

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR DIE BERUFUNFÄHIGKEITSVERSICHERUNG - 2022 (VBBU2022)

Inhaltsverzeichnis

Sprachliche Gleichbehandlung, Verweise, Begriffsbestimmungen

- § 1 Definition des Versicherungsfalles
 - § 2 Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen
 - § 3 Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen
 - § 4 Umfang und Einschränkungen des Versicherungsschutzes
 - § 5 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes
 - § 6 Leistungen des Versicherers im Versicherungsfall
 - § 7 Pflichten des Versicherungsnehmers
 - § 8 Bestimmungen über Prämie (Risikoprämie, tarifliche Kosten, Gebühren und Prämienanpassung)
 - § 9 Anspruchsstellung und Mitwirkungspflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person
 - § 10 Fälligkeit der Leistung und Erklärungen über die Leistungspflicht
 - § 11 Nachprüfung des Fortbestehens der Berufsunfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit
 - § 12 Folgen einer Verletzung der Mitwirkungspflichten gemäß §§ 9 und 11
 - § 13 Meinungsverschiedenheiten
 - § 14 Gewinnbeteiligung
 - § 15 Kündigung
 - § 16 Kündigung und Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung
 - § 17 Flex-Option
 - § 18 Verpfändung, Abtretung und Vinkulierung
 - § 19 Form und Wirksamkeit von Erklärungen
 - § 20 Bezugsberechtigung
 - § 21 Vertragsgrundlagen
 - § 22 Anwendbares Recht
 - § 23 Aufsichtsbehörde
 - § 24 Erfüllungsort
- Auszug aus den gesetzlichen Bestimmungen

Sprachliche Gleichbehandlung

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

Verweise

Wird im Folgenden auf gesetzliche Bestimmungen verwiesen, so sind diese im Anschluss an diese Bedingungen im vollständigen Wortlaut wiedergegeben. Verweise auf Paragraphen ohne nähere Angabe beziehen sich auf diese Bedingungen.

Begriffsbestimmungen

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

Bilanzstichtag

Ist jener Stichtag, zu dem unsere Bilanz erstellt wird; das ist der 31.12. jedes Jahres.

Deckungsrückstellung

Die Versicherungsprämien sind über die gesamte Prämienzahlungsdauer des Versicherungsvertrages gleichbleibend berechnet, obwohl die Wahrscheinlichkeit für den Eintritt der Berufsunfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit mit steigendem Alter zunimmt. Daher werden zu Beginn der Versicherungsdauer Teile der vorgeschriebenen Prämie angespart und der sogenannten Deckungsrückstellung zugeführt. Diese Deckungsrückstellung wird verwendet, um das mit fortschreitendem Alter steigende Risiko abzudecken und sinkt bis zum Ende der Versicherungsdauer wieder auf den Wert Null. Der Versicherer bildet mit diesem Wert eine Rückstellung in seiner Bilanz zur Deckung des entsprechenden Anspruchs des Begünstigten (daher der Name "Deckungsrückstellung"). Die der Deckungsrückstellung zugeführten Prämienanteile werden mit dem Rechnungszinssatz verzinst.

Gewinnbeteiligung

sind Ihrem Versicherungsvertrag zugewiesene Überschüsse, die in Form eines Sofortbonus von der tariflichen Versicherungsprämie abgezogen werden und so die zu bezahlende Prämie reduzieren.

Leistungsdauer

Ist jener Zeitraum, in dem im Versicherungsfall längstens eine Leistung bezahlt wird. Voraussetzung dafür ist, dass der Versicherungsfall während der Versicherungsdauer eingetreten ist.

Als Leistungsdauer kann entweder eine bestimmte Anzahl an Jahren oder eine Dauer bis zu einem bestimmten Enddatum vereinbart werden. Das Enddatum muss ein Jahrestag des in der Police angeführten Versicherungsbeginns (Beginns der Versicherungsdauer) sein und muss größer oder gleich dem Ablauf der Versicherungsdauer sein. In beiden Fällen kann die vereinbarte Leistungsdauer auch über das Ende der Versicherungsdauer hinausgehen.

Prämienzahlungsdauer

ist der Zeitraum, in dem Prämien zu bezahlen sind.

Rechnungszinssatz

ist jener Zinssatz, der nach Maßgabe des zugrundeliegenden Tarifs zur Berechnung der Versicherungsprämien und -leistungen verwendet wird. Der Rechnungszinssatz beträgt 0 %.

Rückstellung für Gewinnbeteiligung

ist eine Rückstellung in unserer Bilanz, der jährlich Überschüsse in der vom Vorstand erklärten und im Geschäftsbericht veröffentlichten Höhe zugewiesen werden.

Tarif (Geschäftsplan)

ist eine der Finanzmarktaufsicht vorgelegte, detaillierte Aufstellung der Bestimmungen, Rechnungsgrundlagen und versicherungsmathematischen Formeln, mit denen die Leistung des Versicherers und die Gegenleistung des Versicherungsnehmers (Versicherungsprämie) berechnet werden.

Den in Ihrem Versicherungsvertrag vereinbarten Tarif finden Sie in Ihrem Antrag und in Ihrer Police.

Versicherer (Wir)

ist die Oberösterreichische Versicherung AG
Generaldirektion: 4020 Linz, Gruberstraße 32
Firmensitz: Linz - Firmenbuchnummer: FN 36941a, LG Linz
Homepage im Internet: www.keinesorgen.at

Versicherte Person

ist die Person, für die der Versicherungsschutz übernommen wird.

Versicherte Rente

ist die garantierte Leistung des Versicherers im Falle der Berufsunfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit.

Versicherungsdauer

Ist der Zeitraum, in dem der Versicherungsfall eintreten muss, um einen Leistungsanspruch zu begründen. Der Beginn sowie der Ablauf der Versicherungsdauer sind auf Ihrem Antrag und Ihrer Police angeführt.

Versicherungsjahr

ist die Ihrem Versicherungsvertrag zugrunde liegende Versicherungsperiode. Der Beginn des Versicherungsjahres ist der Jahrestag des in der Police angeführten Versicherungsbeginns (Beginns der Versicherungsdauer).

Versicherungsnehmer (Sie)

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

Versicherungsprämie

ist das vom Versicherungsnehmer zu zahlende Entgelt.

§ 1 Definition des Versicherungsfalles

Die Berufsunfähigkeitsversicherung kann in der Variante Basis- oder Premiumschutz abgeschlossen werden. Der Umfang des Versicherungsschutzes hängt von der gewählten Variante ab. Die gewählte Variante können Sie Ihrem Antrag und Ihrer Police entnehmen.

a) Variante Basisschutz:

Der Versicherungsfall tritt ein, wenn die versicherte Person während der vertraglich vereinbarten Versicherungsdauer berufsunfähig im Sinne des § 2 Absatz 1 dieser Bedingungen wird.

b) Variante Premiumschutz:

Der Versicherungsfall tritt ein, wenn die versicherte Person während der vertraglich vereinbarten Versicherungsdauer berufsunfähig im Sinne des § 2 Absatz 2 dieser Bedingungen wird. Der Versicherungsfall tritt ebenfalls ein, wenn die versicherte Person während der vertraglich vereinbarten Versicherungsdauer arbeitsunfähig im Sinne des § 3 dieser Bedingungen wird.

§ 2 Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen

(1) Allgemeine Definition der Berufsunfähigkeit - Variante Basisschutz:

Berufsunfähigkeit, die die Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen auslöst, liegt vor, wenn die versicherte Person

- infolge von körperlicher Krankheit (keine psychische oder psychosomatische Störung oder Erkrankung), Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls
- voraussichtlich mindestens 6 Monate lang ununterbrochen
- zu **mindestens 75 %** außerstande ist,

ihre zuletzt nicht nur vorübergehend ausgeübte berufliche Tätigkeit auszuüben und sie in dieser Zeit auch keine andere, ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entsprechende, Tätigkeit ausübt (Verzicht auf abstrakte Verweisung). Dieser Zustand gilt bei Fortdauer von Anfang an als Berufsunfähigkeit.

Berufsunfähigkeit **liegt nicht vor**, wenn die Ursache eine psychische oder psychosomatische Störung oder Erkrankung ist. Dazu gehören etwa (exemplarische, nicht abschließende Aufzählung):

- Störungen des Gemütszustandes, z.B. Depressionen
- neurotische Belastungsstörungen, z.B. Angstzustände, Panikattacken, Anpassungsstörungen
- somatoforme Erkrankungen, d.h. körperliche Symptome seelischen Ursprungs, z.B. Herzrasen
- Persönlichkeitsstörungen
- Verhaltensstörungen, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Hyperaktivitätssyndrom,
- Essstörungen, z.B. Bulimie, Magersucht
- Suchterkrankungen.

Versicherungsschutz besteht hingegen für künftige Alzheimer-Krankheit/Demenz und Parkinson-Krankheit.

Bei der Beurteilung des Leistungsanspruchs wird die jeweils gültige internationale Klassifikation der Erkrankungen - derzeit ICD 10 - zugrunde gelegt.

(2) Allgemeine Definition der Berufsunfähigkeit - Variante Premiumschutz:

Berufsunfähigkeit, die die Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen auslöst, liegt vor, wenn die versicherte Person

- infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls
- voraussichtlich mindestens 6 Monate lang ununterbrochen
- zu **mindestens 50 %** außerstande ist,

ihre zuletzt nicht nur vorübergehend ausgeübte berufliche Tätigkeit auszuüben und sie in dieser Zeit auch keine andere, ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entsprechende, Tätigkeit ausübt (Verzicht auf abstrakte Verweisung). Dieser Zustand gilt bei Fortdauer von Anfang an als Berufsunfähigkeit.

(3) Allgemeine Bestimmungen:

Die Umstände der Berufsunfähigkeit sind jeweils ärztlich nachzuweisen (§ 9).

Als nicht nur vorübergehend ausgeübt gilt eine berufliche Tätigkeit dann, wenn sie regelmäßig, zumindest mehrere Monate und auf Dauer gerichtet ausgeübt wird.

Als eine der Ausbildung und Erfahrung sowie der bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit wird dabei nur eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und auch in ihrer Vergütung und Wertschätzung nicht spürbar unter das Niveau der bisher ausgeübten beruflichen Tätigkeit absinkt. Unzumutbar ist dabei jedenfalls eine Einkommensminderung von 20% oder mehr gegenüber dem Bruttojahreseinkommen aus der zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit.

(4) Bestimmungen für selbständig Erwerbstätige:

Ist die versicherte Person selbständig erwerbstätig, so wird als berufliche Tätigkeit im Sinne dieser Bedingungen jene selbständige wirtschaftliche Tätigkeit verstanden, die von der versicherten Person zuletzt nicht nur vorübergehend ausgeübt wurde. Hinsichtlich des Kriteriums der nicht nur vorübergehenden Tätigkeit gelten die im vorherigen Absatz getroffenen Regelungen.

Keine Berufsunfähigkeit der versicherten Person liegt jedoch insbesondere dann vor, wenn diese ihren Arbeitsplatz, ihren Tätigkeitsbereich oder ihren Betrieb in zumutbarer Weise umorganisieren kann oder konnte.

Die Umorganisation des Betriebs ist zumutbar, wenn Folgendes vorliegt:

- Die erforderlichen Maßnahmen sind wirtschaftlich zweckmäßig und erfordern keinen erheblichen Kapitaleinsatz.
- Die Minderung des betrieblichen Gewinns vor Steuern aufgrund der Maßnahmen beträgt höchstens 20 Prozent.
- Die neue Tätigkeit geht nicht zu Lasten der Gesundheit der versicherten Person.
- Der versicherten Person verbleibt ein sinnvolles Tätigkeitsfeld.

Wenn bei Eintritt der Berufsunfähigkeit eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist, verzichten wir darauf, die Umorganisation abstrakt zu prüfen:

- Der Selbständige ist Akademiker und übt in seiner täglichen Arbeitszeit mindestens zu 90 % kaufmännische oder organisatorische Tätigkeiten aus.
- Der Selbständige beschäftigte in seinem Betrieb in den letzten zwei Jahren durchgehend weniger als fünf in Vollzeit beschäftigte Mitarbeiter. Für die Berechnung der Vollzeitmitarbeiter wird das Gesamtausmaß der Stundenanzahl aller Beschäftigten durch

40 Stunden dividiert. Lehrlinge, Praktikanten oder Werkstudenten zählen nicht zu den Mitarbeitern. Für selbständige Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker oder Psychotherapeuten gilt: Als Mitarbeiter zählen nur Angestellte mit einem akademischen Abschluss in einem Heilberuf.

