

Versicherungsbedingungen der Zusatzversicherung für Leistungen bei bestimmten schweren Krankheiten und bei vollständiger und dauerhafter Erwerbsunfähigkeit - 2004 (VBDDZ2004)

§ 1 Welche Versicherungsleistungen erbringen wir?

(1) Tritt bei der versicherten Person während der Versicherungsdauer dieser Zusatzversicherung entweder eine oder mehrere schwere Krankheiten oder die vollständige und dauerhafte Erwerbsunfähigkeit im Sinne des § 2 dieser Bedingungen ein, und erlebt die versicherte Person den 29. Tag nach Eintritt des Versicherungsfalles, werden je nach vertraglicher Vereinbarung folgende Versicherungsleistungen erbracht:

a) Befreiung von der Prämienzahlungspflicht für die Hauptversicherung und die eingeschlossenen Zusatzversicherungen (ausgenommen sind allfällige Zusatzprämien für Vorauszahlungen).

b) Zahlung einer Rente. Die Rente zahlen wir - solange die Anspruchsvoraussetzungen (vgl. § 7 Abs. 4) vorliegen - bis zum Tod der versicherten Person monatlich im Voraus, längstens bis zum Ablauf der Versicherungsdauer.

c) Zahlung einer einmaligen Kapitalleistung bei erstmaligem Eintritt des Versicherungsfalles während der Versicherungsdauer.

§ 2 Was ist eine schwere Krankheiten oder die vollständige und dauerhafte Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

Versicherungsschutz gemäß § 1 besteht für die im Folgenden bestimmten schweren Erkrankungen (Abs. 1 bis 9) oder für die vollständige und dauerhafte Erwerbsunfähigkeit (Abs. 10):

(1) Herzinfarkt

Der Zerfall eines Teils der Herzmuskelzellen infolge unzureichender Blutzufuhr in den betroffenen Bereichen. Die Diagnose muss auf mindestens 3 der folgenden Kriterien basieren:

- Auftreten der typischen pectanginösen Schmerzen in der Krankengeschichte
- frische EKG-Veränderungen nach den üblichen Infarktkriterien
- Erhöhung der Konzentration des Enzyms CK-MB und typische Verlaufskontrolle
- Erhöhung der Konzentration von Troponin und typische Verlaufskontrolle
- Die Ejektionsfraktion der linken Herzkammer beträgt weniger als 45%; die entsprechende Messung darf frühestens 3 Monate nach dem Ereignis stattfinden.

Als Versicherungsfall gilt die gesicherte Diagnose durch eine cardiologisch-internistische Fachklinik oder einen cardiologisch-internistischen Facharzt. Es gilt eine Wartezeit gem. § 3 von 3 Monaten als vereinbart.

(2) Bypass-Operation der Coronararterien

Klinische Diagnose von Verengung oder Verschluss von zwei oder mehreren Herzkranzgefäßen mit Indikation einer Bypassoperation. Kein Versicherungsschutz besteht für nicht-chirurgische Verfahren wie z.B. Angioplastie, Laserbehandlung und andere nicht-operative Verfahren.

Als Versicherungsfall gilt die durchgeführte Operation. Es gilt eine Wartezeit gem. § 3 von 3 Monaten als vereinbart.

(3) Krebs

Histologisch nachgewiesener maligner Tumor, der durch unkontrolliertes Wachstum sowie das Eindringen in anderes Gewebe mit Tendenz zur Metastasenbildung gekennzeichnet ist. Unter den Begriff "Krebs" fallen auch die Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie (außer chronische lymphatische Leukämie). Lymphome und Morbus Hodgkin.

