherungsschein](#) dokumentierten Beginn der Versicherung. Die folgenden Versicherungsjahre beginnen jeweils zum Jahrestag des Versicherungsbeginns.
- **Versicherungsnehmer:** Der Versicherungsnehmer ist unser Vertragspartner. Die Rechte und Pflichten aus diesem Vertrag betreffen vorrangig den Versicherungsnehmer.
- **Versicherungsperiode:** Die Versicherungsperiode ist der Zeitabschnitt, für den die Zahlung des Beitrags vereinbart ist. Die Versicherungsperiode umfasst bei jährlicher Beitragszahlung ein [Versicherungsjahr](#), bei unterjährlicher Beitragszahlung entsprechend der vereinbarten Zahlungsweise ein halbes Jahr, ein Vierteljahr oder einen Monat.
- **Versicherungsschein (Police/Polizze):** Der Versicherungsschein dokumentiert den zustande gekommenen Versicherungsvertrag und die zu Vertragsbeginn vereinbarten Versicherungsleistungen.
- **Vorläufiger Versicherungsschutz:** Ein vorläufiger Versicherungsschutz bedeutet, dass dem [Versicherungsnehmer](#) ab dem Zeitpunkt, zu dem Ihr Antrag bei uns eingeht, Versicherungsschutz gewährt wird.

Bitte beachten: Zum Verbleib beim Kunden

Allgemeine Bedingungen
für den vorläufigen Versicherungsschutz
in der selbständigen Erwerbsunfähigkeitsversicherung (ABvVssEu-A)

Mit den nachfolgenden Bedingungen wenden wir uns an Sie als Antragsteller und künftigen Versicherungsnehmer und gewähren Ihnen aufgrund des gestellten Antrags und den nachfolgenden Bedingungen vorläufigen Versicherungsschutz. Auf den folgenden Seiten finden Sie wichtige Informationen, die für Ihren Versicherungsvertrag von Bedeutung sind. Dabei bilden die Versicherungsbedingungen die rechtliche Grundlage für unser gemeinsames Vertragsverhältnis. In ihnen werden u. a. die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien geregelt sowie die vertraglichen Leistungen beschrieben. Informationen zur steuerlichen Behandlung der Versicherung finden Sie in den separat vorliegenden Steuerinformationen.

Inhaltsverzeichnis

I. Versicherungsschutz und Leistungen - 2 -
§1 Versicherungsbeginn - 2 -
§2 Versicherungsende - 2 -
§3 Geltungsbereich - 2 -
§4 Versicherungsleistungen - 2 -
§5 Leistungsvoraussetzungen - 2 -
§6 Leistungsausschlüsse - 2 -
II. Beitragszahlung und Kosten - 3 -
§7 Kosten - 3 -
III. Sonstige Vertragsbestimmungen - 3 -
§8 Weitere Bestimmungen - 3 -

I. Versicherungsschutz und Leistungen

§1 Versicherungsbeginn

Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem Ihr Antrag bei uns eingeht.

§2 Versicherungsende

(1) Der vorläufige Versicherungsschutz endet, wenn

- der Versicherungsschutz aus der beantragten Versicherung begonnen hat;
- Sie Ihren Antrag angefochten oder bereits vor oder gleichzeitig mit dem Eingang bei uns zurückgenommen haben;
- der Einzug des ersten Beitrags aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht möglich war oder dem SEPA-Lastschriftinzug widersprochen worden ist;
- Sie nach Abschluss des Versicherungsvertrages von Ihrem Lösungsrecht Gebrauch gemacht haben;
- entweder Sie oder wir erklärt haben, dass an einer Weiterverfolgung des Antrags kein Interesse mehr besteht;
- Sie den Hauptvertrag oder den weiteren Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz mit einem anderen Versicherer schließen. Über den Vertragsschluss mit einem anderen Versicherer haben Sie uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) zu informieren.

(2) Sowohl Sie als auch wir können den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Unsere Kündigungserklärung wird jedoch erst nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang bei Ihnen wirksam.

(3) Ist der vorläufige Versicherungsschutz wegen eines unter [Absatz 1](#) oder [2](#) genannten Grundes beendet worden, so bedarf es zur Wiederherstellung unserer ausdrücklichen Bestätigung.

§3 Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

§4 Versicherungsleistungen

(1) Tritt während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes Erwerbsunfähigkeit ein, so gilt:

- Eine Erwerbsunfähigkeitsrente und eine Beitragsbefreiung zahlen wir nur, wenn die Erwerbsunfähigkeit innerhalb von drei Monaten seit ihrem Eintritt angezeigt worden ist.
- Aus den ggf. beantragten bzw. vorgesehenen Optionen gemäß § 8 der Bedingungen für die Erwerbsunfähigkeitsversicherung entsteht während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes kein Anspruch.

(2) In jedem Falle enden die Leistungen aus der Erwerbsunfähigkeitsversicherung spätestens mit dem Ablauf der für die Erwerbsunfähigkeitsversicherung beantragten Versicherungsdauer oder wenn die Erwerbsfähigkeit wieder gegeben ist.

(3) Auf Grund des vorläufigen Versicherungsschutzes bei Erwerbsunfähigkeit beträgt die Höchstrente 18.000,00 Euro jährlich. Die Beitragsbefreiung wird ebenfalls höchstens für eine Jahresrente in Höhe von 18.000,00 Euro übernommen.

(4) Diese Begrenzungen gelten auch dann, wenn höhere Leistungen beantragt oder mehrere Anträge derselben zu versichernden Person bei uns gestellt worden sind.

§5 Leistungsvoraussetzungen

Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz ist, dass

- der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als zwei Monate nach der Unterzeichnung des Antrags liegt;
- der erste Beitrag für die beantragte Versicherung gezahlt oder uns eine Ermächtigung zum Beitragseinzug mittels eines SEPA-Lastschriftmandats erteilt worden ist, wobei auf dem angegebenen Konto ausreichende Deckung vorhanden sein muss;
- Sie das Zustandekommen der beantragten Versicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht haben und die Risiko- und Gesundheitserklärung der zu versichernden Person im Antragsformular vollständig ausgefüllt ist;
- Ihr Antrag sich im Rahmen der von uns gebotenen Tarife und Bedingungen bewegt;
- die versicherte Person bei Unterzeichnung des Antrags das 15. Lebensjahr schon und das 57. Lebensjahr noch nicht vollendet hat;
- frühere Anträge der versicherten Person von uns nicht abgelehnt, nicht zurückgestellt wurden oder nicht zu erschwerten Bedingungen (Mehrbeitrag oder Klausel) zu Stande gekommen wären;
- frühere Verträge durch uns nicht wegen Nichtzahlung oder Zahlungsrückständen gemäß §§ 38, 39 und 39a VersVG gekündigt wurden;
- wir bei früheren Verträgen keinen Rücktritt bzw. keine Anfechtung erklärt haben.

§6 Leistungsausschlüsse

(1) Der vorläufige Versicherungsschutz ist – soweit nicht etwas anderes vereinbart ist – ausgeschlossen für Versicherungsfälle, zu deren Eintritt gefährliche Erkrankungen, Beschwerden oder Gesundheitsstörungen ursächlich beigetragen haben, die Ihnen bzw. der zu versichernden Person bei Antragstellung bekannt waren, auch wenn diese im Antrag angegeben wurden. Gefährlich sind solche Erkrankungen, Beschwerden oder Gesundheitsstörungen, die geeignet sind, auf unseren Entschluss, den Vertrag überhaupt oder zu dem vereinbarten Inhalt abzuschließen, einen Einfluss auszuüben. Erkrankungen, Beschwerden oder Gesundheitsstörungen, nach denen wir bei Antragstellung ausdrücklich und in Textform gefragt haben, gelten im Zweifel als erheblich.

(2) Sanktionen und Embargos

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union, der Bundesrepublik Deutschland oder der Republik Österreich entgegenstehen.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union, der Bundesrepublik Deutschland oder der Republik Österreich entgegenstehen.

II. Beitragszahlung und Kosten

§7 Kosten

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir zwar keinen besonderen Beitrag. Erbringen wir aber Leistungen auf Grund des vorläufigen Versicherungsschutzes, so behalten wir ein Entgelt ein. Das Entgelt entspricht dem Beitrag für eine Versicherungsperiode. Wir berechnen Ihnen jedoch nicht mehr als den Tarifbeitrag für die Höchstsumme und -rente gemäß [§ 4 Absatz 2](#) dieser Bedingungen. Bereits gezahlte Beträge rechnen wir an.

III. Sonstige Vertragsbestimmungen

§8 Weitere Bestimmungen

- (1) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen und Besonderen Bedingungen für die beantragte Versicherung Anwendung. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse. Eine Überschussbeteiligung erfolgt jedoch nicht.
- (2) Ein im Antrag festgelegtes Bezugsrecht gilt auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

Bitte beachten: Zum Verbleib beim Kunden

**Besondere Bedingungen
für die Erwerbsunfähigkeitsversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge
und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung (Eu-Dynamik-A)**

Als [Versicherungsnehmer](#) sind Sie unser Vertragspartner. Für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen. Auf den folgenden Seiten finden Sie wichtige Informationen, die für Ihren Versicherungsvertrag von Bedeutung sind. Dabei bilden die Versicherungsbedingungen die rechtliche Grundlage für unser gemeinsames Vertragsverhältnis. In ihnen werden u. a. die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien geregelt sowie die vertraglichen Leistungen beschrieben. Informationen zur steuerlichen Behandlung der Versicherung finden Sie in den separat vorliegenden Steuerinformationen.

Inhaltsverzeichnis

I. Versicherungsschutz und Leistungen - 2 -
§1 Zeitpunkt der erhöhten Beiträge und Versicherungsleistungen - 2 -
§2 Ende der planmäßigen Erhöhungen - 2 -
§3 Geltungsbereich - 2 -
§4 Planmäßige Erhöhung im Sinne dieser Bedingungen - 2 -
§5 Errechnung der erhöhten Versicherungsleistungen - 2 -
II. Sonstige Vertragsbestimmungen - 2 -
§6 Aussetzen von Erhöhungen - 2 -
§7 Sonstige Bestimmungen für die Erhöhung der Beiträge - 2 -
VIII. Begriffserklärungen - 3 -

I. Versicherungsschutz und Leistungen

§1 Zeitpunkt der erhöhten Beiträge und Versicherungsleistungen

- (1) Die Erhöhungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen erfolgen zu Beginn eines jeden [Versicherungsjahres](#).
- (2) Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

§2 Ende der planmäßigen Erhöhungen

- (1) Die Erhöhungen erfolgen bis 5 Jahre vor Ablauf der Beitragszahlungsdauer, maximal jedoch bis eine Jahresrente von 60.000 Euro überschritten würde. Bei Einschluss der Dread Disease Option erfolgen die Erhöhungen außerdem maximal bis eine Dread Disease Einmalleistung von 150.000 Euro überschritten würde.