Es sei denn eine Umorganisation ist bereits tatsächlich erfolgt, dann prüfen wir diese konkret.

(5) Bestimmungen für Personen in öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnissen:

Steht die versicherte Person in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis, so wird als berufliche Tätigkeit im Sinne dieser Bedingungen die von der versicherten Person zuletzt nicht nur vorübergehend ausgeübte Funktion verstanden. Die Bestimmungen des Absatz 1 bzw. Absatz 2 gelten sinngemäß.

(6) Bestimmungen für Schüler und Studenten:

Bei Schülern und Studenten wird für die Feststellung der Berufsunfähigkeit als ausgeübte berufliche Tätigkeit die Stellung als Schüler oder Student zugrunde gelegt. Somit liegt Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen dann vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit (je nach vereinbarter Variante mit oder ohne psychischen oder psychosomatischen Störungen oder Erkrankungen), Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls voraussichtlich mindestens 6 Monate lang ununterbrochen zu mindestens dem Prozentsatz nach der vereinbarten Variante (50 % oder 75 %) außerstande ist, als Schüler oder Student am regulären Schulunterricht oder Studium teilzunehmen.

Hat die versicherte Person neben dem regulären Schulunterricht oder Studium zusätzlich eine nicht nur vorübergehend ausgeübte berufliche Tätigkeit aufgenommen, so ist diese für die Feststellung der Berufsunfähigkeit maßgeblich. Gibt die versicherte Person die berufliche Tätigkeit wieder auf und setzt ausschließlich den Schulbesuch oder das Studium fort, so besteht der Versicherungsschutz wieder für diese Tätigkeit.

(7) Bestimmungen für Lehrlinge und Auszubildende:

Bei Lehrlingen und Auszubildenden wird für die Feststellung der Berufsunfähigkeit als ausgeübte berufliche Tätigkeit das der Ausbildung entsprechende Berufsbild zugrunde gelegt.

(8) Bestimmungen für ausschließlich haushaltsführende Personen:

Hat die versicherte Person seit Antragstellung ununterbrochen ausschließlich ihren Haushalt geführt, so orientiert sich die Feststellung der Berufsunfähigkeit an den von ihr bei Eintritt der Berufsunfähigkeit in ihrem Haushalt konkret ausgeübten Aufgaben und Tätigkeiten. Hat die versicherte Person während der Vertragslaufzeit eine berufliche Tätigkeit aufgenommen, ist diese zuletzt vor Eintritt der Berufsunfähigkeit nicht nur vorübergehend ausgeübte berufliche Tätigkeit versichert und für die Feststellung der Berufsunfähigkeit maßgeblich. Gibt die versicherte Person die berufliche Tätigkeit wieder auf und führt wieder ausschließlich ihren Haushalt, so besteht der Versicherungsschutz wieder für diese Tätigkeit.

(9) Bestimmungen für Personen in Karenz:

Befindet sich die versicherte Person in einem karenzierten Dienstverhältnis, so ist die zuletzt nicht nur vorübergehend ausgeübte berufliche Tätigkeit aus diesem Dienstverhältnis versichert und für die Feststellung der Berufsunfähigkeit maßgeblich.

(10) Ausscheiden aus dem Berufsleben:

Scheidet die versicherte Person aus dem aktiven Berufsleben aus und übt danach keine berufliche Tätigkeit mehr aus, besteht der Versicherungsschutz dennoch bis zum Ende der Versicherungsdauer weiter.

Tritt in dieser Zeit Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen ein, so ist für deren Beurteilung für die Dauer von bis zu 5 Jahren nach dem Ausscheiden die zuvor konkret ausgeübte berufliche Tätigkeit und die damit verbundene Lebensstellung heranzuziehen und maßgebend.

Tritt die Berufsunfähigkeit später ein, gilt jede berufliche Tätigkeit als zumutbar, die anhand der dann noch vorliegenden Kenntnisse und Fähigkeiten ausgeübt wird oder ausgeübt werden könnte. In diesem Fall wird die Lebensstellung durch die dann noch mögliche Berufstätigkeit geprägt.

(11) Wechsel der beruflichen Tätigkeit:

Wechselt die versicherte Person während der Vertragslaufzeit ihre berufliche Tätigkeit, so ist diese neue Tätigkeit versichert. Wechsel der beruflichen Tätigkeit während der Vertragslaufzeit müssen uns nicht angezeigt werden.

(12) Berufsunfähigkeit aufgrund von Pflegebedürftigkeit:

Berufsunfähigkeit aufgrund von Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge von Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens 6 Monate hindurch ununterbrochen so hilflos ist, dass sie für zumindest 3 der im Folgenden genannten 6 Grundverrichtungen des täglichen Lebens auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf.

Bei der Feststellung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit wird nachstehende Tabelle der Grundverrichtungen des täglichen Lebens zugrunde gelegt:

- a. Fortbewegen im Zimmer: 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.
- b. Aufstehen und Zubettgehen: Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.
- c. An- und Auskleiden: Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung einer krankengerechten Kleidung - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann oder gegebenenfalls ein medizinisches Korsett oder eine Prothese nicht selbstständig an- oder ablegen kann.
- d. Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken: Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - zubereitete und servierte Mahlzeiten sowie bereitgestellte Getränke nicht ohne Hilfe einer anderen Person einnehmen kann; Hilfebedarf liegt auch vor, wenn medizinisch indizierte Ernährung über Sonden notwendig ist.
- e. Körperhygiene (Waschen, Kämmen und Rasieren): Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Wannengriffen oder einem Wannenaufzug - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person so waschen kann, dass ein angemessenes Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt. Die Unfähigkeit, ins Badezimmer zu gelangen, gilt nicht als Hilfebedarf.
- f. Verrichten der Notdurft: Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, da sie
 - sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
 - ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder
 - sie den Darm oder die Blase nur mit fremder Hilfe entleeren kann.
 Besteht eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Hilfsmitteln wie Windeln, speziellen Einlagen, einem Katheder oder einem Kolostomiebeutel 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) Ergänzende Bestimmungen für Ärzte und Pflegepersonal:

Bei Ärzten und Pflegepersonal liegt Berufsunfähigkeit auch dann vor, wenn es der versicherten Person aufgrund behördlicher Anordnung oder gesetzlicher Vorschriften wegen einer von ihr ausgehenden Infektionsgefahr verboten ist, ihre hauptberufliche Tätigkeit auszuüben, und sich dieses Verbot zeitlich auf mindestens 6 Monate erstreckt.

Pflegepersonal im Sinne dieser Bedingungen sind insbesondere Apotheker, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Krankenpfleger, Krankenschwestern, Altenpfleger und Hebammen.

(14) Änderungen der Berufsunfähigkeit:

Vorübergehende akute Erkrankungen oder vorübergehende Besserungen, die fachärztlich bestätigt werden, führen zu keiner Änderung der Einstufung und bleiben unberücksichtigt, sofern sie nicht länger als 3 Monate andauern.

§ 3 Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen

Arbeitsunfähigkeit, die die Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen in der Variante Premiumschutz auslöst, liegt vor, wenn ein Arzt Folgendes bescheinigt:

- a) Die versicherte Person ist seit mindestens vier Monaten ununterbrochen arbeitsunfähig. Außerdem muss ein Facharzt bescheinigen, dass die versicherte Person voraussichtlich ununterbrochen bis zum Ende eines insgesamt sechsmonatigen Zeitraums arbeitsunfähig sein wird.
- b) Die versicherte Person ist seit mindestens sechs Monaten ununterbrochen arbeitsunfähig. Hierbei muss eine der Krankmeldungen durch einen Facharzt ausgestellt worden sein.

Die ärztlichen Bescheinigungen für die Arbeitsunfähigkeit müssen in ihrer Form den Vorschriften des Art. 1 § 4 Abs. 1 Entgeltfortzahlungsgesetz (EFZG, siehe Anhang) entsprechen. Dies sind insbesondere Beginn, voraussichtliche Dauer und Ursache der Arbeitsunfähigkeit.

Wenn die versicherte Person kein Arbeitnehmer ist, genügt ein entsprechendes ärztliches Attest. Dies gilt zum Beispiel für Beamte, Selbständige, Studenten, Schüler und Hausfrauen/-männer.

§ 4 Umfang und Einschränkungen des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

(2) Kein Anspruch auf eine Versicherungsleistung besteht, wenn die Berufsunfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit verursacht wurde:

- a. in Zusammenhang mit **kriegerischen Ereignissen**. Ein Anspruch auf Versicherungsleistung besteht aber, wenn die versicherte Person diesen Ereignissen während eines Aufenthaltes außerhalb der Republik Österreich ausgesetzt und an diesen

nicht aktiv beteiligt war.

- b. in Zusammenhang mit dem Einsatz von **atomaren, biologischen oder chemischen Waffen** oder dem Einsatz oder der Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen **Stoffen**, die das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen in so ungewöhnlichem Ausmaß gefährden oder schädigen, dass zu deren Abwehr oder Bekämpfung der Einsatz des staatlichen Krisen- und Katastrophenschutzmanagement oder vergleichbarer Einrichtungen nötig ist.

(3) Kein Anspruch auf eine Versicherungsleistung besteht außerdem, wenn die Berufsunfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit verursacht wurde:

- a. durch die vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines **Verbrechens oder Vergehens** durch die versicherte Person.
- b. durch **widerrechtliche Handlungen**, mit denen Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben.
- c. durch **absichtliche Herbeiführung** von Krankheit oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchten Selbstmord. Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbildung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind.

§ 5 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt, sobald wir die Annahme Ihres Antrages durch Zustellung der Police erklärt und Sie die erste Prämie innerhalb der Zahlungsfrist bezahlt haben. Vor dem vertraglich vereinbarten Beginn der Versicherungsdauer besteht kein Versicherungsschutz.

(2) Der Versicherungsschutz endet mit dem Tod der versicherten Person, spätestens mit Ende der Versicherungsdauer.

§ 6 Leistungen des Versicherers im Versicherungsfall

(1) Berufsunfähigkeit

a) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer berufsunfähig im Sinne des § 2 dieser Bedingungen, so leisten wir die vertraglich vereinbarte versicherte Rente. Die Rente bezahlen wir für die Dauer der Berufsunfähigkeit monatlich im Voraus. Die erste Rente wird nach Maßgabe der Bestimmungen des § 10 fällig.

b) Die Rentenzahlung endet

- bei Wegfall der Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 oder
- bei Tod der versicherten Person,
- spätestens jedoch **bei Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer**.

c) Wiedereingliederungshilfe in der Variante Premiumschutz:

Endet in der von Ihnen gewählten Variante Premiumschutz die Rentenzahlung wegen Wegfalls der Berufsunfähigkeit, so leisten wir eine Wiedereingliederungshilfe als Einmalbetrag in Höhe von sechs Monatsrenten (maximal EUR 6.000,-), wenn die versicherte Person mindestens zwei Jahre ununterbrochen berufsunfähig im Sinne des § 2 war und unsere Leistungen wegen Wiederaufnahme der zuletzt ausgeübten oder Aufnahme einer anderen, ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entsprechende, Tätigkeit wegfallen. Die Wiedereingliederungshilfe kann insgesamt nur einmal aus dem gegenständlichen Versicherungsvertrag in Anspruch genommen werden.

Bei Wegfall der Arbeitsunfähigkeit im Sinne des § 3 dieser Bedingungen leisten wir keine Wiedereingliederungshilfe.

2) Arbeitsunfähigkeit in der Variante Premiumschutz

a) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer arbeitsunfähig im Sinne des § 3 dieser Bedingungen, so leisten wir die vertraglich vereinbarte versicherte Rente. Die Rente bezahlen wir für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit monatlich im Voraus.

Wir erbringen Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit über die gesamte Versicherungsdauer für insgesamt maximal 24 Monate. Dies gilt auch, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer mehrmals arbeitsunfähig wird.

Wir leisten nur für den Zeitraum, für den ein Arzt die Arbeitsunfähigkeit bescheinigt. Dabei akzeptieren wir Bescheinigungen bis zu zwei Monate in die Zukunft.

Die erste Rente wird nach Maßgabe der Bestimmungen des § 10 fällig.

b) Die Leistungsdauer in der Arbeitsunfähigkeit endet

- bei Wegfall der Arbeitsunfähigkeit im Sinne des § 3 dieser Bedingungen und zwar mit Ablauf des Monats, in dem das Ende der letzten ärztlichen Bescheinigung für die Arbeitsunfähigkeit (Krankmeldung) fällt,
- mit Beginn des Monats, ab dem wir Leistungen wegen **Berufsunfähigkeit** im Sinne des § 2 dieser Bedingungen erbringen,
- nach Ablauf von insgesamt 24 Monaten Leistungsdauer wegen Arbeitsunfähigkeit,

- bei Tod der versicherten Person,
- spätestens jedoch **bei Ablauf der Leistungsdauer**.

