

Allgemeine Versicherungsbedingungen für betriebliche Kollektivversicherungen im Sinne der §§ 18f ff VAG und 6a ff BPG - 2005

VBBKV2005

Gültig ab 01.10.2005

Inhaltsübersicht

- § 1 Sprachliche Gleichbehandlung, Begriffsbestimmungen, Zitierte Gesetze
- § 2 Was ist eine betriebliche Kollektivversicherung?
- § 3 Unter welchen Voraussetzungen werden Versicherungsleistungen aus der betrieblichen Kollektivversicherung erbracht?
- § 4 Was ist eine betriebliche Kollektivversicherung ohne erhöhtem Risikoschutz und mit erhöhtem Risikoschutz?
- § 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz aus der betrieblichen Kollektivversicherung mit erhöhtem Risikoschutz im Ablebensfall eingeschränkt?
- § 6 Was ist bei Antragstellung und späterer Einbeziehung von Versicherten in die betriebliche Kollektivversicherung zu beachten?
- § 7 Wann beginnt der Versicherungsschutz?
- § 8 Wie berechnen sich Prämie und Versicherungsleistung?
- § 9 Welche Prämien leistet der Versicherungsnehmer?
- § 10 Welche Prämien kann der Versicherte leisten und wie erfolgt die Abwicklung?
- § 11 Wann kann die laufende Prämienleistung eingestellt, ausgesetzt oder eingeschränkt werden?
- § 12 Was ist bei der Prämienzahlung wichtig?
- § 13 Was gilt bei Prämienzahlungsverzug?
- § 14 Wie kann der Versicherungsvertrag gekündigt werden?
- § 15 Was ist der Unverfallbarkeitsbetrag?
- § 16 Was gilt für Erklärungen, die den Versicherungsvertrag betreffen?
- § 17 Welche Mitteilungspflichten sind während der Vertragsdauer zu beachten?
- § 18 Wie erfolgen die Informationen des Versicherers an die Versicherten?
- § 19 Was ist bei Fälligkeit einer Versicherungsleistung zu beachten?
- § 20 Wo und wie werden fällige Versicherungsleistungen erbracht?
- § 21 Ist eine Verpfändung oder Abtretung zulässig?
- § 22 Welche Abgaben und Gebühren werden einbehalten bzw. berechnet?
- § 23 Wie lange können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend gemacht werden?
- § 24 Was gilt für die Veranlagung der Prämien?
- § 25 Wie weit haftet der Versicherer?
- § 26 Welche vertraglichen und gesetzlichen Bestimmungen finden Anwendung?

Sprachliche Gleichbehandlung

Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

Begriffsbestimmungen

Versicherer ist die OBERÖSTERREICHISCHE Versicherung AG.

Versicherungsnehmer ist der Arbeitgeber, der einen Versicherungsvertrag (Gruppenrentenversicherung) mit dem Versicherer abschließt.

Versicherter ist der Arbeitnehmer, dessen Leben versichert ist.

Bezugsberechtigte sind die Bezieher von Rentenleistungen aus der betrieblichen Kollektivversicherung (Alterspension, Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension, Witwen- oder Witwerpension und Waisenpension).

Aufschubdauer ist der Zeitraum vom Versicherungsbeginn bis zum vereinbarten Beginn der Rentenzahlung.

Deckungsrückstellung (tarifliche) ist die individuelle versicherungstechnische Rückstellung, die aufgrund der Bestimmungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes vom Versicherer für jeden Versicherten gebildet werden muss, um die dauerhafte Erfüllung der übernommenen vertraglichen Verpflichtungen sicherzustellen und zu gewährleisten. Die Berechnung erfolgt nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik auf Basis des der Finanzmarktaufsichtsbehörde vorgelegten Geschäftsplanes als Differenz des Barwertes der künftigen Versicherungsleistungen und des Barwertes der künftigen Prämien. Die Deckungsrückstellung wird aus den verzinslich angesammelten Sparanteilen der Prämien - das sind die Prämien abzüglich der Anteile zur Deckung des versicherungstechnischen Risikos und der Anteile zur Deckung der Kosten sowie der Versicherungssteuer - gebildet.

Prämien sind die vom Versicherungsnehmer zu entrichtende Gegenleistung für den vom Versicherer gebotenen Versicherungsschutz. Sie setzen sich nach Abzug der Versicherungssteuer aus einem **Risikoanteil**, einem **Sparanteil** und einem **Kostenanteil** zusammen. Der Risikoanteil wird zur Deckung des versicherungstechnischen Risikos verwendet, der Sparanteil wird der Deckungsrückstellung zugeführt. Der Kostenanteil dient zur Deckung der Abschluss-, Inkasso- und Verwaltungskosten des

Versicherers. Die Abschluss- und Inkassokosten werden laufend als Prozentsatz der Prämie bemessen. Die Verwaltungskosten werden jährlich als Prozentsatz des Ablösekapitals zuzüglich eines Fixbetrags berechnet.