§3 Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

§4 Planmäßige Erhöhung im Sinne dieser Bedingungen

- (1) Der Beitrag erhöht sich um den mit Ihnen fest vereinbarten, ganzzahligen Prozentsatz (mindestens 2 % bis maximal 5 %) des Vorjahresbeitrags.
- (2) Die vereinbarte Dynamik bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung.

§5 Errechnung der erhöhten Versicherungsleistungen

- (1) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnermäßigen Alter der [versicherten Person](#), der restlichen [Beitragszahlungsdauer](#) und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag. Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge.
- (2) Sind Optionen eingeschlossen, so werden ihre Versicherungsleistungen im Rahmen der planmäßigen Erhöhungen im selben Verhältnis wie die der Hauptversicherung erhöht.

II. Sonstige Vertragsbestimmungen

§6 Aussetzen von Erhöhungen

- (1) Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen.
- (2) Unterbliebene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.
- (3) Sollten Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, so erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen ohne erneute Gesundheitsprüfung; es kann jedoch mit unserer Zustimmung neu begründet werden.
- (4) Es erfolgen keine Erhöhungen, solange wegen Erwerbsunfähigkeit ihre Beitragszahlungspflicht ganz oder teilweise entfällt.

§7 Sonstige Bestimmungen für die Erhöhung der Beiträge

- (1) Alle im Rahmen des Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Allgemeinen Bedingungen sowie die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich auch auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen.
- (2) Die Erhöhungen der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag beeinflussen die Fristen in den Paragraphen der Bedingungen der Hauptversicherung zur Verletzung der Anzeigepflicht nicht.

VIII. Begriffserklärungen

Um Ihnen das Lesen der Versicherungsbedingungen zu erleichtern, möchten wir Ihnen einige Begrifflichkeiten kurz erläutern:

- **Beitragszahlungsdauer:** Die Beitragszahlungsdauer ist der Zeitraum, für den Beiträge zu zahlen sind.
- **Jahresrente:** Eine Jahresrente ist die beantragte Erwerbsunfähigkeitsrente, die in der Regel in monatlichen Raten im Falle einer Erwerbsunfähigkeit ausbezahlt wird.
- **Versicherte Person:** Die versicherte Person ist die Person, auf deren Leben die Versicherung genommen wird. Dies müssen nicht notwendigerweise Sie als [Versicherungsnehmer](#) sein.
- **Versicherungsjahr:** Ein Versicherungsjahr umfasst – unabhängig von der [Versicherungsperiode](#) – den Zeitraum eines Jahres. Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im [Versicherungsschein](#) dokumentierten Beginn der Versicherung. Die folgenden Versicherungsjahre beginnen jeweils zum Jahrestag des Versicherungsbeginns.
- **Versicherungsnehmer:** Der Versicherungsnehmer ist unser Vertragspartner. Die Rechte und Pflichten aus diesem Vertrag betreffen vorrangig den Versicherungsnehmer.
- **Versicherungsperiode:** Die Versicherungsperiode ist der Zeitabschnitt, für den die Zahlung des Beitrags vereinbart ist. Die Versicherungsperiode umfasst bei jährlicher Beitragszahlung ein [Versicherungsjahr](#), bei unterjährlicher Beitragszahlung entsprechend der vereinbarten Zahlungsweise ein halbes Jahr, ein Vierteljahr oder einen Monat.
- **Versicherungsschein (Police/Polizze):** Der Versicherungsschein dokumentiert den zustande gekommenen Versicherungsvertrag und die zu Vertragsbeginn vereinbarten Versicherungsleistungen.
- **Versicherungssumme:** Der vertraglich vereinbarte, im [Versicherungsschein](#) ausgewiesene Geldbetrag, der im Versicherungsfall zur Auszahlung kommen soll. Die Versicherungssumme ist garantiert.

Bitte beachten: Zum Verbleib beim Kunden

Allgemeine Bedingungen für die Dread Disease Option (BDDo-A)

Als [Versicherungsnehmer](#) sind Sie unser Vertragspartner. Für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen. Auf den folgenden Seiten finden Sie wichtige Informationen, die für Ihren Versicherungsvertrag von Bedeutung sind. Dabei bilden die Versicherungsbedingungen die rechtliche Grundlage für unser gemeinsames Vertragsverhältnis. In ihnen werden u. a. die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien geregelt sowie die vertraglichen Leistungen beschrieben. Informationen zur steuerlichen Behandlung der Versicherung finden Sie in den separat vorliegenden Steuerinformationen.

Inhaltsverzeichnis

I. Versicherungsschutz und Leistungen	- 2 -
§1 Vorläufiger Versicherungsschutz	- 2 -
§2 Versicherungsbeginn	- 2 -
§3 Versicherungsende	- 2 -
§4 Geltungsbereich	- 2 -
§5 Dread Disease (schwere Krankheit) im Sinne dieser Bedingungen	- 2 -
§6 Versicherungsleistungen	- 3 -
§7 Leistungseinschränkungen und -ausschlüsse	- 3 -
II. Vertragsflexibilität ohne erneute Gesundheitsprüfung	- 4 -
§8 Nachversicherungsgarantie	- 4 -
§9 Beitragsreduzierung durch Absenken der einmaligen Kapitalleistung	- 4 -
III. Vertragspflichten	- 5 -
§10 Vorvertragliche Anzeigepflicht	- 5 -
§11 Gesundheitszustand und Rauchverhalten	- 5 -
IV. Beitragszahlung und Kosten	- 5 -
§12 Beitragsstundung in der Leistungsprüfung	- 5 -
§13 Beitragsstundung bei kurzfristigen Zahlungsschwierigkeiten	- 5 -
V. Eintritt des Versicherungsfalles und Leistungsauszahlungen	- 5 -
§14 Leistungsauszahlung	- 5 -
§15 Mitwirkungspflichten	- 5 -
§16 Folgen einer Verletzung der Mitwirkungspflicht	- 6 -
§17 Erklärung über die Leistungspflicht	- 6 -
VI. Überschussbeteiligung	- 6 -
§18 Bedeutung von Überschüssen	- 6 -
§19 Beteiligung an Überschüssen	- 6 -
VII. Sonstige Vertragsbestimmungen	- 7 -
§20 Verhältnis zur Hauptversicherung	- 7 -
VIII. Begriffserklärungen	- 9 -

I. Versicherungsschutz und Leistungen

§1 Vorläufiger Versicherungsschutz

Die Dread Disease Option hat eine Wartezeit von 3 Monaten ab Versicherungsbeginn. Deswegen gibt es hier keinen [vorläufigen Versicherungsschutz](#).

§2 Versicherungsbeginn

Ihr Versicherungsschutz beginnt zu dem im [Versicherungsschein](#) vereinbarten Zeitpunkt. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung (vgl. § 17 und § 18 der Bedingungen der Hauptversicherung).

§3 Versicherungsende

Der Versicherungsschutz endet mit Tod der versicherten Person, durch Auszahlung der Einmalleistung, durch vorzeitige Kündigung (siehe [§ 20](#) dieser Bedingungen) oder spätestens mit Ablauf der im [Versicherungsschein](#) genannten [Versicherungsdauer](#).

§4 Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

§5 Dread Disease (schwere Krankheit) im Sinne dieser Bedingungen

Eine schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn eine der nachfolgend genannten Erkrankungen mit den jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen vorliegt. Der Anspruch auf Leistungen aus einer der schweren Krankheiten entsteht frühestens nach einer Wartezeit von 3 Monaten ab Beginn des Versicherungsvertrages. Er erlischt, wenn die [versicherte Person](#) innerhalb von 30 Tagen nach erstmaliger Feststellung der Erkrankung durch einen Facharzt stirbt. Der Anspruch aus der Dread Disease Option kann während der Vertragslaufzeit nur einmal in Anspruch genommen werden. Danach erlischt die Option und der für diese Option anteilig gezahlte Beitrag ist nicht mehr zu entrichten.

(1) Krebs (mit Ausnahme von Frühstadien)

Versicherungsschutz besteht, wenn ein bösartiger Tumor (Krebs), der durch unkontrolliertes Wachstum maligner Zellen, Eindringen in umliegendes Gewebe sowie einer Tendenz zur Metastasierung gekennzeichnet ist, diagnostiziert wird. In die Deckung eingeschlossen sind Leukämien, bösartige Tumore des Lymphsystems (maligne Lymphome) und das myelodysplastische Syndrom. Die Diagnose muss durch eine feingewebliche Untersuchung (Histologie) gesichert und von einem Facharzt bestätigt werden.

Nicht versichert sind nachfolgende frühe Krebsstadien oder Krebsvorstufen:

- a) Jeder Tumor, der histologisch als präinvasiv, nicht-invasiv oder als Carcinoma in situ eingestuft wird (einschließlich des Duktalen oder Lobulären Carcinoma in situ der Brust sowie der Zervixdysplasie CIN-1, CIN-2 oder CIN-3)
- b) Prostatakrebs, der histologisch nicht einen Gleason-Score über 6 oder nicht ein klinisches TNM-Stadium von mindestens T2N0M0 aufweist.
- c) Basalzellkarzinom (Basaliom) und Plattenepithelkarzinom der Haut sowie das maligne Melanom Stadium IA (T1aN0M0)
- d) Schilddrüsenkrebs mit einer Tumorgroße von weniger als 1 cm Durchmesser und histologisch klassifiziert als T1N0M0
- e) Papilläres Mikrokarcinom der Blase histologisch klassifiziert als Ta
- f) MALT-Lymphom des Magens bei ausschließlicher Behandlung mittels Helicobacter-Eradikation
- g) Gastrointestinaler Stromatumor (GIST) im Stadium 1 oder 2 nach der AJCC-Klassifikation
- h) Mikroinvasives Karzinom der Brust (histologisch klassifiziert als T1mic), außer bei Behandlung mittels Mastektomie, Chemotherapie oder Bestrahlung
- i) Mikroinvasives Karzinom der Zervix Uteri (histologisch klassifiziert als Stadium IA1), außer bei Behandlung mittels Hysterektomie, Chemotherapie oder Bestrahlung
- j) Alle bösartigen Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems, bei denen keine regelmäßige und dauerhafte Bluttransfusion, systemische Chemotherapie, zielgerichtete Krebstherapie, Knochenmarktransplantation, hämatopoetische Stammzelltransplantation oder eine vergleichbare interventionelle Therapie größeren Umfangs durchgeführt wird.