Sie müssen uns unverzüglich informieren, wenn die versicherte Person wieder arbeitsfähig ist.

Wir sehen Folgendes nicht als Unterbrechung der Arbeitsunfähigkeit an: Wenn die versicherte Person während einer stufenweisen Wiedereingliederung nach § 13a Arbeitsvertragsrechts-Anpassungsgesetz (AVRAG, siehe Anhang) in Verbindung mit § 143d Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG, siehe Anhang) ihre bisherige Tätigkeit teilweise verrichtet (Gesetzliche Wiedereingliederungszeit).

Wenn sich nachträglich herausstellt, dass die versicherte Person berufsunfähig war, gilt Folgendes: Wir verrechnen die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit mit den im selben Zeitraum erbrachten Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit. Dieser Zeitraum wird bei der Begrenzung der Dauer der Arbeitsunfähigkeitsrente auf 24 Monate nicht angerechnet. Wenn die versicherte Person erneut arbeitsfähig wird, kann sie für diesen Zeitraum erneut Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erhalten.

(3) Es ist nicht möglich, gleichzeitig Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit und Berufsunfähigkeit zu erhalten.

(4) Während der Leistung einer Rente ruht Ihre Pflicht zur Zahlung der Versicherungsprämien zu diesem Versicherungsvertrag. Bereits fällige und die im laufenden Versicherungsjahr noch fällig werdenden Prämien werden im Versicherungsfall abgezogen. Endet die Rentenzahlung wegen Wegfalls der Berufsunfähigkeit bzw. wegen Wegfalls der Arbeitsunfähigkeit ohne anschließender Berufsunfähigkeitsleistung, lebt die Prämienzahlungspflicht wieder auf.

§ 7 Pflichten des Versicherungsnehmers

(1) Sie sind verpflichtet den Antrag und die damit verbundenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Wenn eine andere Person versichert werden soll, ist auch diese für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung aller Fragen verantwortlich.

Tritt zwischen der Antragstellung und der Annahme des Antrages eine Erhöhung der Gefahr ein, so hat der Versicherungsnehmer, sobald er von der Gefahrenerhöhung Kenntnis erlangt, diese dem Versicherer unverzüglich in geschriebener Form zur Kenntnis zu bringen. Als Erhöhung der Gefahr gilt insbesondere eine erhebliche Erkrankung oder Verletzung der zu versichernden Person.

Verletzen Sie eine der vorstehend genannten Pflichten, sind wir gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen der §§ 23 - 31 VersVG (siehe Anhang) von der Verpflichtung zur Leistung frei.

(2) Werden Fragen schuldhaft unrichtig oder unvollständig beantwortet, können wir innerhalb von drei Jahren nach Abschluss oder Reaktivierung vom Versicherungsvertrag gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen der §§ 16 bis 21 VersVG (siehe Anhang) zurücktreten. Im Fall einer die Leistungspflicht des Versicherers erweiternden Änderung des Versicherungsvertrages können wir innerhalb von drei Jahren nur von dieser Änderung zurücktreten. Tritt der Versicherungsfall innerhalb dieser drei Jahre ein, können wir auch nach Ablauf dieser Frist zurücktreten.

Wir können den Rücktritt nur innerhalb eines Monats ab Kenntnis der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben erklären. Wir können nicht vom Versicherungsvertrag zurücktreten, wenn wir von der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben Kenntnis hatten oder der verschwiegene Umstand keinen Einfluss auf unsere Annahmementscheidung gehabt hätte.

Bei arglistiger Täuschung können wir den Versicherungsvertrag gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 22 VersVG (siehe Anhang) auch nach Ablauf der Dreijahresfrist, innerhalb von dreißig Jahren seit Abschluss, Reaktivierung oder einer die Leistungspflicht des Versicherers erweiternden Änderung des Versicherungsvertrages, anfechten.

Schuldhaft unrichtige oder unvollständige Angaben können darüber hinaus gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen der §§ 16 ff VersVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

(3) Haben Sie oder die versicherte Person ohne Verschulden oder in Unkenntnis die Anzeigepflicht verletzt, verzichten wir ausdrücklich zu Ihren Gunsten auf das uns gesetzlich zustehende Recht nach § 41 VersVG (siehe Anhang), ab Beginn der laufenden Versicherungsperiode den Versicherungsvertrag anzupassen oder den Versicherungsvertrag zu kündigen.

(4) Sie sind verpflichtet, die vereinbarten **Versicherungsprämien** an uns kostenfrei und bei Fälligkeit zu zahlen. Eine Stundung von Prämien muss mit uns im Einzelnen ausgehandelt und in geschriebener Form vereinbart werden.

(5) Laufende Prämien sind Jahresprämien. Sie können nach Vereinbarung auch halbjährlich, vierteljährlich oder monatlich bezahlt werden, dann jedoch mit einem Unterjährigkeitszuschlag, der als Prozentsatz der Prämie im Antrag und in der Police ausgewiesen ist. Im Versicherungsfall (§ 1 dieser Bedingungen) werden bereits fällige und die im laufenden Versicherungsjahr noch fällig werdenden Prämien abgezogen.

(6) Die erste Prämie wird mit Zustellung der Police, nicht aber vor Versicherungsbeginn und Aufforderung zur Prämienzahlung, fällig und ist sodann innerhalb von zwei Wochen zu bezahlen.

(7) Wenn Sie die erste Prämie nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Auf diese Rechtsfolgen werden wir in der Aufforderung zur Prämienzahlung noch einmal hinweisen. Es gilt als Rücktritt unsererseits, wenn wir die erste Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend machen.

(8) Ist die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles und nach Ablauf der in Absatz 6 genannten Frist noch nicht gezahlt, sind wir leistungsfrei; es sei denn, dass Sie an der rechtzeitigen Zahlung der Prämie ohne Verschulden verhindert waren. Sind Sie mit nicht mehr als 10 % der Jahresprämie, höchstens aber mit 60 Euro in Verzug, sind wir nicht leistungsfrei.

(9) Folgeprämien sind innerhalb von zwei Wochen jeweils ab dem in der Police angegebenen Fälligkeitstag zu zahlen.

(10) Ist vereinbart, dass die Folgeprämien monatlich bezahlt werden, so können diese nur im SEPA-Lastschriftverfahren gezahlt werden. Wir buchen die fälligen Prämien von dem uns angegebenen Konto ab.

(11) Wenn Sie eine Folgeprämie nicht rechtzeitig bezahlen, erhalten Sie eine Mahnung, mit welcher Ihnen eine Frist von mindestens zwei Wochen zur Zahlung gesetzt wird.

(12) Zahlen Sie den Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung festgesetzten Frist, können wir den Versicherungsvertrag zum Ablauf der festgesetzten Frist kündigen. Die Wirkungen der Kündigung entfallen, wenn Sie innerhalb eines Monats nach Kündigung die Zahlung nachholen, sofern der Versicherungsfall nicht schon eingetreten ist.

(13) Zahlen Sie den Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung festgesetzten Frist und tritt nach Ablauf der Frist der Versicherungsfall ein, so sind wir leistungsfrei, es sei denn, Sie waren an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert. Sind Sie mit nicht mehr als 10 % der Jahresprämie, höchstens aber mit 60 Euro in Verzug, sind wir nicht leistungsfrei.

(14) Im Falle unserer Kündigung vermindert sich Ihr Versicherungsschutz auf die prämiensfreie Versicherungsleistung (§ 16 Absatz 2 dieser Bedingungen). Bei Unterschreitung der Mindestversicherungsleistung gemäß § 16 Absatz 3 dieser Bedingungen entfällt der Versicherungsschutz zur Gänze.

(15) Nach Eintritt des Versicherungsfalles sind Sie nach Maßgabe der §§ 9 und 11 verpflichtet, an der Feststellung und Nachprüfung der Leistungspflicht mitzuwirken.

§ 8 Bestimmungen über Prämie (Risikoprämie, tarifliche Kosten, Gebühren und Prämienanpassung)

(1) Die Versicherungsprämien sind als über die Prämienzahlungsdauer gleichbleibende Durchschnittsprämien berechnet und dienen nach Abzug der gesetzlichen Versicherungssteuer sowie der Prämienanteile für Abschlusskosten (lit. b) und Verwaltungskosten (lit. c) zur Deckung des versicherten Risikos der Berufsunfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit (lit. a). Da das versicherte Risiko aufgrund des zunehmenden Alters der versicherten Person nicht konstant bleibt, sondern ansteigt, werden Teile der bezahlten Prämie zum Zeitpunkt der Zahlung nicht zur Deckung des versicherten Risikos benötigt und der Deckungsrückstellung zugeführt. Diese Deckungsrückstellung wird verwendet, um das mit fortschreitendem Alter steigende Risiko abzudecken.

- Deckung des versicherten Risikos (Risikoprämien):** Die Prämienanteile zur Deckung des versicherten Risikos der Berufsunfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit (Risikoprämien) richten sich nach dem Alter und dem Beruf der versicherten Person sowie den vereinbarten Leistungen, und der Versicherungs- und Prämienzahlungsdauer. Bei der Berechnung des relevanten Alters wird ein begonnenes Lebensjahr als voll gerechnet, wenn davon am Tag, an welchem laut Police das erste Versicherungsjahr beginnt, mehr als sechs Monate vergangen sind. Die Risikoprämien errechnen sich jährlich aus der Differenz zwischen dem Barwert der vereinbarten Versicherungsleistungen und dem Geldwert der Deckungsrückstellung, multipliziert mit der Wahrscheinlichkeit für den Eintritt eines Leistungsfalles nach Maßgabe der für den jeweiligen Tarif geltenden Wahrscheinlichkeitstabellen. Für die Übernahme erhöhter Risiken - insbesondere wegen Krankheit, Beruf, Sport - werden wir Zusatzprämien zur Versicherungsprämie oder besondere Bedingungen mit Ihnen vereinbaren.
- Abschlusskosten:** Die Abschlusskosten betragen 12,50 % der Prämie ohne Versicherungssteuer bei jeder Prämienzahlung.
- Verwaltungskosten:** Die Verwaltungskosten werden jährlich fällig und betragen 0,2 % der vereinbarten jährlichen Rente zuzüglich EUR 12,00 Stückkosten. Während einer prämiensfreien Zeit nach erfolgter Kündigung fallen keine Stückkosten an.

(2) Alle in Absatz 1 genannten Prämien- und Kostenbestandteile berücksichtigen wir bereits bei der Kalkulation Ihrer Prämien, sie sind daher in Ihren Prämien enthalten. Bei prämiensfrei gestellten Verträgen entnehmen wir die Risiko- und Verwaltungskosten zur Gänze der Deckungsrückstellung.

(3) Für prämienerhöhende Vertragsänderungen gelten die Bestimmungen über die Abschluss- und Verwaltungskosten in gleicher Weise.

(4) Die Rechnungsgrundlagen für die Ermittlung der Prämienanteile und tariflichen Kosten nach Absatz 1 sind Teil der versicherungsmathematischen Grundlagen des jeweiligen Tarifes. Diese

können für bestehende Verträge - außer in den in Absatz 5 definierten Fällen - von uns nicht verändert werden. Ihre korrekte Anwendung ist von der Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA) jederzeit überprüfbar.

oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege nach Maßgabe der Voraussetzungen des § 11a VersVG (siehe Anhang).

(5) **Prämienanpassung:**

Wir sind berechtigt, die Prämien im Falle einer nicht nur vorübergehenden und nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfes der Versichertengemeinschaft gegenüber den versicherungsmathematischen Grundlagen und der daraus errechneten Prämie nach Maßgabe der folgenden Kriterien im Sinne des § 172 in Verbindung mit 178f VersVG (siehe Anhang) zu erhöhen. Bloß vom Älterwerden der versicherten Person oder von der Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes abhängige Anpassungen dürfen nicht vorgenommen werden.

a. Als für die Änderung der Prämien maßgebende Umstände werden die Veränderungen des folgenden Faktors vereinbart:

Die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen, bezogen auf die zu diesem Tarif versicherten Personen (Änderung der Eintrittswahrscheinlichkeiten für den Versicherungsfall laut Geschäftsplan).

b. Im Falle einer Prämienhöhung werden wir Ihnen auf Ihr Verlangen hin, die Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungen anbieten. Wir weisen darauf hin, dass es in diesem Falle bei Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleichbleibender Prämie zu einer Reduzierung der Versicherungsleistung im Verhältnis der geänderten Prämie zur bisherigen Prämie kommen kann.

c. Die Erklärung über eine Prämienänderung wird frühestens zum auf die Absendung folgenden Monatsersten wirksam.