Zitierte Gesetze (in der jeweils gültigen Fassung):

ASVG Allgemeines Sozialversicherungsgesetz 1955

AVRAG Arbeitsvertragsrechts-Anpassungsgesetz 1993

BPG Betriebspensionsgesetz 1990

EstG Einkommenssteuergesetz 1988

PKG Pensionskassengesetz 1990

VAG Versicherungsaufsichtsgesetz 1978

VersVG ... Versicherungsvertragsgesetz 1958

Paragrafenzahlen ohne Angabe beziehen sich auf diese Versicherungsbedingungen.

§ 1 Was ist eine betriebliche Kollektivversicherung?

Eine betriebliche Kollektivversicherung ist eine Gruppenrentenversicherung, die vom Arbeitsgeber für seine Arbeitnehmer auf Grundlage einer Betriebsvereinbarung, eines Kollektivvertrages oder von Vereinbarungen zwischen dem Arbeitgeber und den einzelnen Arbeitnehmern abgeschlossen wird. Diese Vereinbarungen sind nach einem Vertragsmuster unter Berücksichtigung des § 18 BPG (Gleichbehandlungsgebot) zu gestalten. Eine betriebliche Kollektivversicherung leistet ausschließlich eine Alters- und Hinterbliebenenversorgung sowie, wenn im Versicherungsvertrag vorgesehen, auch eine Berufsunfähigkeitsversorgung jeweils in Form von laufenden Rentenzahlungen. Alterspensionen sind lebenslang, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenpensionen sind nach Maßgabe des abgeschlossenen Versicherungsvertrages zu leisten. Kapitalauszahlungen sind nur dann möglich, wenn der auf Basis der im Geschäftsplan festgelegten Rechnungsgrundlagen (Rechnungszins, Rententafel) ermittelte Barwert der Rentenverpflichtung zum Zeitpunkt der Fälligkeit den Betrag gem. § 1 Abs. 2 und 2a PKG nicht übersteigt.

§ 2 Unter welchen Voraussetzungen werden Versicherungsleistungen aus der betrieblichen Kollektivversicherung erbracht?

(1) Eine Alterspension gebührt dem Versicherten nur unter der Voraussetzung, dass er das im Versicherungsvertrag festgelegte Mindestalter erreicht und sein Arbeitsverhältnis zum Versicherungsnehmer beendet wird.

(2) Eine Witwen- oder Witwerpension gebührt im Falle des Ablebens des Versicherten dem überlebenden Ehegatten, dessen Ehe mit dem Versicherten zum Zeitpunkt des Todes aufrecht war. Hinterlässt ein Versicherter keinen anspruchsberechtigten Ehegatten und hat der Versicherte zum Zeitpunkt des Todes mit einer anderen Person in einer seit mindestens einem Jahr bestehenden Lebensgemeinschaft zusammengelebt, so gebührt die Witwen- oder Witwerpension dieser Person, sofern sie dem Versicherer vom Versicherten spätestens bis zum Eintritt der Fälligkeit einer Alters- oder Berufsunfähigkeitspension aus diesem Versicherungsvertrag schriftlich als Bezugsberechtigter bezeichnet worden ist. Hinsichtlich der Erbringung des Nachweises des Bestehens einer Lebensgemeinschaft im Sinne dieser Bedingungen gilt § 18 Abs. 5.

(3) Eine Waisenpension gebührt im Falle des Todes des Versicherten dessen Kindern, sofern und solange diese nachweislich einen Anspruch auf eine Waisenpension aus der gesetzlichen Pensionsversicherung haben, längstens jedoch bis zur Vollendung des im Versicherungsvertrag vereinbarten Lebensjahres.

(4) Die Summe aus den Hinterbliebenenpensionen - das sind alle Witwen- oder Witwerpensionen und Waisenpensionen nach Maßgabe der vorstehenden Absätze 2 und 3 - ist mit 110 % der Pension, auf die der Versicherte im Zeitpunkt seines Todes Anspruch gehabt hätte, begrenzt. Übersteigt die Summe aus allen Hinterbliebenenpensionen den vorgenannten Wert, so werden alle Hinterbliebenenpensionen im gleichen Verhältnis gekürzt.

(5) Eine Berufsunfähigkeitspension gebührt nach Maßgabe der im Rahmen einer betrieblichen Kollektivversicherung abgeschlossenen Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, der besondere Versicherungsbedingungen zugrunde liegen.

§ 3 Was ist eine betriebliche Kollektivversicherung ohne erhöhten Risikoschutz und mit erhöhtem Risikoschutz?

(1) Eine betriebliche Kollektivversicherung kann mit oder ohne erhöhtem Risikoschutz abgeschlossen werden.

(2) Bei Abschluss einer betrieblichen Kollektivversicherung ohne erhöhten Risikoschutz wird die für den Fall des Ablebens oder Eintritts der Berufsunfähigkeit innerhalb der Aufschubdauer fällig werdende vereinbarte Rentenleistung gemäß § 1 lit b der Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung im Rahmen der betrieblichen Kollektivversicherung - 2005 aus der bis dahin für den jeweiligen Versicherten angesparten tariflichen Deckungsrückstellung ermittelt.

(3) Bei Abschluss einer betrieblichen Kollektivversicherung mit erhöhten Risikoschutz wird die für den Fall des Ablebens oder Eintritts der Berufsunfähigkeit innerhalb der Aufschubdauer vereinbarte garantierte Rentenleistung fällig, sofern der Versicherungsschutz nicht nach Maßgabe des § 4 oder der besonderen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschränkt ist.