(2) Bypass-Operation der Herzkranzgefäße (zur Behandlung einer koronaren Mehrgefäßerkrankung)

Versichert ist die Durchführung einer Herzoperation zur Behandlung einer Verengung oder eines Verschlusses von mindestens zwei oder mehr Herzkranzgefäßen (Koronararterien) mittels Anlage von Bypassgefäßen. Es sind sowohl chirurgische Eingriffe mittels vollständiger Durchtrennung des Brustbeins (Sternotomie) als auch mittels minimal-invasiver Operationsmethoden (zum Beispiel partielle Sternotomie, laterale Thorakotomie) gedeckt. Die Durchführung und Notwendigkeit der Operation muss durch einen Facharzt für Kardiologie oder Herzchirurgie bestätigt und durch entsprechende Befunde in der Koronarangiografie begründet werden.

Nicht versichert sind:

- a) Bypass-Operationen zur Behandlung einer koronaren Eingefäßerkrankung
- b) Angioplastie oder Stentimplantation der Herzkranzgefäße

(3) Myokardinfarkt (Herzinfarkt)

Herzinfarkt im Sinne dieser Bedingungen ist ein akutes Ereignis, das innerhalb eines umschriebenen Herzmuskelbereichs zu einem Untergang von Herzmuskelzellen infolge eines Verschlusses eines oder mehrerer Herzkranzgefäße geführt hat.

Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen eines Herzinfarktes ist, dass

- a) für einen Herzinfarkt typische klinische Symptome vorliegen und
- b) neu aufgetretene EKG (Elektrokardiographie)-Veränderungen, die mit einem akuten Herzinfarkt vereinbar sind, nachgewiesen werden und
- c) ein vorübergehender Anstieg von herzspezifischem Troponin über den vom bestimmenden Labor zu Grunde gelegten Referenzwert für Herzinfarkte vorliegt und
- d) ein durch den Herzinfarkt verursachter Funktionsverlust des Herzens durch eine verminderte Auswurfleistung (Ejektionsfraktion) der linken Herzkammer unter 55% oder durch regionale Wandbewegungsstörungen frühestens ein Monat nach dem akuten Ereignis nachweisbar ist.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind

- a) alle Ereignisse, die nicht von einem Kardiologen oder Internisten als Herzinfarkt bestätigt wurden,
- b) Herzinfarkte unbestimmten Alters,

- c) Anstiege von herzspezifischem Troponin, die direkt durch einen Eingriff am Herzen verursacht wurden, z.B. durch eine koronare Angiographie oder eine koronare Angioplastie.

(4) Chronisches Nierenversagen beider Nieren (mit regelmäßiger Blutwäsche oder Nierentransplantation)

Chronisches und irreversibles Versagen beider Nieren, aufgrund dessen eine regelmäßige Blutwäsche (Hämodialyse oder Peritonealdialyse) oder eine Nierentransplantation durchgeführt werden muss.

Die Notwendigkeit der Dialysebehandlung muss durch einen Facharzt für Nephrologie bestätigt werden.

Das versicherte Ereignis tritt mit Beginn der Dialysebehandlung oder erfolgter Nierentransplantation ein.

Nicht versichert ist akutes, reversibles Nierenversagen mit vorübergehender Dialysepflicht.

(5) Schlaganfall (mit bleibenden neurologischen Ausfallerscheinungen)

Als neurologische Ausfallerscheinungen gelten Hör-, Seh-, Sprech-, oder Schluckstörungen, Lähmungen, Geh-, oder Koordinationsstörungen, Sensibilitätsstörungen, Tremor, Bewusstseinsstörungen und Krampfanfälle. Auch gravierende Beeinträchtigungen der intellektuellen Fähigkeiten (z. B. Merkfähigkeits-, Konzentrationsstörungen, Persönlichkeitsveränderungen) fallen unter diesen Begriff. Die Beeinträchtigungen und ihr Ausmaß müssen durch einen Facharzt für Neurologie oder Psychiatrie bestätigt werden.

Nicht unter den Begriff „neurologische Ausfallerscheinungen“ fallen:

- a) Auffälligkeiten in der bildgebenden Diagnostik (z.B. Computertomographie des Gehirns), die keine eindeutige Verbindung zu einer klinischen Symptomatik aufweisen.
- b) Symptome, die auf psychische/psychiatrische Ursachen oder auf eine nicht im Rahmen der Versicherung gedeckte Erkrankung zurückzuführen sind.
- c) Versichert ist ein Schlaganfall, bei dem es zum Absterben von Hirngewebe durch eine intrakranielle Thrombose oder Blutung (einschließlich Subarachnoidalblutung) oder durch eine Embolie extrakraniellen Ursprungs kommt.
- d) Weiterhin muss der Schlaganfall gekennzeichnet sein durch:
- e) eine akut beginnende neurologische Symptomatik mit
- f) objektiv bestimmbare, nicht vorbestehende neurologische Ausfallerscheinungen bei der klinischen Untersuchung die über einen Zeitraum von 3 Monaten ununterbrochen andauern
- g) Die Diagnose sowie die anhaltenden neurologischen Ausfallerscheinungen müssen durch einen Facharzt für Neurologie bestätigt und durch entsprechende bildgebende und klinische Befunde begründet werden.
- h) Nicht versichert sind:
- i) Transitorische Ischämische Attacken (TIA) und Prolongierte Reversible Ischämische Neurologische Defizite (PRIND);
- j) Unfallbedingte Verletzungen des Gewebes oder der Blutgefäße im Gehirn
- k) Neurologische Defizite aufgrund von Hypoxie, Infektionen, Entzündungen, Migräne oder medizinischen Eingriffen
- l) Zufallsbefunde in der Bildgebung (z.B. CT oder MRT) ohne eindeutig damit in Zusammenhang stehende klinische Symptome (stummer Hirninfarkt)
- m) Gefäßerkrankungen mit Beeinträchtigung von Auge, Sehnerv oder Gleichgewichtsorgan

(6) Multiple Sklerose

Multiple Sklerose im Sinne dieser Bedingungen ist eine entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems mit Entmarkungsherd im Gehirn oder Rückenmark.

Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen von Multipler Sklerose ist, dass

- a) mindestens ein typischer Entmarkungsherd im Gehirn oder Rückenmark mittels CT (Computertomographie), MRT (Magnetresonanztomographie) oder anderer entsprechender bildgebender Verfahren nachgewiesen wird und
- b) eine durch diese Entmarkungsherde erklärable neurologische Einschränkung besteht, die einem Wert von mindestens 4,5 in der EDSS (Expanded Disability Status Scale, Stand 2016) entspricht, und

das Vorliegen von a) und b) durch einen Neurologen bestätigt wird.

§6 Versicherungsleistungen

Wir bezahlen die vereinbarte einmalige Kapitalleistung, wenn die [versicherte Person](#) während der Dauer dieser Versicherung eine der in § 5 dieser Bedingungen genannten Erkrankungen mit den jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen hat.

§7 Leistungseinschränkungen und -ausschlüsse

Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der schweren Krankheit (Dread Disease) gekommen ist. Die Leistungseinschränkungen und -ausschlüsse werden in diesem Paragraphen beschrieben.

(1) Bei Unruhen, Krieg oder Strahlen

- a) Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, leisten wir nicht, wenn die schwere Krankheit (Dread Disease) in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen verursacht ist, sofern die [versicherte Person](#) auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.

Wir leisten jedoch, wenn die [versicherte Person](#) während eines Aufenthaltes außerhalb der Republik Österreich in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder Unruhen schwer krank wird, an denen sie nicht aktiv beteiligt war. Außerdem leisten wir, wenn die [versicherte Person](#) im Rahmen ihrer Tätigkeit für eine humanitäre Hilfsorganisation während eines Aufenthaltes außerhalb der Republik Österreich oder bei einem der folgenden Einsätze des Bundesheeres schwer krank wird:

- humanitäre Hilfeleistung
- friedenserhaltende Maßnahme
- friedenskonsolidierende / friedenssichernde Maßnahme im Rahmen eines UN- oder NATO-Einsatzes außerhalb der Republik Österreich

- b) Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, leisten wir außerdem nicht, wenn die schwere Krankheit (Dread Disease) durch Strahlen infolge Kernenergie verursacht wurde, die das Leben oder die Gesundheit von mehr als 1.000 Menschen derart gefährden, dass zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Behörde tätig wurde.

(2) Bei Straftat oder Absicht

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, leisten wir nicht, wenn die schwere Krankheit (Dread Disease) verursacht ist:

- a) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die [versicherte Person](#);

Bei fahrlässigen und grob fahrlässigen Verstößen - auch im Straßenverkehr - leisten wir trotzdem; wir leisten auch bei Vergehen im Straßenverkehr, bei denen bei der versicherten Person eine Blutalkoholkonzentration von unter 1,1 Promille festgestellt wurde.

- b) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
- c) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als [Versicherungsnehmer](#) vorsätzlich die schwere Krankheit (Dread Disease) der versicherten Person herbeigeführt haben.

(3) Sanktionen und Embargos

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union, der Bundesrepublik Deutschland oder der Republik Österreich entgegenstehen.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union, der Bundesrepublik Deutschland oder der Republik Österreich entgegenstehen.