(6) **Gebühren:**

Für durch Sie veranlasste Mehraufwendungen verrechnen wir angemessene Gebühren. Das Gebührenblatt bildet einen integrierenden Bestandteil des Vertrages und ist dauerhaft im Internet unter www.keinesorgen.at/bedingungen abrufbar.

Diese Gebühren sind wertgesichert und verändern sich ab Januar eines jeden Kalenderjahres in demselben Ausmaß, in dem sich die Indexzahl des von der STATISTIK AUSTRIA monatlich verlaublichen Verbraucherpreisindex 2000 oder ein von Amts wegen an seine Stelle tretender Index gegenüber der Indexzahl für den Monat Januar des Jahres des Inkrafttretens des Tarifes verändert hat. Der Versicherer ist dessen unbeschadet berechtigt, geringere als die sich nach dieser Indexklausel ergebenden Gebühren zu verlangen, ohne dass dadurch das Recht verloren geht, für die Zukunft wieder die indexkonformen Gebühren zu verlangen. Aus der Nichtgeltendmachung über einen längeren Zeitraum können keine Rechte, insbesondere kein Verzicht, abgeleitet werden.

§ 9 Anspruchsstellung und Mitwirkungspflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person

(1) Für die Anmeldung von Leistungsansprüchen ist keine Meldefrist vereinbart. Werden jedoch Ansprüche so spät angemeldet, dass der Eintritt der Berufsunfähigkeit gemäß § 2 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 Absatz 2 vorgelegt werden.

Wenn Sie Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit beantragen, müssen Sie folgende Unterlagen vorlegen:

- Die in § 3 dieser Bedingungen genannten ärztlichen Bescheinigungen wegen Arbeitsunfähigkeit und
- Angaben zur Diagnose.

Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erbringen wir nicht automatisch, wenn die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit enden. Leistungen wegen Berufsunfähigkeit müssen Sie getrennt beantragen. Sie können dies gleichzeitig tun oder zu einem späteren Zeitpunkt. Wir prüfen dann, ob die versicherte Person nach § 2 dieser Bedingungen berufsunfähig ist.

(2) Werden Leistungen für den Versicherungsfall der Berufsunfähigkeit aus diesem Versicherungsvertrag verlangt, so sind folgende Unterlagen einzureichen:

- a. eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit nach Maßgabe der Voraussetzungen des § 11a VersVG (siehe Anhang),
- b. ausführliche Berichte der Ärzte nach Maßgabe der Voraussetzungen des § 11a VersVG (siehe Anhang), die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer der Gesundheitsstörungen, sowie über das Ausmaß der Berufsunfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit,
- c. Nachweise über die berufliche Tätigkeit der versicherten Person, ihre Stellung und ihre genaue Tätigkeit zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie die eingetretenen Veränderungen, die die Berufsunfähigkeit begründen,
- d. Unterlagen über die finanzielle Lebensstellung aus der beruflichen Tätigkeit der versicherten Person und deren Veränderungen vor und nach Eintritt der Berufsunfähigkeit (z.B. Einkommenssteuerbescheide),
- e. bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person

Sämtliche Unterlagen sind in deutscher Sprache einzureichen.

(3) Wir können außerdem nach Maßgabe der Voraussetzungen des § 11a VersVG (siehe Anhang) weitere Untersuchungen und Gutachten durch von uns beauftragte Ärzte und Gutachter sowie notwendige Nachweise verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Außerdem können wir verlangen, dass diese weiteren ärztlichen Untersuchungen in Österreich vorgenommen werden, auch wenn die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz außerhalb Österreichs hat. Diese Untersuchungskosten werden von uns getragen, nicht jedoch die Reise- und Aufenthaltskosten.

(4) Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime, Sanatorien, Versorgungs- und Fürsorgeämter sowie andere Personenversicherer, Sozialversicherungsträger und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen. Die befragten Personen sind von ihrer Schweigepflicht uns gegenüber zu befreien.

(5) Lässt die versicherte Person operative Behandlungen zur Förderung der Heilung oder Minderung der Berufsunfähigkeit nicht durchführen, so steht dies unserer Leistungspflicht nicht entgegen. Die versicherte Person ist jedoch sehr wohl verpflichtet, geeignete Heilbehelfe zu verwenden (etwa Seh- und Hörhilfen, Prothesen, Stützstrümpfe) und zumutbare Heilbehandlungen vornehmen zu lassen, die eine wesentliche Besserung der gesundheitlichen Beeinträchtigung erwarten lassen. Als zumutbar sind solche Heilbehandlungen anzusehen, die im Wesentlichen gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind, nicht jedoch Heilbehandlungen, die mit einem operativen Eingriff verbunden sind.

(6) Eine Minderung oder der Wegfall der Berufsunfähigkeit sowie der Pflegebedürftigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen. Ebenso ist uns die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit durch die versicherte Person unverzüglich mitzuteilen.

(7) Solange eine der vorgenannten Mitwirkungspflichten von Ihnen, der versicherten Person oder einem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir nach Maßgabe des § 12 dieser Bedingungen von der Verpflichtung zur Leistung frei.

§ 10 Fälligkeit der Leistung und Erklärungen über die Leistungspflicht

(1) Die Versicherungsleistung für die Berufsunfähigkeit ist fällig, wenn die Berufsunfähigkeit mindestens 6 Monate ununterbrochen bestanden hat. In diesem Fall wird die Rente rückwirkend ab jenem Monatsersten bezahlt, der auf den ärztlich nachgewiesenen Beginn der Berufsunfähigkeit folgte.

(1a) Die Versicherungsleistung für die Arbeitsunfähigkeit ist fällig, wenn die in § 3 dieser Bedingungen genannten ärztlichen Bescheinigungen zur Arbeitsunfähigkeit und zu den Angaben zur Diagnose vollständig bei uns eingelangt sind.

(2) Wir sind verpflichtet, nach Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung nötigen Erhebungen unverzüglich zu erklären, ob, in welchem Umfang und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen.

(3) Bei Feststellung oder Anerkennung unserer Leistungspflicht ist die Leistung gleichzeitig mit unserer Erklärung darüber fällig, frühestens jedoch zum in Absatz 1 bzw. Absatz 1a bestimmten Zeitpunkt.

(4) Die Fälligkeit der Leistung tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Anspruchsberechtigte nach Ablauf zweier Monate seit Anspruchserhebung eine Erklärung von uns verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und wir diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entsprechen.

(5) Bis zur Erklärung unserer Leistungspflicht (Absatz 2) sind die Prämien weiter zu bezahlen; wir werden diese Prämien jedoch bei Feststellung oder Anerkennung unserer Leistungspflicht ab dem Zeitpunkt, ab dem eine Rentenleistung zuerkannt wird, zurückerzahlen.

(6) Auf Antrag in geschriebener Form stunden wir bis zur Erklärung unserer Leistungspflicht die zu bezahlenden Prämien. Die zinslose Stundung endet mit der Erklärung unserer Leistungspflicht. Nach Vereinbarung können Sie die gestundeten Prämien innerhalb eines Zeitraumes von 24 Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten nachzahlen.

(7) Rentenleistungen erbringen wir auf ein Girokonto des Berechtigten, das bei einem Kreditinstitut geführt wird, welches in einem der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum zugelassen ist.

(8) Ist die versicherte Person nicht mehr berufsunfähig im Sinne dieser Bedingungen, erlischt der Anspruch auf eine Versicherungsleistung. Die Einstellung der Rentenzahlung und der Wiederbeginn der Prämienzahlungspflicht werden mit dem unserer Mitteilung in geschriebener Form an den Anspruchsberechtigten zweitfolgenden Monatsersten wirksam.

§ 11 Nachprüfung des Fortbestehens der Berufsunfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit nachzuprüfen. Dabei können wir

insbesondere erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere berufliche Tätigkeit im Sinne des § 2 dieser Bedingungen ausübt, wobei neu erworbene berufliche Ausbildungen und Erfahrungen zu berücksichtigen sind.

(2) Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Kosten für diese Untersuchungen werden von uns getragen.

(3) Wir können jährlich einen Nachweis darüber verlangen, dass die versicherte Person noch am Leben ist.

§ 12 Folgen einer Verletzung der Mitwirkungspflichten gemäß §§ 9 und 11

(1) Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 9 oder § 11 von Ihnen, der versicherten Person oder einem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei.

(2) Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung nach Maßgabe des § 6 Absatz 3 VersVG (siehe Anhang) zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben.

(3) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag 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 Monats, in dem die Mitwirkungspflicht erfüllt wird, nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet.

§ 13 Meinungsverschiedenheiten

(1) Sind Sie mit unseren Entscheidungen nicht einverstanden, können Sie innerhalb eines Jahres nach Zugang unserer Erklärung den Anspruch gerichtlich geltend machen. Verstreicht diese Frist, ohne dass bei Gericht Klage erhoben wird, so sind weitergehende Ansprüche, als wir anerkannt haben, ausgeschlossen.

(2) Die Frist gemäß Absatz 1 beginnt erst, nachdem wir einen erhobenen Anspruch gegenüber dem Anspruchserhebenden in geschriebener Form gemäß § 12 Absatz 2 VersVG (siehe Anhang) begründet abgelehnt und diesen über die mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolgen informiert haben. Für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Anspruchserhebende ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruches gehindert ist, ist die Frist gehemmt (§ 12 Absatz 3 VersVG, siehe Anhang).

§ 14 Gewinnbeteiligung

(1) Entstehung des Gewinnes

Berufsunfähigkeits-Versicherungsverträge sind in der Regel langjährige Versicherungsverträge. Um die Erbringung der vereinbarten Versicherungsleistung über die gesamte Versicherungsdauer hinweg sicherzustellen, sind die Prämien vorsichtig kalkuliert. Vorsichtige Annahmen werden insbesondere hinsichtlich der Wahrscheinlichkeiten für den Eintritt eines Versicherungsfalles getroffen. Regelmäßige Überschüsse in Form von Risikogewinnen sind die Folge der vorsichtigen Prämienkalkulation. Risikogewinne entstehen, wenn die Eintrittswahrscheinlichkeit für den Versicherungsfall innerhalb des Gewinn- oder Abrechnungsverbandes Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung im Schnitt niedriger ist, als bei der Kalkulation der garantierten Leistungen angenommen wurde.

(2) Verteilung der Überschüsse über Gewinn- und Abrechnungsverbände

Sie nehmen im Wege der Gewinnbeteiligung an den von uns erzielten Überschüssen teil. Die Aufteilung der Überschüsse erfolgt über Gewinn- und Abrechnungsverbände, in denen alle gleichartigen Versicherungsverträge zusammengefasst sind. Ihre Berufsunfähigkeitsversicherung gehört dem in Ihrer Polize angeführten Gewinnverband an.

An jedem Bilanzstichtag werden mindestens 85 % der im abgelaufenen Geschäftsjahr erzielten Überschüsse, die auf den Gewinnverband Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung entfallen, der Rückstellung für die Gewinnbeteiligung zugewiesen.

(3) Zuteilung der Gewinnanteile zu Ihrem Versicherungsvertrag

Die auf Ihren Versicherungsvertrag entfallenden Gewinnanteile werden auf Grundlage des für den Tarif Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung festgelegten Gewinnplans berechnet. Dieser Gewinnplan wurde auf Basis der Verordnung der Finanzmarktaufsicht über die Gewinnbeteiligung in der Lebensversicherung erstellt und der Finanzmarktaufsicht vorgelegt.

An jedem Bilanzstichtag wird nach Maßgabe des folgenden Absatzes 4 die Höhe der auf Ihre Berufsunfähigkeitsversicherung entfallenden Gewinnanteile ermittelt und der Rückstellung für die Gewinnbeteiligung zugewiesen.

Die erstmalige Zuteilung zu Ihrem Versicherungsvertrag erfolgt bereits zu Beginn des 1. Versicherungsjahres. Weitere Zuteilungen erfolgen jährlich während der Prämienzahlungsdauer.

(4) Berechnung der Gewinnanteile

Der Risikogewinnanteil wird als Prozentsatz (Risikogewinnsatz) der vorgeschriebenen Prämien berechnet. Die Höhe des Risikogewinnsatzes wird jährlich auf Grundlage der Höhe der Überschüsse, die der Rückstellung für Gewinnbeteiligung zugewiesen wurden, festgelegt.

(5) Verwendung der Gewinnanteile

Der Risikogewinnanteil wird von den vorgeschriebenen Prämien in Form eines Sofortbonus abgezogen und mindert so den zu bezahlenden Betrag.