Eine betriebliche Kollektivversicherung mit erhöhtem Risikoschutz kann auf Grundlage einer für jeden Versicherten durchgeführten individuellen Risikoprüfung abgeschlossen werden.

§ 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz aus der betrieblichen Kollektivversicherung mit erhöhtem Risikoschutz im Ablebensfall eingeschränkt?

(1) Der Versicherungsschutz verringert sich nach Maßgabe des Absatzes 4, wenn der Versicherungsfall verursacht wird

- a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse oder militärische Auseinandersetzungen jeder Art,
- b) durch innere Unruhen, wenn der Versicherte daran auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat,
- c) mittelbar oder unmittelbar
 - durch jegliche Einwirkung von Nuklearwaffen, chemischen oder biologischen Waffen,
 - durch Kernenergie oder
 - durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne der jeweils geltenden Fassung des Strahlenschutzgesetzes;
- d) durch widerrechtliche Handlungen, mit denen der Versicherungsnehmer oder der Bezugsberechtigte vorsätzlich den Tod des Versicherten herbeigeführt hat,
- e) durch den Versuch oder die Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch den Versicherten, sofern Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist.

(2) Sofern nichts Anderes vereinbart wurde, verringert sich der Versicherungsschutz nach Maßgabe des Absatzes 4, wenn der Versicherungsfall verursacht wird

- a) infolge der Benutzung von Luftfahrzeugen und Fluggeräten jeder Art, außer zum zivilen Luftverkehr zugelassenen Motor-, Strahlantriebs- und Segelflugzeugen sowie Hubschraubern,
- b) infolge der Ausübung einer Tätigkeit als Pilot, Besatzungsmitglied oder Crew-Mitglied eines Hubschraubers oder Militärfluggerätes jeder Art (solche sind insbesondere Abfangjäger und militärische Fallschirme), sowie als Testpilot oder Kunstflugpilot,
- c) infolge der Ausübung von gefährlichen Sportarten oder Freizeitaktivitäten, die mit Risiken verbunden sind, die über die Gefahren des täglichen Lebens hinausgehen, insbesondere Tiefseetauchen und Extremklettern,
- d) infolge der berufsmäßigen Ausübung von Sportarten in jeglicher Form,
- e) infolge der Teilnahme an Wettfahrten in einem Land-, Luft- oder Wasserfahrzeug oder zugehörigem Training.

(3) Bei Selbstmord des Versicherten nach Ablauf von drei Jahren seit Abschluss, Änderung oder Wiederherstellung des Vertrages besteht voller Versicherungsschutz. Vor Ablauf dieser Frist reduziert sich der Versicherungsschutz nach Maßgabe des Absatzes 4. Wird nachgewiesen, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen wurde, besteht voller Versicherungsschutz.

(4) Bei Vorliegen der in den Absätzen 1 bis 3 genannten Voraussetzungen erbringt der Versicherer anstatt der im Rahmen des erhöhten Risikoschutzes vereinbarten garantierten Rentenleistung eine Rentenleistung, die aus der bis zum Eintritt des Versicherungsfalles für den jeweiligen Versicherten angesparten tariflichen Deckungsrückstellung berechnet wird.

§ 5 Was ist bei Antragstellung und späterer Einbeziehung von Versicherten in die betriebliche Kollektivversicherung zu beachten?

(1) Der Versicherungsnehmer stellt einen schriftlichen Antrag auf Abschluss einer betrieblichen Kollektivversicherung. Darin müssen alle Tatsachen angegeben werden, die für die Übernahme des Risikos durch den Versicherer erheblich sind. An diesen Antrag ist der Versicherungsnehmer sechs Wochen lang gebunden.

(2) Der Versicherungsnehmer wird bei Antragstellung und späterer Einbeziehung von Versicherten in die betriebliche Kollektivversicherung insbesondere Folgendes sicherstellen und gewährleisten:

- a) das Vorliegen einer nach Maßgabe der §§ 6a ff BPG rechtswirksam abgeschlossenen arbeitsrechtlichen Rechtsgrundlage (Kollektivvertrag, Betriebsvereinbarung oder Vereinbarungen mit einzelnen Arbeitnehmern) unter Berücksichtigung des arbeitsrechtlichen Gleichbehandlungsgebotes (§ 18 BPG).
- b) die Übereinstimmung von Kollektivvertrag, Betriebsvereinbarung oder Einzelvereinbarungen mit dem jeweiligen Arbeitnehmer mit dem beantragten oder abgeschlossenen Vertragsinhalt aus der betrieblichen Kollektivversicherung.

(3) Der Versicherer übernimmt den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Versicherungsnehmer und Versicherte alle bei Antragstellung und Einbeziehung in die betriebliche Kollektivversicherung vom Versicherer gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.

(4) Werden Fragen vom Versicherungsnehmer unrichtig oder unvollständig beantwortet, kann der Versicherer innerhalb der ersten drei Jahre nach Abschluss des Vertrages von diesem zurücktreten. Dies gilt auch bei der Erhöhung von Vertragssummen hinsichtlich der jeweiligen aus der Erhöhung

resultierenden vertraglichen Ansprüche.