Ausgeschlossen sind:

- Carcinoma-in-situ (einschließlich Zervixdysplasie der CIN-Klassifikation CIN-1, CIN-2 und CIN-3 und der PAP-Klassifikation PAP-1 bis PAP-4) oder prae-maligne Formen
- Melanome mit einem histologisch nachgewiesenen Tumorstadium I oder II der TNM Klassifikation oder einer Eindringtiefe von weniger als Clark Level 3
- Alle Hyperkeratosen und Basalzellkarzinome der Haut
- Plattenepithelkarzinome der Haut, es sei denn, es liegen Fernmetastasen vor
- Kaposi-Sarkom und andere Tumore bei gleichzeitig bestehender HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung
- Prostatakrebs der histologisch nachgewiesenen TNM-Klassifikation T1 (einschließlich T1(a), T1(b) oder einer anderen vergleichbaren Klassifikation)
- Chronische lymphatische Leukämie.

Als Versicherungsfall gilt die gesicherte Diagnose durch eine(n) für die medizinische Fachrichtung zuständige(n) Fachklinik oder Facharzt mit Histologie (mikroskopischer Gewebeuntersuchung) und mit der Zuordnung der Erkrankung zur internationalen Tumorklassifikation (TNM). Es gilt eine Wartezeit gem. § 3 von 3 Monaten als vereinbart.

(4) Schlaganfall

Jeglicher Untergang von Hirngewebe, verursacht durch eine Durchblutungsstörung des Gehirns infolge von Hirninfarkt, Hirnblutung und Embolien mit Ursprung außerhalb des Gehirns, mit der Folge dauerhafter verbleibender neurologischer motorischer Ausfallerscheinungen mit Lähmungen im Bereich der Extremitäten. Ausgeschlossen sind Hirnschäden als Folge von Traumen oder einer kritischen Minderung

des Sauerstoffgehaltes.

Der Schlaganfall muss zum plötzlichen Auftreten bleibender neurologischer Ausfallerscheinungen geführt haben. Die bleibende neurologische Schädigung muss nachweislich während mindestens 6 Wochen nach dem Schlaganfall andauert haben und noch bestehen.

Als Versicherungsfall gilt die Diagnose der permanenten neurologischen Schädigung durch eine neurologische Fachklinik oder einen Facharzt für Neurologie. Der Anspruch entsteht frühestens nach Ablauf von 3 Monaten nach dem Ereignis, wenn entsprechende Befunde nach Ablauf dieser Frist erhoben und vorgelegt werden. Bei Schlaganfällen mit vollständigem Funktionsverlust von mindestens einer Extremität vom Handgelenk bzw. Unterschenkel abwärts kann der Befund schon eher erhoben werden, frühestens aber 6 Wochen nach dem Ereignis.

Es gilt eine Wartezeit gem. § 3 von 3 Monaten als vereinbart.

(5) Chronisches Nierenversagen

Chronisches Nierenversagen im terminalen Stadium. Erforderlich ist eine Dialysebehandlung oder eine Nierentransplantation.

Als Versicherungsfall gilt der Beginn der Dialysebehandlung oder eine durchgeführte Nierentransplantation.

(6) Organtransplantation

Durchgeführte Transplantation beim Versicherten als Organempfänger einer der folgenden Organe: des Herzens (nur komplette Transplantation), der Lunge, der Leber, der Bauchspeicheldrüse (ausgeschlossen ist die Transplantation der Langerhans-Inseln allein), einer Niere oder des Knochenmarks.

Als Versicherungsfall gilt die durchgeführte Organtransplantation.

(7) Multiple Sklerose

Multiple Sklerose ist charakterisiert durch Entmarkungsherde im Zentralnervensystem mit irreversiblen, typischen neurologischen Ausfällen (multi- oder monofokal) und typischen Krankheitsherden, nachgewiesen durch Kernspintomographie und wenigstens zwei Schüben. Als Schub gilt das plötzliche Auftreten neuer oder früherer Symptome oder eine entsprechende Verschlechterung bestehender Symptome.

Als Versicherungsfall gilt eine frühestens nach Ablauf von 12 Monaten nach Auftreten der Erkrankung erstellte gesicherte Diagnose durch eine neurologische Fachklinik oder einen Facharzt für Neurologie. Das Auftreten der Erkrankung muss durch eine gesicherte Diagnose, erstellt von einer neurologischen Fachklinik oder einem Facharzt für Neurologie, nachgewiesen werden.