(6) Gewinnbeteiligung während der Zahlung einer Rente

Besteht nach Eintritt des Versicherungsfalles der Anspruch auf eine Rentenzahlung, so bildet der Versicherer eine Deckungsrückstellung, um die garantierten Rentenleistungen über die gesamte Anspruchsdauer zu gewährleisten. Bei der Berechnung dieser Deckungsrückstellung wird eine Verzinsung mit dem Rechnungszinssatz kalkuliert. Dieser ist über die gesamte Vertragslaufzeit garantiert und muss unter Berücksichtigung der Höchstzinssatzverordnung der Finanzmarktaufsicht vorsichtig festgelegt werden.

Aus diesem Grund können sich aus der Veranlagung Kapitalerträge ergeben, welche die kalkulierte Verzinsung mit dem Rechnungszinssatz übersteigen. Aus diesen Kapitalerträgen ergibt sich der Zinsgewinnanteil.

Der Zinsgewinnanteil berechnet sich als Prozentsatz (Zinsgewinnsatz) der am Ende des der Zuteilung unmittelbar vorangehenden Versicherungsjahres bestehenden Deckungsrückstellung. Der Zinsgewinnanteil erhöht jährlich die laufenden Rentenzahlungen. Das Ausmaß der Erhöhung werden wir Ihnen in jedem Versicherungsjahr mitteilen.

(7) Die Bemessungsgrundlage für die Gewinnbeteiligung nach der Lebensversicherungs-Gewinnbeteiligungsverordnung sowie die Gewinnanteilssätze und der Verteilungszeitraum werden jährlich im Anhang zum Jahresabschluss angeführt und veröffentlicht (<https://www.keinesorgen.at/wir-ueber-uns>).

§ 15 Kündigung

(1) Sie können Ihren Versicherungsvertrag schriftlich, sofern die Schriftform vereinbart wurde, ansonsten in geschriebener Form, kündigen:

- jederzeit mit Wirkung zum Schluss des laufenden Versicherungsjahres
- während eines Versicherungsjahres mit einmonatiger Frist mit Wirkung zum Monatsende, frühestens jedoch mit Wirkung zum Ende des ersten Versicherungsjahres.

(2) Im Falle der Kündigung Ihres Versicherungsvertrages besteht kein Anspruch auf Auszahlung eines Rückkaufwertes.

Beziehen Sie bereits eine Rentenleistung aus diesem Versicherungsvertrag, so besteht kein Anspruch auf Auszahlung eines Rückkaufwertes, einer Gewinnbeteiligung oder einer Kapitalabfindung.

§ 16 Kündigung und Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung

(1) Sie können die Umwandlung Ihres Versicherungsvertrages in eine prämienfreie Versicherung schriftlich, sofern die Schriftform vereinbart wurde, ansonsten in geschriebener Form, beantragen

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

(2) Bei einer Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung setzen wir die versicherten Leistungen auf eine prämienfreie Leistung herab. Die verminderte garantierte Leistung ergibt sich nach versicherungsmathematischen Grundsätzen aus der zum Prämienfreistellungszeitpunkt vorhandenen Deckungsrückstellung abzüglich eines Abschlags von 45 % sowie abzüglich der während der prämienfreien Zeit anfallenden Verwaltungskosten, der Kosten für die Übernahme des Risikos und der Verzinsung mit dem Rechnungszins.

(3) Beträgt die prämienfreie versicherte jährliche Rente weniger als EUR 1.200,-- so ist die Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung nicht möglich.

(4) Im Falle einer Prämienfreistellung erhalten Sie eine neue Polize mit den angepassten Versicherungssummen.

§ 17 Flex-Option (Nachversicherung)

(1) Mit der in Ihrem Berufsunfähigkeitsversicherungs-Vertrag vereinbarten Flex-Option haben Sie das Recht gegen entsprechende Prämienzahlung, bei Eintritt eines der nachfolgend beschriebenen Ereignisse ohne erneute Gesundheitsprüfung

- Ihre vereinbarte Rente zu erhöhen
- die vereinbarte Versicherungsdauer zu verlängern
- die vereinbarte Leistungsdauer zu verlängern
- die Vereinbarung der Leistungsdauer in Jahren in eine Vereinbarung eines bestimmten Enddatums für die Leistungsdauer und umgekehrt zu ändern

(2) Versicherte Ereignisse der versicherten Person

- Heirat oder Schließung/Eingehung einer eingetragenen Partnerschaft,
- Ehescheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Partnerschaft,
- Geburt eines Kindes,
- Adoption eines minderjährigen Kindes,
- Tod des Ehe- oder Lebenspartners
- Karrieresprung, das ist eine Steigerung des monatlichen Gehalts aus unselbständiger Tätigkeit von mindestens 15 % gegenüber dem durchschnittlichen monatlichen unselbständigen Bruttoeinkommen des Vorjahres,
- Erstmalige Aufnahme der hauptberuflichen Selbständigkeit,
- Karrieresprung der selbständigen versicherten Person, das ist eine Steigerung des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern der letzten 3 Jahre um mindestens 30 % gegenüber den 3 davorliegenden Jahren
- Erstmalige Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit bei versicherten Schülern, Studenten und Auszubildenden nach Abschluss der jeweiligen Ausbildung (Matura, Studium, Lehre),
- Aufnahme eines Kredits von mindestens EUR 40.000,-- bei einem in Österreich zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Kreditinstitut, der der Finanzierung des Erwerbes oder der Verbesserung einer selbstgenutzten Immobilie dient.

Das Recht auf Nachversicherung können Sie innerhalb von sechs Monaten ab Eintritt eines der oben genannten Ereignisse ausüben. Zusätzlich haben Sie ereignisunabhängig innerhalb von zwei Monaten nach dem 35. Geburtstag das Recht auf Nachversicherung.

Der Eintritt des jeweiligen Ereignisses ist gleichzeitig mit dem Antrag in geschriebener Form mit geeigneten Urkunden nachzuweisen. Geeignete Urkunden sind etwa Heiratsurkunde, Geburtsurkunde, Sterbeurkunde, Einkommensnachweise, Abschlusszeugnis, Dienstvertrag oder Kreditvertrag.

Sie können Ihr Recht auf Nachversicherung je eingetretenem Ereignis und je versicherter Person nur einmal geltend machen. Das Recht auf Nachversicherung kann je Ereignis nicht bei mehreren Versicherungsverträgen gleichzeitig geltend gemacht werden.

Je Versicherungsvertrag sind höchstens bis zu fünf Anpassungen im Rahmen der Nachversicherung möglich.

(3) Erhöhung der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente:

Eine Erhöhung der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente im Rahmen der Flex-Option ist unter folgenden Voraussetzungen möglich:

- Die vereinbarte monatliche Berufsunfähigkeitsrente muss pro Ereignis um mindestens EUR 100,00 erhöht werden.
- Eine Erhöhung der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente ist pro Ereignis auf 50 % der bei Vertragsabschluss vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente begrenzt.
- Die Berufsunfähigkeitsrente darf insgesamt (inklusive sämtlicher Erhöhungen des Versicherungsvertrags) das Doppelte der bei Vertragsabschluss vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente nicht übersteigen.
- Die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente pro Jahr darf durch die Erhöhung 60 % des Jahresbruttoeinkommens des Vorjahres der versicherten Person oder monatlich 3.000,- nicht überschreiten. Berufsunfähigkeitsrenten aus anderen Versicherungsverträgen der versicherten Person sind dabei zu berücksichtigen.
- Bei Schülern und Studenten; versicherten Personen, die ausschließlich den Haushalt führen; sich in Karenz befinden; oder aus dem Berufsleben ausgeschieden sind, darf die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente inkl. Erhöhung den Betrag von monatlich EUR 500,00 nicht überschreiten

(4) Verlängerung der vereinbarten Versicherungsdauer

Bei einer Verlängerung der vereinbarten Versicherungsdauer im Rahmen der Flex-Option gelten die folgenden Voraussetzungen:

- Die Versicherungsdauer darf insgesamt maximal 20 Jahre über den ursprünglich bei Vertragsabschluss vereinbarten Ablauf hinaus verlängert werden.
- Die Versicherungsdauer darf insgesamt (inklusive sämtlicher Verlängerungen) das Doppelte der bei Vertragsabschluss vereinbarten Versicherungsdauer nicht übersteigen.
- Die versicherte Person ist zum Ablauf der neuen Versicherungsdauer nicht älter als 67 Jahre.
- Die versicherte Person ist zum neuen Leistungsdauerende nicht älter als 67 Jahre.
- Die Versicherungsdauer wird nur um ganze Versicherungsjahre verlängert.

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, dann gilt zusätzlich folgendes:

- Die Prämienzahlungsdauer verlängert sich um dieselbe Anzahl an Jahren, um die sich die Versicherungsdauer verlängert.
- Ist bei Ihrem Versicherungsvertrag eine Leistungsdauer in Jahren vereinbart, dann bleibt die Leistungsdauer bei einer reinen Verlängerung der Versicherungsdauer unverändert.
- Ist bei Ihrem Versicherungsvertrag die Leistungsdauer längstens bis zu einem bestimmten Enddatum vereinbart, dann wird dieses Enddatum mindestens auf den neuen Ablauf der Versicherungsdauer geändert.

(5) Verlängerung der vereinbarten Leistungsdauer für den Fall der Berufsunfähigkeit

Eine Verlängerung der vereinbarten Leistungsdauer der Berufsunfähigkeitsrente im Rahmen der Flex-Option ist unter folgenden Voraussetzungen möglich:

- Bei einer vereinbarten Leistungsdauer in Jahren, darf die Leistungsdauer auf maximal 10 Jahre verlängert werden.
- Bei einer vereinbarten Leistungsdauer bis zu einem bestimmten Enddatum darf das Enddatum nach der Verlängerung das Versicherungsdauerende höchstens um die Anzahl der Jahre der bei Vertragsabschluss vereinbarten Versicherungsdauer, maximal jedoch um 15 Jahre übersteigen.
- Die versicherte Person ist zum neuen Leistungsdauerende nicht älter als 67 Jahre
- Die Leistungsdauer wird nur um ganze Jahre verlängert.

(6) Wechsel der Rentenzahlungsvereinbarung

Bei einem Wechsel von einer Vereinbarung der Leistungsdauer in Jahren in eine Vereinbarung eines bestimmten Enddatums für die Leistungsdauer oder umgekehrt gelten die Voraussetzungen und Begrenzungen gemäß § 17 Absatz 5 dieser Bedingungen.

(7) Beginn der Nachversicherung

Die Nachversicherung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Erhalt Ihres Antrags samt geeigneter Nachweise, sofern diese bis zum 15. des Vormonats bei uns eingelangt sind und alle bisher fälligen Prämien vollständig bezahlt sind.

(8) Zusatzprämie

Die Zusatzprämie bemisst sich nach dem in Ihrem Versicherungsvertrag vereinbarten Tarif und dem im Grundvertrag vereinbarten Zu- und Abschlägen. Sie hängt von dem zum Änderungszeitpunkt erreichten rechnermäßigen Alter der versicherten Person, der verbleibenden Versicherungs-, Prämienzahlungs- und Leistungsdauer sowie der Höhe der versicherten Rente ab.

(9) Wegfall der Flex-Option (Nachversicherung)

Die Flex-Option besteht nicht oder erlischt,

- wenn die versicherte Person das 45. Lebensjahr vollendet hat,
- wenn die verbleibende Prämienzahlungsdauer des ursprünglichen Versicherungsvertrags weniger als fünf Jahre beträgt oder bereits abgelaufen ist,
- wenn vor Ausübung der Flex-Option bereits ein Versicherungsfall wegen Berufs-, Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit oder schwerer Krankheit (Dread Disease) in einem Versicherungsvertrag der versicherten Person eingetreten/beantragt/entstanden ist,
- wenn die versicherte Person bei Ausübung der Flex-Option arbeitsunfähig krankgeschrieben ist,
- wenn vor Ausübung der Flex-Option bereits ein Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Sozialversicherung (z.B. Erwerbsunfähigkeits-, Berufsunfähigkeits-, Invaliditätspension bzw. Rehabilitations- oder Umschulungsgeld) beantragt oder entstanden ist, oder
- wenn der Versicherungsvertrag gekündigt und/oder in eine prämienfreie Versicherung umgewandelt wurde.