(5) Werden Fragen von einem Versicherten schuldhaft unrichtig oder unvollständig beantwortet, ist der Versicherer berechtigt, von der Vereinbarung des erhöhten Risikoschutzes für diesen Versicherten nach Maßgabe der §§ 16 ff VersVG zurückzutreten. In diesem Fall bleibt der Versicherungsvertrag für diesen Versicherten im Umfang einer betrieblichen Kollektivversicherung ohne erhöhten Risikoschutz aufrecht. Das Rücktrittsrecht erlischt, wenn es vom Versicherer nicht innerhalb der ersten drei Jahre nach erstmaliger Einbeziehung des Versicherten in die betriebliche Kollektivversicherung ausgeübt wird. Das Rücktrittsrecht bleibt jedoch bestehen, wenn der Versicherte die Anzeigepflicht arglistig verletzt hat.

§ 6 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz für die nach Maßgabe der rechtswirksamen arbeitsrechtlichen Rechtsgrundlage einzubeziehenden Versicherten beginnt mit dem vereinbarten Datum der Einbeziehung in den Versicherungsvertrag, nicht aber vor dem Beginn des Arbeitsverhältnisses, frühestens jedoch nachdem sämtliche Unterlagen beim Versicherer eingelangt sind und dieser die Einbeziehung schriftlich bestätigt hat.

§ 7 Wie berechnen sich Prämie und Versicherungsleistung?

(1) Die Prämie und die daraus resultierenden Versicherungsleistungen richten sich nach dem Tarif, dem Alter und dem Geschlecht der jeweiligen versicherten Person. Bei Beantragung des erhöhten Risikoschutzes (§ 3) richten sich die Prämie und die garantierten Versicherungsleistungen auch nach dem im Rahmen einer individuellen Risikoprüfung festgestellten Gesundheitszustand der jeweiligen versicherten Person.

(2) Das Beitrittsalter ist das rechnungsmäßige Alter der versicherten Person zu Beginn der Versicherung. Dabei wird ein begonnenes Lebensjahr als voll gerechnet, wenn davon am Tag, an welchem laut Versicherungsurkunde das erste Versicherungsjahr beginnt, mehr als 6 Monate vergangen sind.

(3) Werden Prämienleistungen eingestellt, ausgesetzt oder eingeschränkt (§ 10), so vermindert sich die Versicherungsleistung entsprechend.

§ 8 Welche Prämien leistet der Versicherungsnehmer?

(1) Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich ab dem Zeitpunkt der Einbeziehung des Versicherten in den Versicherungsvertrag Prämien in der im Versicherungsvertrag vereinbarten Form und Höhe zu leisten. Dabei können entweder fixe Prämien mit oder ohne Valorisierung oder Prämien, die von einer Bemessungsgrundlage abhängen, gewählt werden.

(2) Wurde ein Fixbetrag mit Valorisierung vereinbart, so wird dieser Fixbetrag jeweils zum 1.1. eines Jahres mit dem von der Statistik Austria verlautbarten Verbraucherpreisindex 2000 oder dem entsprechenden Folgeindex für den Monat Oktober des Vorjahres angepasst. Die erste Anpassung erfolgt zum 1.1. des auf das Jahr der Einbeziehung des Versicherten folgenden Kalenderjahres. Ausgangsindex ist der Verbraucherpreisindex des Vormonats der Einbeziehung des Versicherten in den Versicherungsvertrag spätestens der Monat Oktober des Jahres der Einbeziehung in den Versicherungsvertrag.

(3) Wurde ein unterschiedlicher Prozentsatz für Teile der Bemessungsgrundlage über und unter einem festgelegten Betrag (Splitbetrag) vereinbart, so kann zusätzlich eine Wertanpassung dieses Betrages insofern vereinbart werden, dass dieser Betrag jeweils zum 1.1. eines Jahres im prozentuellen Ausmaß der Veränderung eines im Versicherungsvertrag bezeichneten Index angepasst wird. Die erste Anpassung erfolgt zum 1.1. des auf das Jahr der Einbeziehung des Versicherten folgenden Kalenderjahres.

§ 9 Welche Prämien kann der Versicherte leisten und wie erfolgt die Abwicklung?

(1) Der Versicherte kann sich schriftlich dazu verpflichten, ab Aufnahme der Prämienzahlung durch den Versicherungsnehmer nach Maßgabe des § 6a Abs. 4 BPG eigene Prämien zu entrichten.

(2) Werden Prämien im Rahmen des § 108a EStG (Prämienbegünstigte Pensionsvorsorge) bezahlt, wird für diese Prämienanteile bis zum gesetzlich festgelegten Höchstbetrag die in § 108a EStG bestimmte staatliche Prämie beantragt. Soweit Prämienanteile diesen gesetzlich festgelegten Höchstbetrag übersteigen, werden diese außerhalb des § 108a EStG verbucht.

(3) Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich, die fälligen Prämien des Versicherten von dessen Bezug einzubehalten und gemeinsam mit den von ihm selbst zu leistenden Prämien zu überweisen.

§ 10 Wann kann die laufende Prämienleistung eingestellt, ausgesetzt oder eingeschränkt werden?