Es gilt eine Wartezeit gem. § 3 von 3 Monaten als vereinbart.

(8) Querschnittslähmung

Vollständige und dauerhafte Querschnittslähmung als Folge einer Krankheit oder eines Unfalles mit dauernder, völliger Unterbrechung der Leitfähigkeit des Rückenmarks. Der Zusammenhang mit dem schädigenden Ereignis muss zeitlich und ursächlich klar erkennbar sein.

Als Versicherungsfall gilt eine frühestens nach Ablauf von 3 Monaten nach Beginn der Lähmung erstellte gesicherte Diagnose durch eine neurologische Fachklinik oder einen Facharzt für Neurologie. Der Beginn der Lähmung muss durch eine gesicherte Diagnose, erstellt von einer neurologischen Fachklinik oder einem Facharzt für Neurologie, nachgewiesen werden.

Nach einem Unfall muss der Versicherungsfall innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet eingetreten sein.

(9) Blindheit

Durch ein akutes Krankheitsgeschehen oder Unfall erworbener, vollständiger und irreversibler Verlust des Sehvermögens auf beiden Augen.

Als Versicherungsfall gilt eine durch eine Fachklinik erstellte gesicherte Diagnose mit ophthalmologischem Bericht.

Nach einem Unfall muss der Versicherungsfall innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet eingetreten sein.

(10) Vollständige und dauerhafte Erwerbsunfähigkeit (jegliche Tätigkeit)

Vollständige und dauerhafte Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Versicherung liegt vor, wenn die versicherte Person vor Erreichen des gesetzlichen Pensionsalters aufgrund von Krankheit oder Unfall, die ärztlich nachzuweisen sind, dauerhaft und vollständig außerstande ist, ihren Beruf oder irgendeinen anderen Beruf auszuüben.

- "Dauerhaft" bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Erwerbsunfähigkeit aus arbeitsmedizinischer Sicht auf unbestimmte Zeit vorliegen muss und keine Hoffnung auf Reaktivierung besteht.

- "Vollständig" erwerbsunfähig bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die versicherte Person nicht in der Lage ist, typische und wesentliche Tätigkeiten - wie sie am Arbeitsmarkt in nicht nur geringfügigem Maß existieren und von durchschnittlich gesunden Personen ausgeübt werden können - auszuüben.

Tätigkeiten, die Behinderte in eigens dafür eingerichteten Werkstätten oder Heimen ausführen, bleiben unberücksichtigt. Ob die versicherte Person tatsächlich Zugang zu einem anderen Beruf auf dem Arbeitsmarkt hat, spielt bei der Entscheidung über das Vorliegen einer vollständigen und dauerhaften Erwerbsunfähigkeit keine Rolle.

Eine Bescheinigung über die Erwerbsunfähigkeit von den Sozialversicherungsträgern ist nicht zwingend ein Nachweis der vollständigen und dauerhaften Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen.

Es gilt eine Wartezeit gem. § 3 von 6 Monaten als vereinbart.

§ 3 Was gilt, wenn eine Wartezeit vereinbart ist?

Sofern bei einer schweren Krankheit (§ 2 Abs. 1 bis 9) oder der vollständigen und dauerhaften Erwerbsunfähigkeit (§ 2 Abs. 10) erst nach Ablauf einer bestimmten Wartezeit Versicherungsschutz aus dieser Zusatzversicherung gewährt wird, beginnt dieser erst nach Ablauf dieser Frist. Die Wartezeit beginnt mit Zugang der Police und rechtzeitiger Bezahlung der Erstprämie, frühestens jedoch mit Beginn der auf der Police genannten Versicherungsdauer, zu laufen.