II. Vertragsflexibilität ohne erneute Gesundheitsprüfung

§8 Nachversicherungsgarantie

- (1) Bei Versicherungsverträgen mit laufender Beitragszahlung haben Sie bei Eintritt der nachfolgend genannten Ereignisse betreffend die [versicherte Person](#) während der [Versicherungsdauer](#) das Recht, gegen entsprechende Beitragszahlung eine Erhöhung der vereinbarten Versicherungsleistung ohne erneute [Risikoprüfung](#) zu verlangen (Nachversicherung). Die Erhöhung des Versicherungsschutzes wird mit der ausstehenden Restversicherungsdauer der ursprünglichen Versicherung nach dem für Ihren Vertrag vereinbarten Tarif abgeschlossen. Der Beitrag für den hinzukommenden Versicherungsschutz berechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten tatsächlichen Alter der versicherten Person, der restlichen Beitragszahlungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag (Risikozuschlag). Bereits vor dem Änderungszeitpunkt individuell vereinbarte Leistungseinschränkungen gelten auch für die Nachversicherung. Die Nachversicherung für die Dread Disease Option können Sie beantragen nach
 - Heirat oder Schließung/Eingehung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft,
 - Ehescheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft,
 - Geburt eines Kindes,
 - Adoption eines Kindes,
 - Tod des Lebenspartners,
 - Erreichen der Volljährigkeit,
 - Aufnahme eines Immobilienkredits,
 - Kauf oder Baubeginn einer eigengenutzten Wohn- oder Gewerbeimmobilie,
 - erfolgreichem Schulabschluss und Beginn einer Ausbildung oder Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit,
 - erfolgreicher Beendigung eines Studiums an einer staatlich anerkannten Hoch-/Fachhochschule oder einer Berufsausbildung mit Lehrbrief und Aufnahme der entsprechenden beruflichen Tätigkeit,
 - Gehaltssteigerung bei Nichtselbständigen, wenn aus nichtselbständiger Tätigkeit für mindestens sechs Monate eine Erhöhung des monatlichen Bruttogrundgehalts um mindestens 10 % gegenüber dem Durchschnittsbruttogrundgehalt der letzten 12 Monate erreicht wird,
 - erstmalige Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit (als Hauptberuf),
 - Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung,
 - Ablegen der Meisterprüfung,
 - Ausscheiden als selbständiger Handwerker aus der gesetzlichen Rentenversicherung,
 - nachhaltige Steigerung des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern der letzten drei Jahre vor Optionsausübung im Vergleich zum Gewinn bei Antragstellung um mindestens 30 % für selbständige Versicherte.
- (2) Die Nachversicherungsgarantien sind jeweils an folgende Bedingungen gebunden:
 - Die Erhöhung muss innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt eines der genannten Ereignisse in [geschriebener Form](#) beantragt werden, dabei müssen das Ereignis und dessen Datum genannt werden. Geeignete Unterlagen zum Nachweis fordern wir im Einzelfall an.
 - Je Ereignis ist die Erhöhung der vereinbarten einmaligen Kapitalleistung auf maximal 25.000 Euro beschränkt.
 - Insgesamt darf die vereinbarte einmalige Kapitalleistung aus Nachversicherungen maximal 50.000 Euro und höchstens 100 % der ursprünglich vereinbarten einmaligen Kapitalleistung der Option vor den Erhöhungen aufgrund von Nachversicherungen betragen.
- (3) Das Recht auf Nachversicherung ohne erneute [Risikoprüfung](#) gemäß [Absatz 1](#) und [Absatz 2](#) besteht nicht oder erlischt, wenn
 - die [versicherte Person](#) älter als 50 Jahre ist oder
 - vor Ausübung des Nachversicherungsrechts bereits Leistungen wegen Dread Disease, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person aus diesem Vertrag oder anderen Verträgen bei unserer Gesellschaft beantragt oder ein Anspruch auf Leistungen entstanden ist.

§9 Beitragsreduzierung durch Absenken der einmaligen Kapitalleistung

Die versicherte einmalige Kapitalleistung kann während der [Versicherungsdauer](#) bis auf eine Mindesteinmalleistung von 5.000 Euro p.a. abgesenkt und ohne erneute Gesundheitsprüfung in der ursprünglichen Höhe wiederhergestellt werden. Die Dauer der Absenkung ist bei Antragstellung anzugeben und muss mindestens sechs Monate betragen.

Die Anpassungsmöglichkeit besteht unter folgenden Voraussetzungen:

- einmalig während der [Versicherungsdauer](#) ohne Angabe von Gründen für maximal 12 Monate;
- mehrmals während der [Versicherungsdauer](#) bei Nachweis von Arbeitslosigkeit für jeweils maximal 24 Monate;
- mehrmals während der [Versicherungsdauer](#) bei Nachweis der Pflege von nahen Angehörigen (dazu zählen: Ehepartner, Lebensgefährte, Eltern, Großeltern, eigene Kinder, Adoptivkinder) und gleichzeitigem Nachweis über die Anerkennung eines Pflegegrades für den betreffenden Angehörigen. Die Absenkung wird während der Vertragslaufzeit für maximal 24 Monate gewährt;
- mehrmals während der [Versicherungsdauer](#) bei Nachweis von gesetzlicher Elternzeit für jeweils maximal 36 Monate.

Die Wiederherstellung der ursprünglichen einmaligen Kapitalleistung im Anschluss an eine Absenkung kann abhängig vom Stand des Deckungskapitals zu einer Anpassung der Versicherungsprämie führen. Nach Ablauf der gewählten Dauer der Absenkung wird der Vertrag automatisch in der ursprünglichen Einmalleistungshöhe wiederhergestellt, sofern der [Versicherungsnehmer](#) nicht innerhalb von 3 Monaten widerspricht. Widerspricht der [Versicherungsnehmer](#) der Wiederherstellung der ursprünglichen Höhe der einmaligen Kapitalleistung, bleibt es bei der verringerten einmaligen Kapitalleistung.

Eine Wiederherstellung ist ausgeschlossen, wenn vorher ein Anspruch auf Leistungen aus diesem Vertrag entstanden ist.

III. Vertragspflichten

§10 Vorvertragliche Anzeigepflicht

Besonderheiten für eine nicht schuldhafte Verletzung der Anzeigepflicht

Falls bei Vertragsabschluss gefahrerhebliche Umstände weder vorsätzlich noch grob fahrlässig nicht angezeigt werden, so steht uns nach § 19 Absatz 3 VVG ein Kündigungsrecht und nach § 19 Absatz 4 VVG ein Vertragsänderungsrecht zu. Haben Sie ohne Verschulden oder in Unkenntnis die Anzeigepflicht verletzt, verzichten wir zu Ihren Gunsten auf das uns gesetzlich zustehende Recht (vgl. § 19 Abs. 3 und 4 VVG), ab Beginn der laufenden [Versicherungsperiode](#) den Vertrag anzupassen oder den Vertrag zu kündigen.

§11 Gesundheitszustand und Rauchverhalten

- (1) Im Rahmen der Beitragseinstufung legen wir den Gesundheitszustand der versicherten Person zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Basis der Antragsfragen und ggf. weiterer medizinischer Informationen zugrunde. Dabei wird das gesundheitsbewusste Verhalten der versicherten Person über das Rauchverhalten mit berücksichtigt.
- (2) Raucher im Sinne dieser Bedingungen ist, wer innerhalb der letzten 12 Monate vor Antragstellung (E-)Zigaretten, (E-)Zigarillos, (E-)Zigarren oder (E-)Pfeife geraucht hat.
- (3) Sie sind verpflichtet im Versicherungsantrag alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße Anzeige verantwortlich. Wegen den Rechtsfolgen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht beachten Sie bitte die Regelung in § 14 der Bedingungen der Hauptversicherung.
- (4) Sollten sich die vor Vertragsabschluss gemachten Angaben zum Rauchverhalten der versicherten Person während der Vertragslaufzeit ändern, stellt dies im Falle eines Wechsels vom Nichtraucher zum Raucher eine Gefahrerhöhung dar. Sie sind – neben der versicherten Person – verpflichtet, uns die Gefahrerhöhung unverzüglich, d.h. ohne schuldhaftes Zögern, anzuzeigen. Wir werden während der Vertragslaufzeit das Rauchverhalten der versicherten Person nur im Rahmen der Leistungsprüfung nachprüfen, auf anderweitige Nachprüfungen verzichten wir.
- (5) Ab dem Zeitpunkt des Verlustes des Nichtraucherstatus werden wir Ihrem Vertrag für die [versicherte Person](#) die [Rechnungsgrundlagen](#) zugrunde legen, die für einen Raucher angewendet werden. Hierdurch erhöhen sich bei gleichbleibender einmaliger Kapitalleistung Ihre Beiträge. Sie können verlangen, dass statt einer Erhöhung der Beiträge die einmalige Kapitalleistung entsprechend herabgesetzt wird. Unser Recht zur Beitragsanpassung erlischt, wenn wir es nicht innerhalb eines Monats ab dem Zeitpunkt geltend machen, zu dem wir von der Gefahrerhöhung Kenntnis erlangen.
- (6) Kommen Sie Ihrer Anzeigepflicht nicht nach, vermindert sich bei einer schweren Krankheit der versicherten Person die Leistung. Die auszuzahlende Einmalleistung wird dann unter Zugrundelegung des Rauchtarifs für die [versicherte Person](#) rückwirkend ab Vertragsbeginn neu berechnet. Die Verringerung unserer Leistungspflicht gilt nicht, soweit die Gefahrerhöhung nicht ursächlich für die schwere Krankheit der versicherten Person war.
- (7) Teilen Sie uns mit, dass die versicherte Person schon länger als zwölf Monate nicht mehr raucht und damit vom Raucher zum Nichtraucher geworden ist, können wir dies im Rahmen einer ergänzenden Risikoeinschätzung überprüfen. Erfüllt die versicherte Person die Kriterien für die Einstufung als Nichtraucher, können Sie in Textform verlangen, dass Ihr beitragspflichtiger Vertrag zum nächsten Versicherungsjarestag umgestellt wird. Der Beitrag verändert sich entsprechend. Wird die versicherte Person anschließend wieder Raucher, so ist uns dies als Gefahrerhöhung unverzüglich in Textform anzuzeigen.

IV. Beitragszahlung und Kosten

§12 Beitragsstundung in der Leistungsprüfung

Bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen. Auf Ihren entsprechenden Antrag in [geschriebener Form](#) stunden wir bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht die Zahlung des laufenden Beitrags zinslos. Bei Ablehnung der Leistungspflicht können Sie nach Vereinbarung innerhalb eines Zeitraumes von 24 Monaten die gestundeten Beiträge in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten zinslos nachzahlen. Alternativ können Sie die versicherte Leistung herabsetzen oder Sie können die gestundeten Beiträge in einem Betrag zurückzahlen. Sofern möglich, werden wir Ihnen auf Wunsch weitere Vorschläge machen, wie die Nachzahlung der gestundeten Beiträge erleichtert werden kann.