(1) Der Versicherungsnehmer kann die laufenden Prämienleistungen nur unter den in § 6d BPG genannten Voraussetzungen, die dem Versicherer nachzuweisen sind, einstellen, aussetzen oder einschränken. Sofern dies im Kollektivvertrag, in der Betriebsvereinbarung oder im Vertrag vorgesehen ist, kann der Versicherungsnehmer laufende Prämienleistungen für einzelne Versicherte während der Dauer der Befreiung von der Erbringung der Arbeitsleistung gegen Entfall des Arbeitsentgeltes (Ruhenszeiten) einstellen. Als solche Ruhenszeiten gelten insbesondere Zeiten eines in Anspruch genommenen Karenzurlaubes, des Präsenz- oder Zivildienstes, einer Bildungskarenz gemäß § 11 AVRAG, eine Freistellung gemäß § 12 AVRAG, eine Arbeitszeitreduktion gemäß §§ 13 und 14 AVRAG, eines unbezahlten Sonderurlaubes sowie einer Krankheit über den Entgeltfortzahlungszeitraum hinaus. Sofern im Versicherungsvertrag nichts anderes vereinbart wurde, gelten Zeiten der Mutterschutzfrist sowie Zeiten einer Karenz nach den Bestimmungen des Mutterschutz- oder Väterkarenzgesetzes nicht als Ruhenszeiten. Die Rechte der Versicherten bei einer nach Maßgabe dieser Bestimmungen vom Versicherungsnehmer zulässigerweise vorgenommenen Änderung seiner Prämienleistungen richten sich nach den Bestimmungen der

§ 6d Abs. 3 und 7 sowie § 6a Abs. 4 BPG.

(2) Hat sich der Versicherte gemäß § 9 dieser Versicherungsbedingungen verpflichtet, eigene Prämien zu leisten, so kann er seine Prämienleistungen nach Maßgabe des § 6a Abs. 4 BPG einstellen, aussetzen oder einschränken.

(3) Wird die laufende Prämienleistung nach Maßgabe der vorgenannten Absätze eingestellt, ausgesetzt oder eingeschränkt, vermindert sich unter sinngemäßer Anwendung des § 173 Abs. 2 VersVG der Versicherungsschutz. Werden die Prämienleistungen für einzelne Versicherte eingestellt, ausgesetzt oder eingeschränkt, so verringert sich nur der Versicherungsschutz derjenigen Versicherten, deren Prämienleistungen eingestellt, ausgesetzt oder eingeschränkt wurden. Dies gilt auch, wenn einzelne Versicherte ihre eigenen Prämienleistungen einstellen, aussetzen oder einschränken.

§ 11 Was ist bei der Prämienzahlung wichtig?

(1) Die Zahlung der Prämien hat jeweils als Gesamtbetrag, der sich aus den einzelnen Prämien des Versicherungsnehmers für sämtliche einbezogenen Versicherten sowie - sofern sich einzelne Versicherte schriftlich dazu verpflichtet haben, eigene Prämien zu entrichten - den Prämien der einzelnen Versicherten zusammensetzt, zu erfolgen. Die Höhe des Gesamtbetrages wird auf Basis der vom Versicherungsnehmer zeitgerecht an den Versicherer zu übermittelnden Datenmeldung (§ 16) ermittelt und dem Versicherungsnehmer zur Zahlung vorgeschrieben. Erfolgt eine Datenmeldung nicht oder nicht zeitgerecht, so wird die Prämie entsprechend der zuletzt an den Versicherer übermittelten Datenmeldung ermittelt und vorgeschrieben.

(2) Der Versicherungsnehmer und die Versicherten haben dem Versicherer sämtliche für die Berechnung der Prämien und der Versicherungsleistungen und deren Änderung maßgeblichen Umstände unverzüglich schriftlich oder - falls vereinbart - in elektronischer Form mitzuteilen. Erfolgt die Mitteilung nicht oder nicht zeitgerecht, so sind allfällige Nachteile, insbesondere ein verminderter Versicherungsschutz, vom jeweiligen Verursacher zu tragen.

(3) Die Prämien sind für den Versicherer kostenfrei zu bezahlen.

(4) Die Bezahlung der Prämien erfolgt in der im Versicherungsvertrag vereinbarten Form. Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich, die Prämien rechtzeitig zu entrichten, d.h. innerhalb zweier Wochen ab dem in der Versicherungspolizze angegebenen Fälligkeitstag. Der Versicherungsnehmer kann den Versicherer ermächtigen, die Prämien von einem Konto des Versicherungsnehmers einzuziehen; der Versicherungsnehmer haftet für die ausreichende Kontodeckung und die rechtzeitige Überweisung der Prämien, sowie für alle durch eine Rücküberweisung entstehenden Kosten.

(5) Differenzen zwischen vorgeschriebenen Prämien, die entsprechend Absatz 1 ermittelt wurden, und tatsächlichen Zahlungen werden dem Versicherungsnehmer vom Versicherer angezeigt. Erfolgt nicht innerhalb von 14 Tagen die Abklärung der Differenzen oder die Zahlung des ausstehenden Betrages, so ist der Versicherer berechtigt, die Teilzahlungen den einzelnen Versicherten entsprechend der zuletzt an den Versicherer übermittelten Datenmeldung aliquot zuzuteilen.