§ 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Leistungspflicht besteht nur dann, wenn der Versicherungsfall nach Ablauf der bei der jeweiligen schweren Krankheit (§ 2 Abs. 1 bis 9) oder bei der vollständigen und dauerhaften Erwerbsunfähigkeit (§ 2 Abs. 10) genannten Frist eingetreten ist.

(2) Der Versicherungsschutz ist ausgeschlossen, wenn die schwere Krankheit oder die Erwerbsunfähigkeit verursacht ist

- a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse jeder Art,
- b) durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person daran auf Seite der Unruhestifter teilgenommen hat,
- c) mittelbar oder unmittelbar
 - durch jegliche Einwirkung von Nuklearwaffen, chemischen oder biologischen Waffen,
 - durch Kernenergie oder
 - durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne der jeweils geltenden Fassung des Strahlenschutzgesetzes, außer jene, die durch Heilbehandlungen aufgrund eines Versicherungsfalles veranlasst waren, verursacht werden;
- d) durch widerrechtliche Handlungen, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die schwere Krankheit oder Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben,
- e) durch den Versuch oder die Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person, sofern Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist,
- f) durch vorsätzliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, vorsätzliche Selbstverletzung, missbräuchlichen Drogenkonsum oder aufgrund versuchten Selbstmords,
- g) direkt oder indirekt durch AIDS oder eine HIV-Infektion.

(3) Ohne besondere Vereinbarung sind wir von der Verpflichtung zur Leistung befreit, wenn die schwere Krankheit oder die Erwerbsunfähigkeit verursacht wurde

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

§ 5 Was haben Sie zu beachten, wenn ein Versicherungsfall geltend gemacht wird?

(1) Werden Leistungen aus dieser Zusatzversicherung verlangt, so sind uns unverzüglich auf Kosten des Ansprucherhebenden folgende Unterlagen einzureichen:

- a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt des Versicherungsfalles,
- b) die in § 2 genannten Befunde,
- c) ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln oder behandelt und untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art und Verlauf der Krankheit,
- d) Berichte von Rehabilitations- und Kurkliniken, in denen Behandlungen vor dem Versicherungsfall stattfanden.

(2) Wir können außerdem weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Diese Untersuchungskosten werden von uns getragen, nicht jedoch die Reise- und Aufenthaltskosten.

(3) 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.

§ 6 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

(1) Wir sind verpflichtet, innerhalb dreier Monate zu erklären, ob, in welchem Umfang und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen. Die Frist beginnt mit dem Eingang der Unterlagen, die uns der Anspruchsberechtigte zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit vorzulegen hat (§ 5 Abs. 1), und der von uns angeforderten Untersuchungsergebnisse und Gutachten (§ 5 Abs. 2) zu laufen.

(2) Steht die Leistungspflicht fest, ist die Leistung fällig. 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.

(3) Bis zur Erklärung unserer Leistungspflicht sind die Prämien weiter zu bezahlen; wir werden diese Prämien jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen.

§ 7 Was gilt für die Nachprüfung des Fortbestehens der schweren Krankheit oder der Erwerbsunfähigkeit?

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der schweren Krankheit oder der Erwerbsunfähigkeit nachzuprüfen.

(2) Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen des Versicherten durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Kosten dafür werden von uns getragen, nicht jedoch die Reise- und Aufenthaltskosten.

(3) Die Genesung von der schweren Krankheit oder eine Minderung der Erwerbsunfähigkeit müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

(4) Bei vollständiger Genesung oder Wegfallen der Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen stellen wir unsere Leistungen ein. Die Einstellung teilen wir dem Anspruchsberechtigten unter Hinweis auf seine Rechte aus § 9 mit; sie wird nicht vor Ablauf eines Monats nach Absenden dieser Mitteilung wirksam.

§ 8 Wie wird bei Meinungsverschiedenheiten verfahren (Ärztekommission)?

(1) Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über das Vorliegen, den Fortbestand oder den Wegfall der Voraussetzungen eines Versicherungsfalles nach Maßgabe des § 2 entscheidet eine Ärztekommision.