Außerdem erlischt die Flex-Option, wenn wir vom Versicherungsvertrag wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zurücktreten oder den Versicherungsvertrag anfechten. Wurde der Versicherungsvertrag aufgrund der Ausübung einer Umstiegsoption mit gleichzeitiger Erhöhung der Versicherungssumme ohne erneute Gesundheitsprüfung (z.B. aus der Existenzkasko-Versicherung) abgeschlossen, ist die Ausübung der Flex-Option nach dieser Nachversicherung ohne neuerliche Gesundheitsprüfung ausgeschlossen. Ein Umstieg von der Variante Basisschutz auf die Variante Premiumschutz ist im Rahmen der Flex-Option nicht möglich.

§ 18 Verpfändung, Abtretung und Vinkulierung

- Eine **Verpfändung** oder **Abtretung** ist uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns angezeigt wird. Bestehen berechnete Zweifel an einer angezeigten Verpfändung oder Abtretung, können wir im Leistungsfall verlangen, dass uns der Pfandgläubiger oder Zessionar sein Recht nachweist.
- Eine **Vinkulierung** bedarf neben der Anzeige zu ihrer Wirksamkeit auch unserer Zustimmung.

§ 19 Form und Wirksamkeit von Erklärungen

- Für alle Ihre Mitteilungen und Erklärungen ist die geschriebene Form erforderlich, sofern und soweit nicht die Schriftform ausdrücklich und mit gesonderter Erklärung vereinbart wurde. Für die geschriebene Form ist keine Unterschrift oder qualifizierte elektronische Signatur erforderlich, wenn aus der Erklärung die Person des Erklärenden hervorgeht (z.B. E-Mail oder - sofern vereinbart - elektronische Kommunikation gem. § 5a VersVG, siehe Anhang). Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden oder mit einer qualifizierten elektronischen Signatur gemäß § 4 Signatur- und Vertrauensdienstegesetz (siehe Anhang) zugehen muss.

- Wenn Sie Ihren Wohnort wechseln, müssen Sie uns Ihre neue Adresse mitteilen, andernfalls

richten wir unsere Erklärungen rechtswirksam an Ihre letzte uns bekannte Adresse.

§ 20 Bezugsberechtigung

(1) Bezugsberechtigt ist **die versicherte Person**.

(2) Der Bezugsberechtigte erwirbt das Recht auf die Leistung mit Eintritt des Versicherungsfalles.

§ 21 Vertragsgrundlagen

Vertragsgrundlagen sind Ihr Antrag, die Polize und die Versicherungsbedingungen.

§ 22 Anwendbares Recht

Dieser Versicherungsvertrag unterliegt österreichischem Recht unter Ausschluss der Verweisungsnormen des österreichischen internationalen Privatrechts.

§ 23 Aufsichtsbehörde

Der Versicherer und der diesem Versicherungsvertrag zugrunde liegende Tarif unterliegen der Aufsicht durch die Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA), 1090 Wien, Otto-Wagner-Platz 5.

§ 24 Erfüllungsort

Erfüllungsort für die Versicherungsleistung ist die Generaldirektion des Versicherers.

Anhang

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) BGBl. Nr. 2/1959 idF BGBl. I Nr. 51/2018

§ 5a. (1) Die Vereinbarung der elektronischen Kommunikation bedarf der ausdrücklichen Zustimmung des Versicherungsnehmers, die gesondert erklärt werden muss. Sie kann von jeder der Vertragsparteien jederzeit widerrufen werden. Auf dieses Recht ist der Versicherungsnehmer vor Einholung seiner Zustimmung hinzuweisen.

(2) Bei Vereinbarung der elektronischen Kommunikation können sich die Vertragsparteien die Schriftform nur für Erklärungen, die Bestand oder Inhalt des Versicherungsverhältnisses betreffen, ausbedingen, sofern dies aus Gründen der Rechtssicherheit sachlich gerechtfertigt und für den Versicherungsnehmer nicht gröblich benachteiligend ist. Eine solche Vereinbarung der Schriftform bedarf der ausdrücklichen Zustimmung des Versicherungsnehmers, die gesondert erklärt werden muss. Die Vereinbarung der Schriftform für Rücktrittserklärungen nach § 5c ist unzulässig.

(3) Bei Vereinbarung der elektronischen Kommunikation kann der Versicherer Versicherungsbedingungen, Versicherungsscheine nach Maßgabe des § 3 Abs. 1, Erklärungen und andere Informationen, der Versicherungsnehmer Erklärungen und andere Informationen elektronisch übermitteln. Die elektronische Übermittlung durch den Versicherer kann auf einem anderen dauerhaften Datenträger als Papier oder über eine Website (Abs. 9) erfolgen, wenn die übrigen Voraussetzungen des § 128a Abs. 2 Z 1 und Z 2 VAG 2016 erfüllt sind.

(4) Auch bei Vereinbarung der elektronischen Kommunikation haben die Vertragsparteien das Recht, ihre Erklärungen und Informationen auf Papier zu übermitteln. Macht der Versicherer davon oder vom Recht des Widerrufs dieser Vereinbarung Gebrauch, so muss er den Versicherungsnehmer rechtzeitig elektronisch davon verständigen und ihn dabei auf die Rechtsfolgen des § 10 hinweisen.

(5) Hat der Versicherungsnehmer Versicherungsbedingungen, Versicherungsscheine, Erklärungen oder andere Informationen nur elektronisch erhalten, so ist ihm auf Verlangen unentgeltlich eine Papierfassung zu überlassen. Auf dieses Recht ist der Versicherungsnehmer vor Einholung seiner Zustimmung zur elektronischen Kommunikation hinzuweisen.

(7) Bei elektronischer Übermittlung von vertragsrelevanten Inhalten ist der Versicherungsnehmer klar und deutlich darauf hinzuweisen, dass die Sendung einen Versicherungsschein oder eine bestimmte andere vertragsrelevante Information betrifft.

(9) Bei Übermittlung von vertragsrelevanten Inhalten über eine Website muss der Versicherer Versicherungsbedingungen während der gesamten Vertragslaufzeit, Erklärungen und andere Informationen während der Zeit, in der sie bedeutend sind, unverändert auf der bekanntgegebenen Stelle dieser Website dauerhaft zur Abfrage bereitstellen und es dem Versicherungsnehmer auch ermöglichen, die Versicherungsbedingungen dauerhaft zu speichern und laufend wiederzugeben.

(10) Sind die Erfordernisse der Abs. 3 und 9 erfüllt und bei der Übermittlung auch beachtet worden, so wird vermutet, dass die Sendung dem Empfänger elektronisch zugegangen ist.

(11) Die Abs. 1 bis 10 gelten auch für die elektronische Kommunikation zwischen dem Versicherer und einem Versicherten oder einem sonstigen Dritten

§ 6. (1) Ist im Vertrag bestimmt, daß bei Verletzung einer Obliegenheit, die vor dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, daß die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen.

(1a) Bei der Verletzung einer Obliegenheit, die die dem Versicherungsvertrag zugrundeliegende Äquivalenz zwischen Risiko und Prämie aufrechterhalten soll, tritt die vereinbarte Leistungsfreiheit außerdem nur in dem Verhältnis ein, in dem die vereinbarte hinter der für das höhere Risiko tarifmäßig vorgesehenen Prämie zurückbleibt. Bei der Verletzung von Obliegenheiten zu sonstigen bloßen Meldungen und Anzeigen, die keinen Einfluß auf die

Beurteilung des Risikos durch den Versicherer haben, tritt Leistungsfreiheit nur ein, wenn die Obliegenheit vorsätzlich verletzt worden ist.

(2) Ist eine Obliegenheit verletzt, die vom Versicherungsnehmer zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Erhöhung der Gefahr dem Versicherer gegenüber - unabhängig von der Anwendbarkeit des Abs. 1a - zu erfüllen ist, so kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluß auf den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

(3) Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, daß eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Wird die Obliegenheit nicht mit dem Vorsatz verletzt, die Leistungspflicht des Versicherers zu beeinflussen oder die Feststellung solcher Umstände zu beeinträchtigen, die erkennbar für die Leistungspflicht des Versicherers bedeutsam sind, so bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluß gehabt hat.

(4) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt sein soll, ist unwirksam.

(5) Der Versicherer kann aus der fahrlässigen Verletzung einer vereinbarten Obliegenheit Rechte nur ableiten, wenn dem Versicherungsnehmer vorher die Versicherungsbedingungen oder eine andere Urkunde zugegangen sind, in der die Obliegenheit mitgeteilt wird.

§ 11a. (1) Der Versicherer darf im Zusammenhang mit Versicherungsverhältnissen, bei welchen der Gesundheitszustand des Versicherten oder eines Geschädigten erheblich ist, personenbezogene Gesundheitsdaten verarbeiten, soweit dies

1. zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen ein Versicherungsvertrag abgeschlossen oder geändert wird, oder

2. zur Verwaltung bestehender Versicherungsverträge oder

3. zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem Versicherungsvertrag unerlässlich ist. Das Verbot der Verarbeitung von Daten aus genetischen Analysen gemäß § 67 Gentechnikgesetz bleibt unberührt.

(2) Versicherer dürfen personenbezogene Gesundheitsdaten für die in Abs. 1 genannten Zwecke nur auf folgende Art ermitteln:

1. durch Befragung der Person, die versichert werden soll oder bereits versichert ist, beziehungsweise durch Befragung des Geschädigten oder

2. anhand der vom Versicherungsnehmer oder vom Geschädigten beigebrachten Unterlagen oder

3. durch Auskünfte von Dritten bei Vorliegen einer für den Einzelfall erteilten ausdrücklichen Einwilligung des Betroffenen (Art. 7 der Verordnung (EU) 2016/679 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung), ABl. Nr. L 119 vom 4. 5. 2016 S. 1, in der Fassung der Berichtigung ABl. Nr. L 314 vom 22. 11. 2016 S. 72) oder

4. zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall durch Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge (Gesundheitsdienstleister) über Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung, sofern der Betroffene seine Einwilligung zu der Ermittlung ausdrücklich und in einer gesonderten Erklärung, die er jederzeit widerrufen kann, in geschriebener Form gegeben hat, nachdem ihn der Versicherer auf die Möglichkeit einer Einwilligung im Einzelfall (Z 3) aufmerksam machte und ihn klar und verständlich über die Folgen der Einwilligung sowie die Verweigerung der Einwilligung und über sein Widerrufsrecht im Falle der Einwilligung belehrte; solche Auskünfte dürfen erst eingeholt werden, nachdem der Betroffene von der beabsichtigten Auskunftserhebung unter Bekanntgabe der konkret nachgefragten Daten sowie des Zweckes der Datenermittlung verständigt und dabei über sein Widerspruchsrecht sowie die Folgen des Widerspruchs klar und verständlich belehrt wurde, und der Datenermittlung nicht binnen 14 Tagen (Einlangen des Widerspruchs) widersprochen hat; oder

5. durch Heranziehung sonstiger, dem Versicherer rechtmäßigerweise bekanntgewordener Daten; diese sind dem Betroffenen mitzuteilen; es steht ihm das Widerspruchsrecht gemäß Art. 21 der Verordnung (EU) 2016/679 zu.

§ 12. (1) 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 bekanntgeworden ist; ist dem Dritten dieses Recht nicht bekanntgeworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach zehn Jahren.

(2) Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer in geschriebener Form übermittelten Entscheidung des Versicherers gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung derzeit zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach zehn Jahren tritt jedoch die Verjährung jedenfalls ein.

(3) Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb eines Jahres gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch in einer dem Abs. 2 entsprechenden Weise sowie unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge abgelehnt hat; sie ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Versicherungsnehmer ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs gehindert ist, gehemmt.

§ 16. (1) Der Versicherungsnehmer hat beim Abschluß des Vertrages alle ihm bekannten Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, dem Versicherer anzuzeigen. Erheblich sind jene Gefahrumstände, die geeignet sind, auf den Entschluß des Versicherers, den

Vertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Bestimmungen abzuschließen, einen Einfluß auszuüben. Ein Umstand, nach welchem der Versicherer ausdrücklich und in geschriebener Form gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.

(2) Ist dieser Vorschrift zuwider die Anzeige eines erheblichen Umstandes unterblieben, so kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Das gleiche gilt, wenn die Anzeige eines erheblichen Umstandes deshalb unterblieben ist, weil sich der Versicherungsnehmer der Kenntnis des Umstandes arglistig entzogen hat.

(3) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Umstand kannte. Er ist auch ausgeschlossen, wenn die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unterblieben ist; hat jedoch der Versicherungsnehmer einen Umstand nicht angezeigt, nach dem der Versicherer nicht ausdrücklich und genau umschrieben gefragt hat, so kann dieser vom Vertrag nur dann zurücktreten, wenn die Anzeige vorsätzlich oder grob fahrlässig unterblieben ist.