(6) Die Prämienzahlungspflicht des Versicherungsnehmers für den Versicherten sowie des Versicherten für seine eigenen Prämien endet mit Beendigung des Arbeitsverhältnisses des Versicherten oder mit Anfall einer versicherten Leistung.

(7) Werden die Prämien entsprechend der getroffenen Vereinbarung in der den zu erwartenden Verhältnissen entsprechenden Höhe monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich im Voraus bezahlt und ändern sich die für diese Prämien maßgeblichen Umstände, so wird der Versicherer die endgültige Abrechnung im Zuge der nach Zugang der Angaben nächstfolgenden Prämienvorschreibung vornehmen. Ein Mehr- oder Minderbetrag an Prämie ist innerhalb zweier Wochen nach Empfang der Abrechnung fällig.

§ 12 Was gilt bei Prämienzahlungsverzug?

(1) Erste oder einmalige Prämie:

Wenn der Versicherungsnehmer oder - falls dieser eigene Prämien bezahlt (§ 9) - der Versicherte die erste oder einmalige Prämie nicht innerhalb von vierzehn Tagen nach Zustandekommen des Versicherungsvertrages oder ab Einbeziehung des Versicherten in den Versicherungsvertrag und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung bezahlt, ist der Versicherer leistungsfrei. Der Versicherer kann darüber hinaus vom Vertrag zurücktreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Versicherer die erste oder eine einmalige Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend machen. Bei einem Rücktritt sind Kosten von ärztlichen Untersuchungen vom Versicherungsnehmer zu bezahlen.

(2) Folgeprämie:

Wenn der Versicherungsnehmer oder - falls dieser eigene Prämien bezahlt (§ 9) - der Versicherte eine Folgeprämie nicht rechtzeitig bezahlt, so erhält der Versicherungsnehmer eine schriftliche Mahnung. Wird der Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung gesetzten Frist bezahlt, entfällt oder vermindert sich unter sinngemäßer Anwendung des § 175 Abs. 2 VersVG der Versicherungsschutz.

(3) Aufforderungen zur Prämienzahlung und Mahnungen werden dem Versicherungsnehmer schriftlich übermittelt.

§ 13 Wie kann der Versicherungsvertrag gekündigt werden?

Der Versicherungsnehmer und der Versicherer können den Versicherungsvertrag schriftlich unter den in § 18h VAG genannten Voraussetzungen kündigen.

§ 14 Was ist der Unverfallbarkeitsbetrag?

- (1) Bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses vor Eintritt eines Leistungsfalles bleibt dem Versicherten der aus den Prämien bisher erworbene Versicherungsanspruch aus dem Versicherungsvertrag (Alters- und Hinterbliebenenversorgung) erhalten.
- (2) Der Unverfallbarkeitsbetrag entspricht der auf den einzelnen Versicherten entfallenden Deckungsrückstellung; diese beinhaltet auch die bereits zugewiesenen Gewinnanteile.
- (3) Für die Verfügungsmöglichkeiten über den Unverfallbarkeitsbetrag gilt § 6c BPG.
- (4) Setzt der Versicherte den Versicherungsvertrag gemäß § 6c Abs. 2 Z 5 BPG mit eigenen Prämien fort oder wird die Versicherung in eine prämienfreie Versicherung umgewandelt, so tritt der Versicherte mit sämtlichen Rechten und Pflichten anstelle des bisherigen Versicherungsnehmers in den Versicherungsvertrag ein.

§ 15 Was gilt für Erklärungen, die den Versicherungsvertrag betreffen?

- (1) Alle Erklärungen sind gültig, wenn sie schriftlich und in deutscher Sprache erfolgen und dem Versicherer zugehen.
- (2) Alle Erklärungen, die der Versicherer abgibt, sind - unbeschadet der Rechtswirksamkeit formloser Erklärungen gegenüber Verbrauchern im Sinne des Konsumentenschutzgesetzes - nur dann gültig, wenn sie schriftlich erfolgen und firmenmäßig gezeichnet sind. Wenn der Versicherungsnehmer den Sitz verlegt, muss dem Versicherer seine neue Adresse mitgeteilt werden. Anderenfalls richtet der Versicherer seine Erklärungen wirksam an die letzte bekannte Adresse. Dem Versicherungsnehmer oder Versicherten gegenüber abgegebene Erklärungen werden in diesem Fall wirksam, wenn sie an eine dem Versicherer bekannt gegebene Adresse zugegangen wären.
- (3) Wenn der Versicherungsnehmer seinen Sitz außerhalb der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum annimmt, muss er dem Versicherer eine Person innerhalb Österreichs benennen, die bevollmächtigt ist, dessen Erklärungen an ihn entgegenzunehmen.

§ 16 Welche Mitteilungspflichten sind während der Vertragsdauer zu beachten?