(2) Sie können innerhalb von 6 Monaten nach Zugang unserer Erklärung Widerspruch erheben und mit Vorlage eines medizinischen Gutachtens die Entscheidung der Ärztekommision beantragen.

(3) Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen, steht auch uns zu.

(4) Für die Ärztekommision bestimmen Sie und wir je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit ius practicandi (Recht zur Berufsausübung). Wenn eine der beiden Parteien innerhalb zweier Wochen nach schriftlicher Aufforderung keinen Arzt benennt, wird dieser von der österreichischen Ärztekammer bestellt. Die beiden Ärzte bestellen einvernehmlich vor Beginn ihrer Tätigkeit einen weiteren Arzt als Obmann, der für den Fall, dass sie sich nicht oder nur zum Teil einigen sollten, im Rahmen der durch die Gutachten der beiden Ärzte gegebenen Grenzen entscheidet. Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Obmannes nicht, wird ein für den Versicherungsfall zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die österreichische Ärztekammer als Obmann bestellt.

(5) Die versicherte Person ist verpflichtet, sich von den Ärzten der Kommission untersuchen zu lassen und sich jenen Maßnahmen zu unterziehen, die diese Kommission für notwendig hält.

(6) Die Ärztekommision hat über ihre Tätigkeit ein Protokoll zu führen; in diesem ist die Entscheidung schriftlich zu begründen. Bei Nichteinigung hat jeder Arzt seine Auffassung im Protokoll gesondert darzustellen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, begründet auch er sie in einem Protokoll. Die Akten des Verfahrens werden von uns verwahrt.

(7) Die Kosten der Ärztekommision werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen.

§ 9 Wie und bis wann können Sie bei Meinungsverschiedenheiten Rechte geltend machen?

(1) Sind Sie mit unseren Entscheidungen nicht einverstanden, können Sie oder wir die Entscheidung einer Ärztekommision (Schiedsgutachterverfahren) nach Maßgabe des § 8 beantragen oder innerhalb eines Jahres nach Zugang unserer Erklärung den Anspruch gerichtlich geltend machen. Während eines Schiedsgutachterverfahrens ist der Ablauf dieser Frist gehemmt.

(2) Verstreicht diese Frist, ohne dass trotz Rechtsbelehrung bei Gericht Klage erhoben wurde, so sind weitergehende Ansprüche, als wir sie anerkannt haben, ausgeschlossen (§ 12 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz).

§ 10 Was gilt bei Aufenthalt im Ausland?

(1) Der Versicherungsschutz für die Zusatzversicherung für Leistungen bei bestimmten schweren Krankheiten und bei vollständiger und dauerhafter Erwerbsunfähigkeit gilt weltweit.

(2) Im Versicherungsfall hat die versicherte Person das Recht außerhalb Österreichs z.B. Ärzte, Fachärzte, Kliniken, Krankenhäuser, Rehabilitationszentren zu Untersuchungen, Diagnosen, Behandlungen, Operationen usw. heranzuziehen.

(3) Die ärztlichen Nachweise gemäß § 5 und § 7 zum Eintritt des Versicherungsfalles müssen von einem in Österreich niedergelassenen Facharzt oder von einer Fachklinik auf Kosten des Bezugsberechtigten erstellt werden, sofern wir nicht anlässlich einer Leistungsprüfung oder der weiteren Nachprüfung im Einzelfall abweichende Vereinbarungen mit Ihnen treffen.

§ 11 Was gilt bei einer Verletzung der Anzeigepflicht?

(1) Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle mit dem Antrag verbundenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.

(2) Wenn das Risiko im Sinne dieser Bedingungen (§ 2) eines anderen versichert oder mitversichert werden soll, ist auch dieser für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung verantwortlich.

(3) Werden Fragen schuldhaft unrichtig oder unvollständig beantwortet, können wir innerhalb der ersten drei Jahre seit Abschluss, letzter Änderung oder Wiederherstellung des Vertrages zurücktreten.