§ 17. (1) Der Versicherer kann vom Vertrag auch dann zurücktreten, wenn über einen erheblich Umstand eine unrichtige Anzeige gemacht worden ist.

(2) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn die Unrichtigkeit dem Versicherer bekannt war oder die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unrichtig gemacht worden ist.

§ 18. Hatte der Versicherungsnehmer die Gefahrenumstände an Hand von vom Versicherer in geschriebener Form gestellter Fragen anzuzeigen, so kann der Versicherer wegen unterbliebener Anzeige eines Umstandes, nach dem nicht ausdrücklich und genau umschrieben gefragt worden ist, nur im Falle arglistiger Verschweigung zurücktreten.

§ 19. Wird der Vertrag von einem Bevollmächtigten oder von einem Vertreter ohne Vertretungsmacht abgeschlossen, so kommt für das Rücktrittsrecht des Versicherers nicht nur die Kenntnis und die Arglist des Vertreters, sondern auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers in Betracht. Der Versicherungsnehmer kann sich darauf, daß die Anzeige eines erheblichen Umstandes ohne Verschulden unterblieben oder unrichtig gemacht ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch ihm selbst ein Verschulden zur Last fällt.

§ 20. (1) Der Rücktritt ist nur innerhalb eines Monats zulässig. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, in welchem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt.
(2) Der Rücktritt ist gegenüber dem Versicherungsnehmer zu erklären. Im Falle des Rücktrittes sind, soweit dieses Bundesgesetz nicht in Ansehung der Prämie etwas anderes bestimmt, beide Teile verpflichtet, einander die empfangenen Leistungen zurückzugewähren; eine Geldsumme ist von dem Zeitpunkt des Empfanges an zu verzinsen.

§ 21. Tritt der Versicherer zurück, nachdem der Versicherungsfall eingetreten ist, so bleibt seine Verpflichtung zur Leistung gleichwohl bestehen, wenn der Umstand, in Ansehung dessen die Anzeigepflicht verletzt ist, keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit er keinen Einfluß auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 22. Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung über Gefahrenumstände anzufechten, bleibt unberührt.

§ 23. (1) Nach Abschluß des Vertrages darf der Versicherungsnehmer ohne Einwilligung des Versicherers weder eine Erhöhung der Gefahr vornehmen noch ihre Vornahme durch einen Dritten gestatten.

(2) Erlangt der Versicherungsnehmer davon Kenntnis, daß durch eine von ihm ohne Einwilligung des Versicherers vorgenommene oder gestattete Änderung die Gefahr erhöht ist, so hat er dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen.

§ 24. (1) Verletzt der Versicherungsnehmer die Vorschrift des § 23 Abs. 1, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Beruht die Verletzung nicht auf einem Verschulden des Versicherungsnehmers, so muß dieser die Kündigung erst mit dem Ablauf eines Monats gegen sich gelten lassen.

(2) Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in welchem der Versicherer von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt, oder wenn der Zustand wiederhergestellt ist, der vor der Erhöhung bestanden hat.

§ 25. (1) Der Versicherer ist im Fall einer Verletzung der Vorschrift des § 23 Abs. 1 von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall nach der Erhöhung der Gefahr eintritt.

(2) Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn die Verletzung nicht auf einem Verschulden des Versicherungsnehmers beruht. Der Versicherer ist jedoch auch in diesem Fall von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die im § 23 Abs. 2 vorgesehene Anzeige nicht unverzüglich gemacht wird und der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen, es sei denn, daß ihm in diesem Zeitpunkt die Erhöhung der Gefahr bekannt war.

(3) Die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung bleibt auch dann bestehen, wenn zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder wenn die Erhöhung der Gefahr keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluß auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 26. Die Vorschriften der §§ 23 bis 25 sind nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer zu der Erhöhung der Gefahr durch das Interesse des Versicherers oder durch ein Ereignis, für das der Versicherer haftet, oder durch ein Gebot der Menschlichkeit veranlaßt wird.

§ 27. (1) Tritt nach dem Abschluß des Vertrages unabhängig vom Willen des

Versicherungsnehmers eine Erhöhung der Gefahr ein, so ist der Versicherer berechtigt, das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat zu kündigen. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in dem der Versicherer von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt hat, oder wenn der Zustand wiederhergestellt ist, der vor der Erhöhung bestanden hat.

(2) Der Versicherungsnehmer hat, sobald er von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt, dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen.

(3) Ist die Erhöhung der Gefahr durch allgemein bekannte Umstände verursacht, die nicht nur auf die Risiken bestimmter Versicherungsnehmer einwirken, etwa durch eine Änderung von Rechtsvorschriften, so erlischt das Kündigungsrecht des Versicherers nach Abs. 1 erst nach einem Jahr und ist Abs. 2 nicht anzuwenden.

§ 28. (1) Wird die im § 27 Abs. 2 vorgesehene Anzeige nicht unverzüglich gemacht, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen.

(2) Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn ihm die Erhöhung der Gefahr in dem Zeitpunkt bekannt war, in welchem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen. Das gleiche gilt, wenn zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder wenn die Erhöhung der Gefahr keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluß auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 29. Eine unerhebliche Erhöhung der Gefahr kommt nicht in Betracht. Eine Erhöhung der Gefahr kommt auch dann nicht in Betracht, wenn nach den Umständen als vereinbart anzusehen ist, daß das Versicherungsverhältnis durch die Erhöhung der Gefahr nicht berührt werden soll.

§ 30. Die Vorschriften der §§ 23 bis 29 sind auch auf eine in der Zeit zwischen Stellung und Annahme des Versicherungsantrages eingetretene Erhöhung der Gefahr anzuwenden, die dem Versicherer bei der Annahme des Antrages nicht bekannt war.

§ 31. (1) Liegen die Voraussetzungen, unter denen der Versicherer nach den Vorschriften dieses Kapitels zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigt ist, nur für einen Teil der Gegenstände oder Personen vor, auf die sich die Versicherung bezieht, so steht dem Versicherer das Recht des Rücktrittes oder der Kündigung für den übrigen Teil nur zu, wenn anzunehmen ist, daß für diesen allein der Versicherer den Vertrag unter den gleichen Bestimmungen nicht geschlossen hätte.

(2) Macht der Versicherer von dem Recht des Rücktrittes oder der Kündigung für einen Teil der Gegenstände oder Personen Gebrauch, so ist der Versicherungsnehmer berechtigt, das Versicherungsverhältnis für den übrigen Teil zu kündigen; die Kündigung kann jedoch nicht für einen späteren Zeitpunkt als den Schluß der Versicherungsperiode erklärt werden, in welcher der Rücktritt des Versicherers oder seine Kündigung wirksam wird.

(3) Liegen die Voraussetzungen, unter denen der Versicherer wegen einer Verletzung der Vorschriften über die Erhöhung der Gefahr von der Verpflichtung zur Leistung frei ist, für einen Teil der Gegenstände oder Personen vor, auf die sich die Versicherung bezieht, so ist die Vorschrift des Abs. 1 auf die Befreiung entsprechend anzuwenden.

§ 41. (1) Ist die dem Versicherungsnehmer beim Abschluß des Vertrages obliegende Anzeigepflicht verletzt worden, das Rücktrittsrecht des Versicherers aber ausgeschlossen, weil dem anderen Teil kein Verschulden zur Last fällt, so kann der Versicherer vom Beginn der laufenden Versicherungsperiode an eine höhere Prämie verlangen, falls sie mit Rücksicht auf die höhere Gefahr angemessen ist. Das gleiche gilt, wenn beim Abschluß des Vertrages ein für die Übernahme der Gefahr erheblicher Umstand dem Versicherer nicht angezeigt worden ist, weil er dem anderen Teil nicht bekannt war.

(2) Wird die höhere Gefahr nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers maßgebenden Grundsätzen auch gegen eine höhere Prämie nicht übernommen, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat kündigen.

(3) Der Anspruch auf die höhere Prämie erlischt, wenn er nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an geltend gemacht wird, in welchem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht oder von dem nicht angezeigten Umstand Kenntnis erlangt. Das gleiche gilt von dem Kündigungsrecht, wenn es nicht innerhalb des bezeichneten Zeitraumes ausgeübt wird.

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

§ 178f. (1) Eine Vereinbarung, nach der der Versicherer berechtigt ist, die Prämie nach Vertragsabschluß einseitig zu erhöhen oder den Versicherungsschutz einseitig zu ändern, etwa einen Selbstbehalt einzuführen, ist - unbeschadet des § 6 Abs. 1 Z 5 KSchG beziehungsweise des § 6 Abs. 2 Z 3 KSchG - nur mit den sich aus den Abs. 2 und 3 ergebenden Einschränkungen wirksam.

(2) Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände dürfen nur die Veränderungen folgender Faktoren vereinbart werden:

1. eines in der Vereinbarung genannten Index,
2. der durchschnittlichen Lebenserwartung,
3. der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwendigkeit, bezogen auf die auf die zu diesem Tarif Versicherten,
4. des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen,

5. der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen und
6. des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.
- Bloß vom Älterwerden des Versicherten oder von der Verschlechterung seines Gesundheitszustandes abhängige Anpassungen dürfen jedenfalls nicht vereinbart werden, insbesondere ist eine Prämienanpassung unzulässig, um eine schon bei Eingehung der Versicherung unzureichend kalkulierte Alterungsrückstellung zu ersetzen. Es kann jedoch vereinbart werden, daß eine zunächst geringere Prämie ab einem bestimmten Lebensalter des Versicherten auf denjenigen Betrag angehoben wird, den der betreffende Tarif für Versicherte vorsieht, die mit diesem Alter in die Versicherung eintreten; dieses Lebensalter darf nicht über 20 Jahre liegen.
- (3) Erhöht der Versicherer die Prämie, so hat er dem Versicherungsnehmer auf dessen Verlangen die Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungen anzubieten.
- (4) Die Erklärung einer rückwirkenden Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes ist unwirksam; die Erklärung wirkt erst ab dem der Absendung folgenden Monatsersten.

Auszug aus dem Entgeltfortzahlungsgesetz (EFZG) BGBl. Nr. 399/1974 idF BGBl. I Nr. 100/2018

Art. 1 § 4. (1) Der Arbeitnehmer ist verpflichtet, ohne Verzug die Arbeitsverhinderung dem Arbeitgeber bekanntzugeben und auf Verlangen des Arbeitgebers, das nach angemessener Zeit wiederholt werden kann, eine Bestätigung des zuständigen Krankenversicherungsträgers oder eines Gemeindefacharztes über Beginn, voraussichtliche Dauer und Ursache der Arbeitsunfähigkeit vorzulegen. Diese Bestätigung hat einen Vermerk darüber zu enthalten, daß dem zuständigen Krankenversicherungsträger eine Arbeitsunfähigkeitsanzeige mit Angabe über Beginn, voraussichtliche Dauer und Ursache der Arbeitsunfähigkeit übermittelt wurde.

Auszug aus dem Arbeitsvertragsrechts-Anpassungsgesetz (AVRAG) BGBl. Nr. 459/1993 idF BGBl. I Nr. 213/2021

§ 13a. (1) Ein Arbeitnehmer oder eine Arbeitnehmerin kann nach einer mindestens sechswöchigen ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder Unglücksfall (Anlassfall) mit dem Arbeitgeber oder der Arbeitgeberin schriftlich eine Herabsetzung der wöchentlichen Normalarbeitszeit um mindestens ein Viertel und höchstens die Hälfte (Wiedereingliederungsteilzeit) für die Dauer von mindestens einem Monat bis zu sechs Monaten vereinbaren, sofern das Arbeitsverhältnis ununterbrochen drei Monate gedauert hat. Die Wiedereingliederungsteilzeit muss spätestens einen Monat nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit im Sinne des ersten Satzes angetreten werden. Sofern weiterhin die arbeitsmedizinische Zweckmäßigkeit der Wiedereingliederungsteilzeit gegeben ist, kann einmalig eine Verlängerung der Wiedereingliederungsteilzeit für die Dauer von mindestens einem Monat bis zu drei Monaten schriftlich vereinbart werden. Während der Wiedereingliederungsteilzeit darf die vereinbarte wöchentliche Normalarbeitszeit zwölf Stunden nicht unterschreiten und das dem Arbeitnehmer oder der Arbeitnehmerin im Kalendermonat gebührende Entgelt muss über dem im § 5 Abs. 2 ASVG genannten Betrag liegen. Für den Abschluss einer Vereinbarung nach dem ersten Satz müssen folgende Voraussetzungen vorliegen:

1. eine Bestätigung über die Arbeitsfähigkeit des Arbeitnehmers oder der Arbeitnehmerin für die Zeit ab Beginn der Wiedereingliederungsteilzeit;
2. Beratung des Arbeitnehmers oder der Arbeitnehmerin und des Arbeitgebers oder der Arbeitgeberin über die Gestaltung der Wiedereingliederungsteilzeit im Rahmen des Case Managements nach dem Arbeit-und-Gesundheit-Gesetz (AGG), BGBl. I Nr. 111/2010; Die Beratung erstreckt sich auch auf den zwischen Arbeitnehmer oder Arbeitnehmerin und Arbeitgeber oder Arbeitgeberin zu vereinbarenden Wiedereingliederungsplan (§ 1 Abs. 2 AGG). Die Beratung kann entfallen, wenn Arbeitnehmer oder Arbeitnehmerin, Arbeitgeber oder Arbeitgeberin und der Arbeitsmediziner oder die Arbeitsmedizinerin oder das arbeitsmedizinische Zentrum nachweislich der Wiedereingliederungsvereinbarung und dem Wiedereingliederungsplan zustimmen.