§13 Beitragsstundung bei kurzfristigen Zahlungsschwierigkeiten

- (1) Für Ihre Versicherung sind laufende Beiträge für jede [Versicherungsperiode](#) zu entrichten (vgl. § 18 der Bedingungen der Hauptversicherung).
- (2) Bei kurzfristigen Zahlungsschwierigkeiten können Sie zur nächsten Beitragsfälligkeit für maximal 24 Monate eine zinslose Stundung der Beiträge zu Ihrer Versicherung unter Aufrechterhaltung des vollen Versicherungsschutzes verlangen.
- (3) Eine Beitragsstundung kann mehrmals in Anspruch genommen werden. Voraussetzung ist jeweils, dass
 - die Beiträge für das erste [Versicherungsjahr](#) vollständig gezahlt wurden,
 - die zu stundenden Beiträge sind höchstens so hoch wie das Deckungskapital zum Beginn des Stundungszeitraums, vermindert um den gleichen Abzug möglicher Stornoeinbehalte,
 - der Vertrag keinen Beitragsrückstand aufweist (z. B. auch bereits zuvor gestundete Beiträge vollständig zurückgezahlt worden sind),
 - der Vertrag nicht gekündigt wurde und
 - die verbleibende Vertragsdauer nach Ablauf der Stundung noch mindestens drei Jahre beträgt.
- (4) Nach Ablauf der Stundung sind die gestundeten Beiträge in bis zu 24 Monatsraten nachzuzahlen. Bei Zahlungsschwierigkeiten, die über einen längeren Zeitraum als 24 Monate andauern, wird Ihr Vertrag zum Ablauftermin der Stundung unter Berücksichtigung der bis zum Stundungsbeginn gezahlten Beiträge beitragsfrei (vgl. [§ 20](#) dieser Bedingungen) gestellt.

V. Eintritt des Versicherungsfalls und Leistungsauszahlungen

§14 Leistungsauszahlung

- (1) Werden Leistungen aus dieser Option verlangt, so ist uns unverzüglich (d.h. ohne schuldhaftes Zögern) ein ausführlicher Bericht der behandelnden Fachärzte über Ursache, Beginn, Art und Verlauf der Erkrankung einzureichen.
- (2) Unsere Leistungen überweisen wir der empfangsberechtigten Person auf ihre Kosten. Bei Überweisungen außerhalb des europäischen Wirtschaftsraumes trägt die empfangsberechtigte Person auch die damit verbundene Gefahr.

§15 Mitwirkungspflichten

Weitere Untersuchungen und Kostenübernahme

- (1) Wir dürfen weitere ärztliche Untersuchungen und notwendige Nachweise, z.B. auch über wirtschaftliche Verhältnisse und deren Veränderung, verlangen. Es geht hier vor allem um zusätzliche Informationen und Untersuchungen. Die [versicherte Person](#) muss Ärzte, Krankenhäuser,

sonstige Krankenanstalten und Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder in Pflege war oder sein wird, erlauben, dass sie uns die Informationen geben, die wir für die Leistungsprüfung brauchen. Das gilt auch für Pflegepersonen, andere Personenversicherer, Behörden, Krankenkassen und Sozialversicherungsträger. Die Kosten dafür zahlen wir.

- (2) Wir können verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in der Republik Österreich durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir die angefallenen Reise- und Unterbringungskosten jedoch maximal:
- Anreisekosten in Höhe der Kosten einer Bahnfahrt 2. Klasse und – falls erforderlich – die Flugkosten für die Economy Class (oder eine vergleichbare Buchungsklasse) und
 - Unterbringungskosten bis zur Höhe für einen Aufenthalt in einem 4-Sterne-Hotel (oder einer vergleichbaren Hotelkategorie).
- (3) Auf Untersuchungen in der Republik Österreich können wir verzichten, wenn diese vor Ort nach den von uns in der Republik Österreich angewendeten Grundsätzen/ Standards erfolgen.

§16 Folgen einer Verletzung der Mitwirkungspflicht

Solange eine Mitwirkungspflicht nach [§ 15](#) dieser Bedingungen von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Option bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in [geschriebener Form](#) auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§17 Erklärung über die Leistungspflicht

- (1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in [geschriebener Form](#) ob, in welchem Umfang und von welchem Zeitpunkt an wir eine Leistungspflicht anerkennen.
- (2) Wir verpflichten uns, Ihnen innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Eingang der von Ihnen jeweils zur Prüfung vorgelegten Unterlagen
- unsere Entscheidung über die Leistungspflicht mitzuteilen oder
 - weitere Unterlagen für die Prüfung von Ihnen anzufordern oder
 - Ihnen mitzuteilen, dass wir weitere Schritte (z.B. neutrales Gutachten) einleiten werden

Während der Leistungsprüfung informieren wir Sie in regelmäßigen Abständen, spätestens alle 4 Wochen, über den Bearbeitungsstand.

- (3) Einen durch Überschreitung der in [Absatz 2](#) genannten Frist nachweislich entstandenen Schaden werden wir ersetzen.

VI. Überschussbeteiligung

§18 Bedeutung von Überschüssen

Wir beteiligen Sie an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Dies regelt der §153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG). Die Leistung aus der Überschussbeteiligung kann auch Null Euro betragen. Bei unseren Dread Disease Optionen werden Sie vor allem in Form eines Sofortüberschusses beteiligt. Dadurch zahlen Sie nicht den Bruttobeitrag, sondern den um den Sofortüberschuss reduzierten Nettobeitrag (Zahlbeitrag).

§19 Beteiligung an Überschüssen

In den nachfolgenden Absätzen erläutern wir Ihnen,

- wie wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens ermitteln und wie wir diesen verwenden ([Absatz 1](#)),
- wie Ihr Vertrag an dem Überschuss beteiligt wird ([Absatz 2](#)),
- wie Bewertungsreserven entstehen und wie wir diese Ihrem Vertrag zuordnen ([Absatz 3](#)),
- warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung Ihres Vertrages nicht garantieren können ([Absatz 4](#)) und
- wie wir Sie über die Überschussbeteiligung informieren ([Absatz 5](#)).

(1) Wie ermitteln wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens und wie verwenden wir diesen?

Den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens (Rohüberschuss) ermitteln wir nach handels- und aufsichtsrechtlichen Vorschriften. Mit der Feststellung des Jahresabschlusses legen wir fest, welcher Teil des Rohüberschusses für die Überschussbeteiligung aller überschussberechtigten Verträge zur Verfügung steht. Dabei beachten wir die aufsichtsrechtlichen Vorgaben, derzeit insbesondere die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung, MindZV). Es gibt drei verschiedene Quellen für den Rohüberschuss. Diese Quellen sind Kapitalerträge, das Risikoergebnis und das übrige Ergebnis (einschließlich Kosten).

Kapitalerträge

Die Beiträge sind so berechnet, dass sie lediglich die Versicherungsleistungen decken. Daher entsteht kein oder nur ein sehr geringer Kapitalertrag. An diesen Nettoerträgen werden Sie nach der MindZV zu derzeit mindestens 90 % beteiligt. Zuerst werden hieraus die garantierten Versicherungsleistungen bezahlt. Der verbleibende Betrag wird für die Überschussbeteiligungen der [Versicherungsnehmer](#) verwendet.

Risikoergebnis

Wir setzen bei der Berechnung unserer Beiträge Annahmen zur Entwicklung von Versicherungsleistungen an. Sind diese niedriger, als angenommen, entstehen Überschüsse. Zuerst werden dazu die garantierten Versicherungsleistungen bezahlt. Bleibt dann noch etwas übrig, bekommen Sie eine Überschussbeteiligung. Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Sie als [Versicherungsnehmer](#) beteiligen wir nach der MindZV angemessen an diesen Überschüssen. Nach derzeitiger Rechtslage beteiligen wir Sie am Risikoergebnis zu mindestens 90 %.

Übriges Ergebnis

In ihren Beiträgen sind Kosten enthalten. Entstehen in einem Geschäftsjahr weniger Kosten als wir über alle Verträge einnehmen, entstehen Überschüsse. Auch geben wir weitere Einnahmen, welche nicht direkt mit ihrem Versicherungsvertrag in Zusammenhang stehen, an Sie weiter (z.B. Erträge aus Dienstleistungen, welche wir für andere Unternehmen erbringen). Sie als [Versicherungsnehmer](#) beteiligen wir nach der MindZV angemessen an diesen Überschüssen. Nach derzeitiger Rechtslage beteiligen wir Sie am übrigen Ergebnis zu mindestens 50 %.

Von der so ermittelten Überschussbeteiligung werden zunächst die direkten Überschussbeteiligungen bezahlt (Direktgutschrift). Der Rest der Überschussbeteiligung kommt in die Rückstellung für Beitragsrückerstattung. Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung gleicht Schwankun-

gen über die Jahre aus. Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dürfen wir grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der [Versicherungsnehmer](#) verwenden. Nur in gesetzlich festgelegten Ausnahmefällen können wir hiervon mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde abweichen. Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrages am Überschuss ergeben sich aus der Zuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht.

Wir haben gleichartige Versicherungen (z. B. Berufsunfähigkeitsversicherungen, Dread Disease Optionen) zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen.

(2) Wie wird Ihr Vertrag an dem Überschuss beteiligt?

Wir verteilen die Überschüsse an die Verträge, die sie auch verursacht haben. Hierzu bilden wir innerhalb der Bestandsgruppen Gewinnverbände. Gewinnverbände bestehen aus verschiedenen Tarifgruppen. Jeder Versicherungsvertrag gehört zu einem Tarif. Dieser steht auf dem [Versicherungsschein](#). Jeder Tarif gehört zu einem Gewinnverband und bekommt Anteile an den Überschüssen dieses Gewinnverbandes. Wir verteilen den Überschuss so auf die Bestandsgruppen und Gewinnverbände wie sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Hat eine Bestandsgruppe oder ein Gewinnverband keine Überschüsse erzielt, dann gibt es auch keinen Anspruch auf eine Überschussbeteiligung.

Bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung bekommen Sie jährlich zu Beginn des Vertragsjahres Überschüsse. Diese werden mit den Bruttobeiträgen verrechnet und reduzieren den Zahlbeitrag. Beitragsfrei gestellte oder durch Ablauf der Beitragszahlung beitragsfrei gewordene Versicherungen sind nicht überschussberechtig.

Der Vorstand legt jedes Jahr auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars fest, wie der Überschuss auf die Gewinnverbände verteilt wird und setzt die entsprechenden Überschussanteilsätze fest (Überschussdeklaration). Dabei achtet er darauf, dass die Verteilung verursachungsorientiert erfolgt.

Ihr Vertrag erhält auf der Grundlage der Überschussdeklaration Anteile an dem auf Ihren Gewinnverband entfallenden Teil des Überschusses. Die Mittel hierfür werden bei der Direktgutschrift zulasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen.

(3) Wie entstehen Bewertungsreserven und wie ordnen wir diese Ihrem Vertrag zu?

Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über ihrem jeweiligen handelsrechtlichen Buchwert liegt.

Da in der Dread Disease Option keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung stehen, um Kapital zu bilden, entstehen auch keine oder nur geringfügige Bewertungsreserven. Dennoch entstehende Bewertungsreserven, die nach den maßgebenden rechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ordnen wir den Verträgen anteilig rechnerisch zu. Dabei wenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren an.