- (1) Die Versicherten und der Versicherungsnehmer sind verpflichtet, den Versicherer über alle für die Prämien, Anwartschaften und Leistungen erheblichen Umstände (insbesondere Geburtsdatum und Geschlecht der mitversicherten Angehörigen) sowie deren Änderung unverzüglich zu informieren und über Anforderung dem Versicherer glaubhaft zu machen.
- (2) Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich für jeden Versicherten und zu jedem - in der Versicherungsurkunde festgelegten - Zahlungstermin eine Datenmeldung in der vereinbarten Form mit folgenden Inhalten an den Versicherer zu übermitteln:

Personalnummer, Vorname, Nachname, Titel, Geschlecht, Geburtsdatum, Adresse, Sozialversicherungsnummer, Vorname Ehepartner/Lebenspartner, Nachname Ehepartner/Lebenspartner, Titel Ehepartner/Lebenspartner, Geburtsdatum Ehepartner/Lebenspartner, Sozialversicherungsnummer, Ehepartner/Lebenspartner, Arbeitgeberbeitrag bzw. bei bezugsabhängigen Beiträgen die Bemessungsgrundlage (Jahresbezug), Arbeitnehmerbeitrag und Eintrittsdatum in Gruppe

Darüber hinaus sind in dieser Datenmeldung alle Änderungen von Daten, die eine Änderung der Höhe der Prämien des Versicherungsnehmers oder der Versicherten bewirken, anzuführen.

Damit die Datenmeldung rechtzeitig erfolgt, muss sie dem Versicherer zumindest drei Wochen vor dem jeweiligen Zahlungstermin zugehen.
- (3) Bei der erstmaligen oder erneuten Einbeziehung eines Versicherten sind die oben angeführten Daten dem Versicherer spätestens drei Wochen vor dem Stichtag der erstmaligen oder neuerlicher Einbeziehung durch den Versicherungsnehmer zu melden. Die Beendigung des Dienstverhältnisses eines Versicherten sowie der Beginn und das Ende einer Ruhezeit (§ 10) sind dem Versicherer binnen dreier Wochen mitzuteilen.
- (4) Der Versicherungsnehmer hat Änderungen seines Namens oder Firmenwortlautes sowie der Adresse unverzüglich mitzuteilen.
- (5) Sämtliche Meldungen haben im durch den Versicherer vorgegebenen Datenformat auf elektronischem Weg zu erfolgen.
- (6) Erfolgen diese Mitteilungen an den Versicherer unrichtig, verspätet oder gar nicht, so haben allfällige Nachteile daraus der Versicherungsnehmer bzw. die Versicherten zu tragen.

§ 17 Wie erfolgen die Informationen des Versicherers an die Versicherten?

- (1) Die Informationen des Versicherers an die Versicherten werden dem Versicherungsnehmer übermittelt und sind von diesem an die Versicherten weiterzuleiten. Informationen an Versicherte, die das Arbeitsverhältnis bereits beendet haben, insbesondere an die Bezugsberechtigten, erfolgen direkt an diese.
- (2) Der Versicherte wird den Versicherungsnehmer dazu während der Dauer des aufrechten Arbeitsverhältnisses zum Empfang von Schriftstücken bevollmächtigen.

§ 18 Was ist bei Fälligkeit einer Versicherungsleistung zu beachten?

- (1) Versicherungsleistungen werden aufgrund eines schriftlichen Antrages und nach Einlangen aller für

die Auszahlung nötigen Unterlagen beim Versicherer nach Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Versicherungsleistungen nötigen Erhebungen fällig. Pensionszahlungen werden erstmals mit Beginn des Monats erbracht, der auf die Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen folgt.

(2) Die Fälligkeit der Leistung tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Anspruchsberechtigte nach Ablauf zweier Monate seit Anspruchserhebung eine Erklärung des Versicherers verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und dieser dem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.

(3) Der Versicherer wird Rentenzahlungen auf ein in Österreich geführtes Konto des Bezugsberechtigten überweisen. Der Versicherer kann verlangen, dass ein amtlicher Nachweis vorgelegt wird, dass der Bezugsberechtigte am Fälligkeitstag der Rentenzahlung gelebt hat. Zu Unrecht empfangene Renten müssen an den Versicherer zurückbezahlt werden.

(4) Der Versicherer ist weiters berechtigt, von einem Anspruchsberechtigten jederzeit einen Nachweis zu verlangen, die dem Versicherer die Kontrolle über den Umfang und die Fortdauer der Leistungsberechtigung ermöglicht. Kommt ein Anspruchsberechtigter dieser Aufforderung nicht nach, so ruht die Leistung, bis die geforderten Nachweise erbracht werden. Zu Unrecht empfangene Leistungen müssen an den Versicherer zurückbezahlt werden.

(5) Im Todesfall des Versicherten ist dem Versicherer eine amtliche Sterbeurkunde sowie eine amtliche Bestätigung über den Anspruch auf Hinterbliebenenpension vorzulegen. Der Nachweis, dass eine Lebensgemeinschaft im Sinne des § 2 Abs. 2 vor Beginn einer Pensionsleistung oder vor Eintritt der Berufsunfähigkeit bestanden hat, wird durch die Vorlage eines entsprechenden Meldezettels erbracht. Die Aufnahme des gemeinsamen Wohnsitzes (Datum der Meldung) gilt als Indiz für die Begründung einer Lebensgemeinschaft. Der Versicherer behält sich vor, weitere Nachweise zu verlangen, wenn Zweifel am Bestehen der Lebensgemeinschaft bestehen. Die fristgerechte Bekanntgabe der Person, mit der eine Lebensgemeinschaft begründet wurde, ist durch keinen wie auch immer gearteten Nachweis ersetzbar. Die Bestimmungen für den Ehegatten werden auf die Person, mit der eine Lebensgemeinschaft begründet wurde, analog angewandt.