Der Wiedereingliederungsplan muss bei der Gestaltung der Wiedereingliederungsteilzeit berücksichtigt werden. Der Erstellung des Wiedereingliederungsplans soll der oder die mit der arbeitsmedizinischen Betreuung nach § 79 Abs. 1 ArbeitnehmerInnenSchutzgesetz, BGBl. Nr. 450/1994, betraute Arbeitsmediziner oder Arbeitsmedizinerin oder das arbeitsmedizinische Zentrum beigezogen werden. Die Wiedereingliederungsteilzeit wird frühestens mit dem auf die Zustellung der Mitteilung über die Bewilligung des Wiedereingliederungsgeldes nach § 143d ASVG folgenden Tag wirksam. Der Arbeitnehmer oder die Arbeitnehmerin kann eine vorzeitige Rückkehr zur ursprünglichen Normalarbeitszeit schriftlich verlangen, wenn die arbeitsmedizinische Zweckmäßigkeit der Wiedereingliederungsteilzeit nicht mehr gegeben ist. Die Rückkehr darf frühestens drei Wochen nach der schriftlichen Bekanntgabe des Beendigungswunsches der Wiedereingliederungsteilzeit an den Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin erfolgen.

(2) Die Vereinbarung nach Abs. 1 hat Beginn, Dauer, Ausmaß und Lage der Teilzeitbeschäftigung zu enthalten, wobei die betrieblichen Interessen und die Interessen des Arbeitnehmers oder der Arbeitnehmerin zu berücksichtigen sind. In Betrieben, in denen ein für den Arbeitnehmer oder die Arbeitnehmerin zuständiger Betriebsrat eingerichtet ist, ist dieser den Verhandlungen beizuziehen. In der Vereinbarung nach Abs. 1 kann die wöchentliche Normalarbeitszeit für bestimmte Monate auch abweichend von der im Abs. 1 geregelten Bandbreite der Arbeitszeitreduktion festgelegt werden. Bei der Festlegung dieser abweichenden Verteilung der Arbeitszeit darf das Stundenausmaß 30 vH der ursprünglichen wöchentlichen Normalarbeitszeit nicht unterschreiten. Eine ungleichmäßige Verteilung der vereinbarten Arbeitszeit innerhalb des

Kalendermonats ist nur dann zulässig, wenn das vereinbarte Arbeitszeitausmaß im Durchschnitt eingehalten und das vereinbarte Arbeitszeitausmaß in den einzelnen Wochen jeweils nicht um mehr als zehn vH unter- oder überschritten wird. Die Vereinbarung der Wiedereingliederungsteilzeit darf – abgesehen von der befristeten Änderung der Arbeitszeit – keine Auswirkungen auf die seitens des Arbeitnehmers oder der Arbeitnehmerin im Rahmen des Arbeitsvertrags geschuldeten Leistungen haben.

(3) Während einer Wiedereingliederungsteilzeit darf der Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin weder eine Arbeitsleistung über das vereinbarte Arbeitszeitausmaß (Mehrarbeit) noch eine Änderung der vereinbarten Lage der Arbeitszeit anordnen.

(4) Nach Antritt der Wiedereingliederungsteilzeit darf im Einvernehmen zwischen Arbeitnehmer oder Arbeitnehmerin und Arbeitgeber oder Arbeitgeberin höchstens zweimal eine Änderung der Teilzeitbeschäftigung (Verlängerung, Änderung des Stundenausmaßes) erfolgen.

(5) Entfällt der Anspruch auf Auszahlung des Wiedereingliederungsgeldes, endet die Wiedereingliederungsteilzeit mit dem der Entziehung des Wiedereingliederungsgeldes folgenden Tag.

(6) Während der Wiedereingliederungsteilzeit hat der Arbeitnehmer oder die Arbeitnehmerin gegenüber dem Arbeitgeber oder der Arbeitgeberin Anspruch auf das entsprechend der Arbeitszeitreduktion aliquot zustehende Entgelt. Die Höhe des aliquot zustehenden Entgelts ist nach § 3 des Entgeltfortzahlungsgesetzes 1974, BGBl. Nr. 399/1974, zu berechnen. Wird eine Vereinbarung im Sinne des Abs. 2 zweiter Satz getroffen, ist das Entgelt gleichmäßig entsprechend dem, bezogen auf die Gesamtdauer der Wiedereingliederungsteilzeit, durchschnittlich vereinbarten Arbeitszeitausmaß zu leisten. Eine Rückforderung dieses Entgelts aufgrund einer vorzeitigen Beendigung der Wiedereingliederungsteilzeit ist nicht zulässig.

(7) Wird das Arbeitsverhältnis während der Wiedereingliederungsteilzeit beendet, so ist bei der Berechnung des Ersatzanspruchs im Sinne des § 29 AngG, § 29 AngG, § 33 Abs. 2 Theaterarbeitsgesetz (TAG), BGBl. I Nr. 100/2010, oder § 1162b ABGB das ungeschmälerete Entgelt zugrunde zu legen, das zum Beendigungszeitpunkt ohne eine Vereinbarung im Sinne des Abs. 1 zugestanden wäre.

(8) Die §§ 11 Abs. 3 und 4 sowie 14c Abs. 4 sind sinngemäß anzuwenden. Im Übrigen darf für die Dauer einer Altersteilzeit gemäß § 27 des Arbeitslosenversicherungsgesetzes (ALVG), BGBl. Nr. 609/1977, sowie für die Dauer einer Teilpension gemäß § 27a ALVG (erweiterte Altersteilzeit) eine Wiedereingliederungsteilzeit nach Abs. 1 nicht vereinbart werden.

(9) Die Regelungen über die Wiedereingliederungsteilzeit in Bundesgesetzen sind nach Ablauf von zwei Jahren nach Inkrafttreten dieses Bundesgesetzes zu evaluieren.

Auszug aus dem Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG) BGBl. Nr. 189/1955 idF BGBl. I Nr. 15/2022

§ 143d. (1) Personen, die eine Wiedereingliederungsteilzeit nach § 13a AVRAG vereinbart haben, haben für deren Dauer, jedoch höchstens neun Monate, ab dem Tag des tatsächlichen Dienstantritts Anspruch auf Wiedereingliederungsgeld. Voraussetzung hierfür ist, dass dieses durch den chef- und kontrollärztlichen Dienst des zuständigen Krankenversicherungsträgers auf Basis eines im Rahmen der Vereinbarung einer Wiedereingliederungsteilzeit erstellten Wiedereingliederungsplanes für zunächst höchstens sechs Monate bewilligt wurde. Eine Verlängerung bedarf einer neuerlichen Bewilligung. Die ärztliche Bewilligung darf nur erteilt werden, wenn die Wiedereingliederungsteilzeit medizinisch zweckmäßig ist.

(2) Keinen Anspruch auf Wiedereingliederungsgeld haben Personen, die Rehabilitationsgeld oder eine Eigenpension aus der gesetzlichen Pensionsversicherung beziehen und zwar auch dann, wenn diese Leistung ruht.

(3) Das Wiedereingliederungsgeld errechnet sich aus dem erhöhten Krankengeld nach § 141 Abs. 2, wobei jene Bemessungsgrundlage heranzuziehen ist, die für die Wiedereingliederungsteilzeit ursächliche Arbeitsunfähigkeit heranzuziehen war oder heranzuziehen gewesen wäre. Bei einer Herabsetzung der wöchentlichen Normalarbeitszeit um die Hälfte gebührt das Wiedereingliederungsgeld in der Höhe von 50% des erhöhten Krankengeldes. Wird die wöchentliche Normalarbeitszeit um weniger als die Hälfte herabgesetzt, so ist das Wiedereingliederungsgeld im entsprechenden Ausmaß aliquot zu kürzen. Wird die Vereinbarung über die wöchentliche Normalarbeitszeit während der Wiedereingliederungsteilzeit abgeändert (§ 13a Abs. 4 AVRAG), so ist die Höhe des Wiedereingliederungsgeldes entsprechend anzupassen.

Wird eine Vereinbarung im Sinne des § 13a Abs. 2 dritter Satz AVRAG getroffen, so ist das Wiedereingliederungsgeld gleichmäßig entsprechend dem, bezogen auf die Gesamtdauer der Wiedereingliederungsteilzeit, durchschnittlich vereinbarten Arbeitszeitausmaß zu leisten.

(4) Tritt während der Wiedereingliederungsteilzeit ein Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit ein, so gebührt das Wiedereingliederungsgeld in unveränderter Höhe weiter, solange Anspruch auf Weiterleistung von mehr als 50% der vollen Geld- und Sachbezüge besteht. Danach gebührt das Wiedereingliederungsgeld in Höhe des erhöhten Krankengeldes; dieser Anspruch ruht in Höhe der weitergeleiteten Geld- und Sachbezüge. Jene Zeiten, in denen die Hälfte oder weniger als die Hälfte der Geld- und Sachbezüge gebührt, sind auf die Höchstdauer des Krankengeldanspruches nach § 139 anzurechnen. § 142 ist sinngemäß anzuwenden.

(5) Ein neuerlicher Anspruch auf Wiedereingliederungsgeld kann erst nach Ablauf von 18 Monaten ab dem Ende der Wiedereingliederungsteilzeit entstehen.

(6) Der Dienstgeber ist über den Umstand der Bewilligung oder Ablehnung nach Abs. 1 oder die Entziehung des Wiedereingliederungsgeldes nach § 99 unverzüglich zu informieren.

(7) Die Abs. 1 bis 6 gelten entsprechend für eine Wiedereingliederungsteilzeit, die nach landes- oder bundesgesetzlichen Regelungen vereinbart wurde. Dies gilt auch für die sonstigen Bestimmungen, in denen auf § 13a AVRAG verwiesen wird.

Auszug aus dem Signatur- und Vertrauensdienstegesetz BGBl. I Nr. 50/2016 idF BGBl. I Nr. 27/2019

§ 4. (1) Eine qualifizierte elektronische Signatur erfüllt das rechtliche Erfordernis der Schriftlichkeit im Sinne des § 886 ABGB. Andere gesetzliche Formerfordernisse, insbesondere solche, die die Beiziehung eines Notars oder eines Rechtsanwalts vorsehen, sowie vertragliche Vereinbarungen über die Form bleiben unberührt.

(2) Letztwillige Verfügungen können in elektronischer Form nicht wirksam errichtet werden.

Folgende Willenserklärungen können nur dann in elektronischer Form wirksam abgefasst werden, wenn das Dokument über die Erklärung die Bestätigung eines Notars oder eines Rechtsanwalts enthält, dass er den Signator über die Rechtsfolgen seiner Signatur aufgeklärt hat:

1. Willenserklärungen des Familien- und Erbrechts, die an die Schriftform oder ein strengeres Formerfordernis gebunden sind;

2. eine Bürgschaftserklärung (§ 1346 Abs. 2 ABGB), die von Personen außerhalb ihrer gewerblichen, geschäftlichen oder beruflichen Tätigkeit abgegeben wird.

(3) Bei Rechtsgeschäften zwischen Unternehmern und Verbrauchern sind Vertragsbestimmungen, nach denen eine qualifizierte elektronische Signatur nicht das rechtliche Erfordernis der Schriftlichkeit erfüllt, für Anzeigen oder Erklärungen, die vom Verbraucher dem Unternehmer oder einem Dritten abgegeben werden, nicht verbindlich, es sei denn, der Unternehmer beweist, dass die Vertragsbestimmungen im Einzelnen ausgehandelt worden sind oder mit dem Verbraucher eine andere vergleichbar einfach verwendbare Art der elektronischen Authentifizierung vereinbart wurde.