Versicherungen mit Ansammlungsguthaben erhalten ebenfalls eine Beteiligung an den Bewertungsreserven. Die Zuteilung vorhandener Bewertungsreserven erfolgt verursachungsorientiert. Bei Versicherungen mit Ansammlungsguthaben werden die für den jeweiligen Vertrag angesammelten Ansammlungsguthaben ins Verhältnis zur Summe der Kapitalien aller berechtigten Verträge gesetzt.

Weitere Informationen zum Zuteilungsverfahren und zum Stichtag der Berechnung veröffentlichen wir jährlich in unserem Geschäftsbericht. Diesen finden Sie auf unserer Internetseite unter www.dialog-leben.at.

Die Höhe der Bewertungsreserven ermitteln wir jährlich neu sowie zusätzlich auch für den Zeitpunkt der Beendigung eines Vertrages.

Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

(4) Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab, die nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar sind. Einflussfaktoren sind insbesondere die Entwicklung des versicherten Risikos, des Kapitalmarkts und der Kosten.

Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch Null Euro betragen.

(5) Wie informieren wir über die Überschussbeteiligung?

Die festgelegten Überschussanteilsätze veröffentlichen wir jährlich in unserem Geschäftsbericht. Diesen finden Sie auf unserer Internetseite unter www.dialog-leben.at.

VII. Sonstige Vertragsbestimmungen

§20 Verhältnis zur Hauptversicherung

(1) Die Option bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit. Sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Spätestens wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet, erlischt auch die Option.

(2) Eine Option, für die laufende Beiträge zu zahlen sind, können Sie für sich allein mit der Kündigungsfrist der Hauptversicherung kündigen. In den letzten fünf [Versicherungsjahren](#) vor Ablauf der Hauptversicherung kann die Option jedoch nur zusammen mit der Hauptversicherung gekündigt werden. Entsprechend § 169 VVG werden wir – falls vorhanden – diesen Teil des Rückkaufswertes erstatten. Der Rückkaufswert ist die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den [Rechnungsgrundlagen](#) der Prämienkalkulation zum Schluss der laufenden [Versicherungsperiode](#) berechnete [Deckungsrückstellung](#) der Versicherung. Mindestens verwenden wir jedoch den Betrag der [Deckungsrückstellung](#), der sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (vgl. § 21 Absatz 2 der Bedingungen der Hauptversicherung) angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Von dem so ermittelten Wert erfolgen ein Stornoabzug sowie ein Abzug evtl. vorhandener Beitragsrückstände. Der Stornoabzug beträgt max. 30 % der [Deckungsrückstellung](#). Die genaue Höhe des Stornoabzugs können Sie Ihrem persönlichen Angebot entnehmen. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital sowie für in der bisherigen Vertragslaufzeit zu viel gewährte Überschüsse vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihres Verlangens der Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

(3) Die Option können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln. In diesem Fall setzen wir die Versicherungssumme ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Summe herab, die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden [Versicherungsperiode](#) errechnet wird. Die aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Summe zur Verfügung stehende [Deckungsrückstellung](#) mindert sich um den Stornoabzug und evtl. ausstehende Forderungen (z. B. Beitragsrückstände). Der Stornoabzug beträgt max. 15 % der [Deckungsrückstellung](#). Die genaue Höhe des Stornoabzugs können Sie Ihrem persönlichen Angebot entnehmen. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital sowie für in der bisherigen Vertragslaufzeit zu viel gewährte Überschüsse vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihres Verlangens der Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

Das Verhältnis der Versicherungssumme der Hauptversicherung zur Option wird im Fall der Beitragsfreistellung beibehalten. Dabei muss eine beitragsfreie Einmalleistung von 1.000 Euro erreicht werden. Wird diese beitragsfrei gestellte Einmalleistung nicht erreicht, zahlen wir den Rückkaufswert an Sie aus.

- (4) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung gelten die Absätze 2 bis 3 entsprechend.
- (5) Ansprüche aus der Option, die auf bereits vor Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung eingetretener schwerer Krankheit beruhen, werden durch Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung nicht berührt.
- (6) Ansprüche aus der Dread Disease Option können Sie nicht abtreten oder verpfänden.
- (7) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

VIII. Begriffserklärungen

Um Ihnen das Lesen der Versicherungsbedingungen zu erleichtern, möchten wir Ihnen einige Begrifflichkeiten kurz erläutern:

- **Deckungsrückstellung:** Eine Deckungsrückstellung bilden wir, um zu jedem Zeitpunkt die Versicherungsleistungen gewährleisten zu können.
- **Rechnungsgrundlagen:** Die Rechnungsgrundlagen sind die Grundlagen für die Kalkulation Ihres Vertrages. Diese sind in der Regel die Annahmen zur Entwicklung der versicherten Risiken, der Zinsen und der Kosten.
- **Geschriebene Form:** Ist für eine Erklärung die geschriebene Form vorgesehen, muss diese Erklärung zum Beispiel per Brief, Fax oder E-Mail abgegeben werden.
- **Risikoprüfung:** Risikoprüfung ist die individuelle Einschätzung für Angaben zur Gesundheit, zum Beruf, zu Hobbies zu Reisen und zur finanziellen Angemessenheit.
- **Versicherte Person:** Die versicherte Person ist die Person, auf deren Leben die Versicherung genommen wird. Dies müssen nicht notwendigerweise Sie als [Versicherungsnehmer](#) sein.
- **Versicherungsdauer:** Die Versicherungsdauer ist der Zeitraum, innerhalb dessen der [Versicherungsfall](#) eintreten muss, damit ein Anspruch auf Leistungen entstehen kann.
- **Versicherungsfall:** Ein Versicherungsfall ist das Ereignis, das die Leistungspflicht des Versicherers entstehen lässt, wenn es während der [Versicherungsdauer](#) eintritt. Dies ist z.B. eine schwere Krankheit der versicherten Person.
- **Versicherungsjahr:** Ein Versicherungsjahr umfasst – unabhängig von der [Versicherungsperiode](#) – den Zeitraum eines Jahres. Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im [Versicherungsschein](#) dokumentierten Beginn der Versicherung. Die folgenden Versicherungsjahre beginnen jeweils zum Jahrestag des Versicherungsbeginns.
- **Versicherungsnehmer:** Der Versicherungsnehmer ist unser Vertragspartner. Die Rechte und Pflichten aus diesem Vertrag betreffen vorrangig den Versicherungsnehmer.
- **Versicherungsperiode:** Die Versicherungsperiode ist der Zeitabschnitt, für den die Zahlung des Beitrags vereinbart ist. Die Versicherungsperiode umfasst bei jährlicher Beitragszahlung ein [Versicherungsjahr](#), bei unterjährlicher Beitragszahlung entsprechend der vereinbarten Zahlungsweise ein halbes Jahr, ein Vierteljahr oder einen Monat.
- **Versicherungsschein (Police/Polizze):** Der Versicherungsschein dokumentiert den zustande gekommenen Versicherungsvertrag und die zu Vertragsbeginn vereinbarten Versicherungsleistungen.
- **Vorläufiger Versicherungsschutz:** Ein vorläufiger Versicherungsschutz bedeutet, dass dem [Versicherungsnehmer](#) ab dem Zeitpunkt, zu dem Ihr Antrag bei uns eingeht, Versicherungsschutz gewährt wird.

Hinweise zum Schutz Ihrer Daten

(Stand: 01.02.2024)

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Dialog Lebensversicherungs-AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Bitte geben Sie die Informationen auch den aktuellen und künftigen vertretungsberechtigten Personen und wirtschaftlich Berechtigten sowie etwaigen mitversicherten Personen und sonstigen Beteiligten weiter.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Dialog Lebensversicherungs-AG
Stadtberger Str. 99
D - 86157 Augsburg
Telefon: +49 (0)821 319-0
E-Mail-Adresse: service-leben@dialog-versicherung.de und info@dialog-leben.at

Unsere **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz Datenschutzbeauftragter oder per E-Mail unter: Datenschutzbeauftragter@dialog-versicherung.de und Datenschutzbeauftragter@dialog-leben.at

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des deutschen Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. (Für Kunden mit Wohnsitz in Österreich gilt das österreichische Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) und das österreichische Datenschutzgesetz (DSG).) Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ (Code of Conduct Datenschutz) verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft ergänzen. Diese können Sie im Internet unter www.dialog-versicherung.de und www.dialog-leben.at abrufen.

Fordern Sie Informationen z. B. zu unserem Unternehmen oder zu Produkten oder Leistungen unseres Unternehmens an, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für die Bearbeitung Ihres Anliegens.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Leistungsfall benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Leistungsanspruch ist.

Die Bearbeitung Ihres Anliegens bzw. der Abschluss und die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichts- und geldwäscherechtlicher Vorgaben. Die Daten nutzen wir weiterhin für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung und -ergänzung durch Ihren Vermittler, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2.a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, geschieht dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG. (Für Kunden mit Wohnsitz in Österreich gilt Art. 9 Abs. 2j) DSGVO i. V. m. § 7 DSG). Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Dies gilt auch für den Widerruf von Einwilligungserklärungen, die gegebenenfalls vor der Geltung der DSGVO, also vor dem 25.05.2018, uns gegenüber erteilt worden sind. Der Widerruf hat keine Rückwirkung. Er berührt nicht die Rechtswirksamkeit der bis zum Eingang des Widerrufs auf der Grundlage der vormaligen Einwilligung erfolgten Datenverarbeitung.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs, einschließlich des Trainings und der Weiterentwicklung technischer Systeme,
- zur Optimierung unserer internen Abläufe,
- zur Anonymisierung von Daten, z. B., um daraus Statistiken zu erstellen,
- zur passgenauen Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Generali-Gruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmisbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichts- und geldwäscherechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1c) DSGVO.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Leistungsdaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Nähere Informationen können Sie von unserem Rückversicherer erhalten: Generali Deutschland AG, Adenauerring 7, D - 81737 München

Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrags benötigten Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit der Vermittler diese Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigt.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. Soweit wir auf Basis der Würdigung der Umstände annehmen dürfen, dass Sie Post, E-Mails oder Zahlungen nicht an das für Ihr Anliegen zuständige Konzernunternehmen adressiert haben, bemühen wir uns, in bestimmten Fällen fehladressierte Post- und E-Maileingänge sowie Zahlungen innerhalb des Konzerns an das zuständige Unternehmen weiterzuleiten.

Zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen (z. B. aus dem Geldwäschegesetz oder Handelsrecht) oder auf Basis berechtigter Interessen können wir auch Daten an die Generali Deutschland AG als Obergesellschaft der deutschen Unternehmensgruppe, an die Assicurazioni Generali S.p.A. als Konzernmutter der internationalen Generali-Gruppe, sowie an andere Gesellschaften der deutschen oder internationalen Generali-Gruppe übertragen.

In unserer Dienstleisterliste bei den Vertragsbedingungen und Kundeninformationen, die wir Ihnen vor Antragstellung in Textform mitgeteilt haben, sowie in der jeweils aktuellen Version im Internet unter www.dialog-versicherung.de und www.dialog-leben.at finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht in den Vertragsbedingungen und Kundeninformationen, die Sie vor Antragstellung erhalten haben, sowie der jeweils aktuellen Version auf unseren Internetseiten www.dialog-versicherung.de und www.dialog-leben.at entnehmen.

Soweit mehrere Unternehmen Ihre personenbezogenen Daten in gemeinsamer Verantwortlichkeit (Art. 26 DSGVO) verarbeiten, haben sich die jeweiligen Unternehmen untereinander vertraglich dazu verpflichtet, ihre datenschutzrechtlichen Pflichten (einschließlich Informationspflichten und Betroffenenrechte) in der Regel in eigener Verantwortung zu erfüllen.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahre.

Betroffenenrechte

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie eine Berichtigung verlangen, wenn wir unrichtige Daten zu Ihrer Person gespeichert haben. Ebenso haben Sie das Recht, unter Berücksichtigung der Zwecke der Verarbeitung die Vervollständigung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen, wenn wir unvollständige Daten gespeichert haben. Zudem können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung mit Wirkung für die Zukunft widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung können sie jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widersprechen.

Der Widerspruch kann formfrei erfolgen und ist an den oben genannten Verantwortlichen für die Datenverarbeitung zu richten.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns sowie für unsere Kunden mit Wohnsitz innerhalb der Bundesrepublik Deutschland zuständige Aufsichtsbehörde ist:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA)
Postfach 1349
D - 91504 Ansbach

Dies ist gleichzeitig die federführende Aufsichtsbehörde bei grenzüberschreitenden Verarbeitungen von Daten der Kunden, deren Wohnsitz sich in Österreich befindet.

Bonitätsauskünfte

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei

- informa Solutions GmbH, Rheinstraße 99, D - 76532 Baden-Baden
- Creditreform Augsburg Frühschulz & Wipperling KG, Beethovenstr. 4, D - 86150 Augsburg
- KSV1870 Information GmbH, Wagenseilgasse 7, A – 1120 Wien

Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab.

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalls überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Detaillierte Informationen dazu können Sie unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Änderung der Datenschutzhinweise

Wir behalten uns vor, diese Datenschutzbestimmungen zu ändern. Eine aktuelle Version finden Sie jederzeit auf unseren Websites unter www.dialog-versicherung.de/datenschutz und www.dialog-leben.at.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Übersicht der Dienstleister der Dialog Lebensversicherungs-AG

Gemäß Art. 21 und 22 der Verhaltensregeln zum Umgang mit personenbezogenen Daten

Die Liste der Dienstleister gibt Ihnen einen Einblick, mit welchen Dienstleistern wir zusammenarbeiten. Ihre personenbezogenen Daten werden selbstverständlich nur im Einzelfall und bei Bedarf unter Beachtung der gesetzlichen Anforderungen an einzelne Dienstleister übermittelt. Dienstleister, die nur einmalig für uns tätig werden oder bei denen die Datenverarbeitung nicht Hauptgegenstand des Vertrages ist, werden in Kategorien genannt. Dienstleister, die für uns im Einzelfall Ihre Gesundheitsdaten und weitere gesetzlich geschützte Daten verarbeiten, sind in einer separaten Übersicht benannt.

Dienstleister, die im Wege der **Auftragsverarbeitung** für uns tätig sind:

Dienstleister	Gegenstand/Zweck der Beauftragung
Generali Operations Service Platform S.r.l. (Zweigniederlassung Deutschland)	Bereitstellung Hardware, Kommunikationsmittel, Infrastruktur
Medicals Direct Deutschland GmbH	Aufnahme von Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung
Generali Deutschland Services GmbH	Abwicklung Zahlungsverkehr, Druck und Versand, Logistik einschließlich Scannen der Eingangspost
Generali Deutschland AG	IT-Dienstleistungen wie z.B. Bereitstellung Software, Erstellung IT-Sicherheitskonzept, Konzernrevision, Konzerndatenschutz, Recht, Geldwäscheprüfung, Compliance
GDV Dienstleistungs-GmbH	Datentransfer mit Vermittlern und Dienstleistern zur Erfüllung gesetzlicher Meldepflichten sowie unterstützende Tätigkeit im Rahmen des Unfallmeldedienstes
easy Login GmbH	Authentifizierungsverfahren und elektronischer Datenaustausch mit Vertriebspartnern
SoftProject GmbH	Elektronischer Datenaustausch mit Vertriebspartnern
Medallia Inc.	Marktforschungsinstitut zur Erhebung von Zufriedenheitswerten
Letter-Shops, Post- und Paketdienste, Druckereien	Serienbrief Erstellung, Druck und Versand
Adressermittler	Berichtigung Adressbestände
Akten- und Datenvernichter	Entsorgung von Akten und Datenträgern

Dienstleister, die für uns Datenverarbeitung ohne Auftragsverarbeitung erbringen:

Dienstleister	Gegenstand/Zweck der Funktionsübertragung
Generali Deutschland AG	Antrags-, Vertrags- und Leistungsbearbeitung
Ärzte, Psychologen, Psychiater, Rückversicherer, allgemeine Gutachter/ Sachverständige	(Sachverständigen-)Gutachten bei Antragstellung u. im Leistungsfall, medizinische Untersuchungen, Erstellung von mathematischen Gutachten
Rechtsanwälte	Anwaltliche Leistungen
Wirtschaftsprüfer	Buchprüfung
IT-Berater	IT-Dienstleistungen
Cosmos Versicherung AG	Leistungsbearbeitung im Leistungsfall
Wirtschaftsauskunfteien	Einholung von Auskünften bei Antragstellung und der Leistungsbearbeitung
Detekteien	Anlassbezogene Betrugsbekämpfung in begründeten Fällen
Reha-Dienste, Dienstleister für Hilfs- und Pflegeleistungen, Krankenhäuser, Mobilitätsdienstleister	Assistance-Leistungen

Bitte beachten: Zum Verbleib beim Kunden

Steuerregelungen für Lebensversicherungen nach österreichischem Recht Stand 12.2023

Im Wesentlichen sind folgende steuerliche Regelungen auf Lebensversicherungen anzuwenden. Aufgrund der komplexen Rechtslage ist eine abschließende Darstellung an dieser Stelle nicht möglich, da die abgabenrechtliche Behandlung im Einzelfall von den persönlichen Verhältnissen abhängt und künftigen Änderungen unterworfen sein kann.

Detaillierte Informationen zu Ihrer persönlichen Steuersituation erhalten Sie bei Ihrem Steuerberater.

1. Versicherungssteuergesetz (VersStG)

Beitragsbesteuerung (Versicherungssteuer, §§ 1, 6 Abs. 1 Z 1 und Abs. 1a VersStG)

Gemäß § 1 VersStG unterliegen Zahlungen des Versicherungsentgeltes (nachfolgend auch als „**Versicherungsbeitrag**“ bezeichnet) aufgrund eines durch Versicherungsvertrag oder auf sonstige Weise entstandenen Versicherungsverhältnisses der Versicherungssteuer, wenn

- (1) der Versicherungsnehmer eine natürliche Person ist und diese bei Zahlung des jeweiligen Versicherungsbeitrags ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder Wohnsitz in Österreich hat, **oder**
- (2) der Versicherungsnehmer keine natürliche Person ist, jedoch das Unternehmen, die Betriebsstätte oder die entsprechende Einrichtung, auf die sich das Versicherungsverhältnis bezieht, bei der jeweiligen Beitragszahlung in Österreich gelegen ist.

Der Steuersatz beträgt 4 % des Versicherungsbeitrags. Ausnahmen davon werden im folgenden Abschnitt beschrieben.

Der **Steuersatz** beträgt – wenn keine laufende, im Wesentlichen gleichbleibende Prämie vereinbart ist - **11 % des Versicherungsbeitrags** für Kapitalversicherungen einschließlich fondsgebundener Lebensversicherungen auf den Er- oder den Er- und Ablebensfall

- (1) **mit einer Laufzeit von weniger als 10 Jahren** ab Vertragsabschluss, **wenn** der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen am Zeitpunkt des Vertragsabschlusses jeweils das **50. Lebensjahr vollendet** haben. Ist der Versicherungsnehmer keine natürliche Person, gilt das Erfordernis der Vollendung des 50. Lebensjahres nur für versicherte Personen, oder
- (2) **mit einer Laufzeit von weniger als 15 Jahren** ab Vertragsabschluss in allen anderen Fällen.

Nachversteuerung:

Die Verwirklichung bestimmter Sachverhalte kann zu einer Nachversteuerung in Höhe von 7 % der einbezahlten Versicherungsbeiträge führen. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn das Versicherungsverhältnis nachträglich so verändert wird, dass der Steuersatz von 11 % des Versicherungsbeitrags anzuwenden wäre (näheres dazu finden Sie unter „Steuersatz“).

Bei einer Kapital- oder Rentenversicherung ohne laufende, im Wesentlichen gleichbleibende Beitragszahlungen kommt es unter anderem dann zur Nachversteuerung, wenn innerhalb der ersten 15 Jahre ab Vertragsabschluss ein Rückkauf erfolgt. Haben der Versicherungsnehmer und die versicherte Person zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses jeweils das 50. Lebensjahr vollendet gehabt, kommt es zur Nachversteuerung, wenn der Rückkauf innerhalb der ersten 10 Jahre ab Vertragsabschluss erfolgt. Ist der Versicherungsnehmer keine natürliche Person, gilt das Erfordernis der Vollendung des 50. Lebensjahres nur für die versicherten Personen.

Im Übrigen gilt jede Erhöhung der Versicherungssumme bei einem Versicherungsvertrag, der dem Steuersatz von 4 % unterliegt, auf insgesamt mehr als das Zweifache der ursprünglichen Versicherungssumme gegen eine nicht laufende, im Wesentlichen gleichbleibende Beitragszahlung für die Frage der Versicherungssteuerpflicht als selbständiger Abschluss eines neuen Versicherungsvertrages.