(6) Alle Unterlagen sind in schriftlicher Form und deutscher Sprache einzureichen.

§ 19 Wo und wie werden fällige Versicherungsleistungen erbracht?

(1) Erfüllungsort für die Leistung ist die Generaldirektion des Versicherers.

(2) Überweisungen an den Bezugsberechtigten erfolgen auf dessen Gefahr und Kosten.

(3) Der Versicherer wird die Pensionszahlungen in 14 Teilbeträgen monatlich jeweils am 1. eines Monats im Vorhinein nach Antragstellung durch den Bezugsberechtigten auf ein in Österreich geführtes Konto des Bezugsberechtigten, über das nur dieser oder dessen gesetzlicher Vertreter zeichnungs- und Verfügungsberechtigt sein darf, überweisen. Am 1. Mai und am 1. November werden jeweils 2 (bei unterjährigem Pensionsbeginn aliquote) Teilbeträge an den übrigen Monatsersten jeweils ein Teilbetrag überwiesen. Soweit dies gesetzlich vorgeschrieben ist, werden Steuern und gesetzliche Abgaben vom Auszahlungsbetrag einbehalten.

(4) Die Ansprüche auf Pensionsleistung können gemäß § 6c Abs. 4 und § 6d Abs. 4 BPG nur dann durch eine einmalige Kapitalzahlung abgefunden werden, wenn der Abfindungsbetrag den in § 1 Abs. 2 und Abs. 2a PKG bestimmten Betrag nicht übersteigt.

§ 20 Ist eine Verpfändung oder Abtretung zulässig?

Eine Verpfändung oder Abtretung ist gemäß § 6b BPG rechtsunwirksam.

§ 21 Welche Abgaben und Gebühren werden einbehalten bzw. berechnet?

(1) Es werden nur gesetzlich vorgeschriebene Abgaben, sowie Portospesen und Gebühren für Mehraufwendungen, die der Versicherungsnehmer oder der Versicherte verursacht haben, verrechnet und einbehalten.

(2) Sofern dazu eine gesetzliche Verpflichtung besteht, wird der Versicherer gegebenenfalls eine fällige Einkommenssteuer entsprechend der einkommenssteuerrechtlichen Vorschriften ermitteln, von der Versicherungsleistung abziehen und an das zuständige Finanzamt abführen.

§ 22 Wie lange können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend gemacht werden?

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Steht der Anspruch einem Dritten zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung des Versicherers bekannt geworden ist; ist dem Dritten sein Recht nicht bekannt geworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach zehn Jahren.

§ 23 Was gilt für die Veranlagung des Sparanteiles der Prämien?

(1) Bei der Veranlagung des Sparanteiles der Prämien wird auf Sicherheit, Rentabilität und den Bedarf an flüssigen Mitteln sowie auf eine angemessene Mischung und Streuung der Veranlagungsinstrumente geachtet.

(2) Die Prämien zur betrieblichen Kollektivversicherung und die erworbenen Gewinnanteile werden gemäß § 20 Abs. 2 Z 1a VAG in einem eigenen Deckungsstock gesondert vom übrigen Vermögen verwaltet.

(3) Die Veranlagung sowie alle Transaktionen im Rahmen dieses Deckungsstockes werden von einem Treuhänder überwacht, der von der Finanzmarktaufsichtsbehörde bestellt wird. Er achtet auf die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften, insbesondere darauf, dass die Verpflichtungen des Versicherungsunternehmens gegenüber den Versicherten jederzeit erfüllt werden können.

(4) Für die Veranlagung gelten die einschlägigen Vorschriften des VAG, insbesondere die §§ 77 und 78 sowie die Verordnung der Finanzmarktaufsichtsbehörde über die Bedeckung der versicherungstechnischen Rückstellungen durch Unternehmen der Vertragsversicherung (Kapitalanlageverordnung 2002).

§ 24 Wie weit haftet der Versicherer?

(1) Der Versicherer haftet für das Fehlverhalten seiner gesetzlichen Vertreter sowie sonstiger Personen, deren er sich zur Erfüllung seiner vertraglichen Verpflichtungen bedient, nur bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit. Dies gilt nicht bei Personenschäden.

(2) Eine Haftung des Versicherers aus der Verletzung arbeitsrechtlicher Vorschriften, insbesondere aus der Erfüllung und Einhaltung der im § 5 Abs. 2 genannten Verpflichtungen und Voraussetzungen ist ausgeschlossen. Dies gilt auch für die Nachteile eines Bezugsberechtigten, insbesondere des Versicherten, die ausschließlich auf Umstände beruhen, die in der Sphäre des Arbeitgebers gelegen sind.

§ 25 Welches Recht ist auf den Vertrag anwendbar?

Es gilt österreichisches Recht.