Die Besteuerung des Erhöhungsbetrages ist je nach Laufzeit dieses „neuen“ Vertrages vorzunehmen. Wird das Zweifache der Versicherungssumme erst nach mehrmaligen Aufstockungen überschritten, so unterliegt der gezahlte Versicherungsbeitrag für die vorangegangenen Aufstockungen nachträglich einer weiteren Versicherungssteuer von 7 %.

2. Erbschafts- und Schenkungssteuergesetz (ErbStG)

Seit dem 01.08.2008 wird in Österreich keine Erbschafts- bzw. Schenkungssteuer mehr eingehoben. Das Erbschafts- und Schenkungssteuergesetz steht jedoch weiterhin in Kraft. Hieraus resultieren gegenwärtig bestimmte Meldepflichten.

Meldepflichten:

Schenkungen unter Lebenden sind unter bestimmten Voraussetzungen dem österreichischen Finanzamt gemäß § 121a Bundesabgabenordnung (BAO) anzuzeigen. Welche Tatbestände als „Schenkung“ zählen, ergibt sich aus dem § 3 ErbStG.

Werden Ansprüche aus einer Lebensversicherung geschenkt, ist dies dem österreichischen Finanzamt anzuzeigen, wenn der gemeine Wert dieser Ansprüche EUR 15.000,00 übersteigt und entweder der Geschenknnehmer oder der Geschenkgeber am Zeitpunkt des Erwerbes einen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Österreich hatte. Wenn der gemeine Wert dieser Ansprüche EUR 15.000,00 nicht übersteigt, besteht dennoch eine Anzeigepflicht, wenn der Geschenknnehmer von derselben Person innerhalb der letzten fünf Jahren Schenkungen im gemeinen Wert von insgesamt mehr als EUR 15.000,00 erhalten hat.

Werden Ansprüche aus einer Lebensversicherung zwischen Angehörigen geschenkt, ist dies dem österreichischen Finanzamt anzuzeigen, wenn der gemeine Wert dieser Ansprüche EUR 50.000,00 übersteigt und entweder der Geschenknnehmer oder der Geschenkgeber am Zeitpunkt des Erwerbes einen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Österreich hatte. Wenn der gemeine Wert dieser Ansprüche EUR 50.000,00 nicht übersteigt, besteht dennoch eine Anzeigepflicht, wenn der Geschenknnehmer von demselben Angehörigen innerhalb der letzten fünf Jahren Schenkungen im gemeinen Wert von insgesamt mehr als EUR 50.000,00 erhalten hat. Als Angehörige gelten: **1)** Ehegatte, **2)** die Verwandten in gerader Linie und die Verwandten zweiten, dritten und vierten Grades in der Seitenlinie, **3)** die Verschwägerten in gerader Linie und die Verschwägerten

zweiten Grades in der Seitenlinie, **4)** die Wahl-(Pflege-)Eltern und die Wahl-(Pflege-)Kinder, **5)** Personen, die miteinander in Lebensgemeinschaft leben, sowie Kinder und Enkel einer dieser Personen im Verhältnis zur anderen Person und **6)** der eingetragene Partner. Die Anzeigepflicht trifft sowohl den Erwerber als auch den Geschenkgeber und ist **binnen dreier Monate** ab Erwerb zu erstatten. Erfolgen Auszahlungen aus einem Versicherungsvertrag an eine andere Person als den Versicherungsnehmer, so sind Versicherungsunternehmen gemäß § 26 ErbStG verpflichtet, dem Finanzamt den wesentlichen Inhalt des Versicherungsvertrages und die Person des Empfangsberechtigten mitzuteilen.

3. Einkommensteuergesetz (EStG)

Besteuerung von Kapitalleistungen (Einkünfte aus Kapitalvermögen, § 27 EStG):

Unterschiedsbeträge zwischen den eingezahlten Versicherungsbeiträgen und der Versicherungsleistung, die

- (1) im Falle des Erlebens oder des Rückkaufs (oder auch einer Teilauszahlung von über 25 %) einer auf den Er- oder Er- und Ablebensfall abgeschlossenen Kapitalversicherung einschließlich einer fondsgebundenen Lebensversicherung, **oder**
- (2) im Falle der Kapitalabfindung oder des Rückkaufs einer Rentenversicherung, bei der der Beginn der Rentenzahlungen vor Ablauf von 10 bzw. 15 Jahren ab Vertragsabschluss vereinbart ist,

ausgezahlt werden, gelten gemäß § 27 Abs. 5 Z 3 EStG im privaten Bereich unbeschränkt steuerpflichtiger natürlicher Personen als Einkünfte aus Kapitalvermögen, wenn im Versicherungsvertrag keine laufenden, im Wesentlichen gleichbleibenden Beitragszahlungen vereinbart sind und die Höchstlaufzeit des Versicherungsvertrages

- (1) weniger als 10 Jahre ab Vertragsabschluss beträgt, wenn der Versicherungsnehmer und die versicherte Person am Zeitpunkt des Vertragsabschlusses jeweils das 50. Lebensjahr vollendet haben (ist der Versicherungsnehmer keine natürliche Person, gilt das Erfordernis der Vollendung des 50. Lebensjahres nur für die versicherte Person);
- (2) in allen anderen Fällen weniger als 15 Jahre ab Vertragsabschluss beträgt.

Trifft dies zu, sind die Unterschiedsbeträge im Sinne des § 27 Abs. 5 Z 3 EStG zu veranlagern und unterliegen dem allgemeinen progressiven Steuersatz.

Im Übrigen gilt jede Erhöhung einer Versicherungssumme im Rahmen eines bestehenden Versicherungsvertrages auf insgesamt mehr als das Zweifache der ursprünglichen Versicherungssumme gegen eine nicht laufende, im Wesentlichen gleichbleibende Beitragszahlung als selbständiger Abschluss eines neuen Versicherungsvertrages. Mindestbindefristen beginnen gegebenenfalls neu zu laufen.

Einkünfte iSd § 27 Abs. 5 Z 3 EStG, die im Ausland ansässigen natürlichen oder juristischen Personen zufließen, sind nach Maßgabe von § 98 EStG in Österreich nicht (beschränkt) steuerpflichtig. Die Besteuerung derartiger Einkünfte im Ansässigkeitsstaat des Versicherungsnehmers ist gesondert zu untersuchen.

Rentenbesteuerung (Sonstige Einkünfte, § 29 EStG):

Grundsätzlich unterliegen Versicherungsrenten – mit bestimmten Ausnahmen (z.B. sog. Mehrbedarfsrenten; VfGH 07.12.2006, B-242/06 und VwGH 18.10.201, 2009/15/0148) – im privaten Bereich unbeschränkt steuerpflichtiger natürlicher Personen als wiederkehrende Bezüge nach § 29 Z 1 EStG dem allgemeinen progressiven Steuersatz von (bis 2020) bis zu 55 % (Veranlagung); dies jedoch prinzipiell erst dann, wenn die Summe der dem Versicherungsnehmer insgesamt zugeflossenen Leistungen (Renten) den Wert der Gegenleistung (Endwert der Ansparphase) übersteigt.

Einkünfte iSd § 29 Abs. 1 EStG, die im Ausland ansässigen Personen zufließen, sind nach Maßgabe von § 98 EStG in Österreich nicht (beschränkt) steuerpflichtig. Die Besteuerung derartiger Einkünfte im Ansässigkeitsstaat des Versicherungsnehmers ist gesondert zu untersuchen.

Wird durch eine Rentenleistung ein Verdienstentgang ersetzt, kann die Rente eine steuerliche Einnahme in Sinne des § 32 Abs. 1 Z 1 EStG (Entschädigung) darstellen. In diesem Fall führen die empfangenen Rentenzahlungen sofort zu steuerpflichtigen Einkünften (Veranlagung zum progressiven Tarif), die jener Einkunftsart zu erfassen sind, welche die Rente ersetzt (z.B. Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit).

Absetzbarkeit der Versicherungsbeiträge (Sonderausgaben, § 18 EStG):

Für nach dem 31. Dezember 2015 abgeschlossene freiwillige Kranken-, Unfall-, Pensions- und Lebensversicherungen (Kapital- und Rentenversicherungen) ist ein Sonderausgabenabzug gemäß § 18 Abs. 1 EStG idF StRefG 2015/2016 nicht mehr möglich.

Für vor dem 1. Januar 2016 abgeschlossene freiwillige Kranken-, Unfall-, Pensions- und Lebensversicherungen (Kapital- und Rentenversicherungen) kann nur mehr zeitlich befristet bis Ende 2020 bei Vorliegen der in § 18 EStG angeführten Voraussetzungen und auch nur bis zu den dort genannten Höchstbeträgen ein Sonderausgabenabzug für Versicherungsbeiträge geltend gemacht werden. Versicherungsbeiträge sind insbesondere nur dann als Sonderausgaben abzugsfähig, wenn das Versicherungsunternehmen Sitz oder Geschäftsleitung im Inland hat oder ihm die Erlaubnis zum Geschäftsbetrieb im Inland erteilt wurde.

Beiträge zu Versicherungsverträgen auf den Erlebensfall (Kapitalversicherungen) sind nur abzugsfähig, wenn der Versicherungsvertrag vor dem 1. Juni 1996 abgeschlossen worden ist, für den Fall des Ablebens des Versicherten mindestens die für den Erlebensfall vereinbarte Versicherungssumme zur Auszahlung kommt und überdies zwischen dem Zeitpunkt des Vertragsabschlusses und dem Zeitpunkt des Anfallens der Versicherungssumme im Erlebensfall ein Zeitraum von mindestens 20 (zwanzig) Jahren liegt. Hat der Versicherte im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses das 41. Lebensjahr vollendet, dann verkürzt sich dieser Zeitraum bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres, er darf jedoch nicht weniger als zehn Jahre betragen.

Als Sonderausgaben abgesetzte Beiträge sind bei Eintritt bestimmter Umstände nach Maßgabe von § 18 Abs. 4 EStG nachzuversteuern (z. B. wenn Ansprüche aus einer Pensionsversicherung ganz oder zum Teil abgetreten, rückgekauft oder vor oder nach Beginn der Pensionszahlung ganz oder zum Teil durch Kapitalzahlung abgegolten werden). Die Nachversteuerung erfolgt gemäß § 18 Abs. 5 EStG mit einem Steuersatz von 30 %.

Umstände, die zu einer Nachversteuerung führen, müssen dem Wohnsitzfinanzamt ohne amtliche Aufforderung innerhalb eines Monats mitgeteilt werden.