Nach dieser Frist können wir vom Vertrag nur zurücktreten, wenn der Versicherungsfall innerhalb der ersten drei Jahre nach Abschluss, letzter Änderung oder Wiederherstellung eintritt, die Anzeige aber erst später erfolgt und die Anzeigepflicht schuldhaft verletzt wurde.

Wir werden den Rücktritt innerhalb eines Monats ab Kenntnis der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben erklären.

Wir können nicht vom Vertrag zurücktreten, wenn

- wir von der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben Kenntnis hatten, oder
- der verschwiegene Umstand keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles hatte.

(4) Bei arglistiger Täuschung können wir den Vertrag anfechten.

(5) Wenn wir den Vertrag anfechten oder vom Vertrag zurücktreten, erlischt die Versicherung und wir zahlen, sofern vorhanden, den tariflichen Rückkaufswert.

(6) Solange die Bestimmungen der §§ 5 oder 7 nicht erfüllt werden, erlischt die Leistungspflicht nach Maßgabe des § 6 VersVG.

§ 12 Wie berechnen wir die Prämie?

(1) Die Prämie richtet sich nach dem Tarif, dem Alter und dem Geschlecht der versicherten Person. Das Beitrittsalter ist das rechnungsmäßige Alter der versicherten Person zum Beginn der Versicherung. Dabei wird ein begonnenes Lebensjahr als voll gerechnet, wenn davon am Tag, an welchem laut Versicherungsurkunde das erste Versicherungsjahr beginnt, mehr als 6 Monate vergangen sind. Bei erhöhtem Risiko können Zusatzprämien oder besondere Bedingungen vereinbart werden.

(2) Während der Vertragsdauer kann die Prämie außer bei Erhöhung des Versicherungsumfanges nur dann angehoben werden, wenn es zu einer, nicht nur vorübergehenden Änderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen und der daraus errechneten Prämien kommt.

§ 13 Wie ist das Verhältnis dieser Zusatzversicherung zur Hauptversicherung und unter welchen Voraussetzungen kann diese Zusatzversicherung fortgesetzt oder beendet werden?

(1) Diese Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist, (Hauptversicherung) eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden und teilt deren rechtliches Schicksal. Wird die Hauptversicherung gekündigt, prämienfrei gestellt oder aus sonstigen Gründen beendet, gilt dies auch für die Zusatzversicherung. Ist die Hauptversicherung eine Rentenversicherung, erlischt diese Zusatzversicherung auch mit dem vereinbarten Rentenzahlungsbeginn der Hauptversicherung. Diese Zusatzversicherung erlischt insbesondere bei Tod der versicherten Person ohne Versicherungsleistung.

(2) Diese Zusatzversicherung können Sie, sofern dafür laufende Prämien zu bezahlen sind, für sich allein jederzeit auf den Schluss des laufenden Versicherungsjahres und innerhalb eines Versicherungsjahres mit dreimonatiger Frist auf den Monatsschluss, frühestens jedoch auf den Schluss des ersten Versicherungsjahres kündigen. Sobald tariflich ein Rückkaufswert vorhanden ist, können Sie diese Zusatzversicherung nach Maßgabe des Abs. 3 entweder prämienfrei stellen oder die Auszahlung des Rückkaufswertes verlangen. In den letzten 5 Versicherungsjahren vor Ablauf der Hauptversicherung, bei Rentenversicherungen in den letzten 5 Jahren vor dem vereinbarten Rentenzahlungsbeginn, kann diese Zusatzversicherung nur mehr gleichzeitig mit der Hauptversicherung gekündigt, prämienfrei gestellt oder rückgekauft werden. Dies gilt auch, wenn die Prämienzahlungsdauer aus dieser Zusatzversicherung abgelaufen oder diese bereits prämienfrei gestellt worden ist, sodass auch in diesen Fällen eine Kündigung oder ein Rückkauf nur gleichzeitig mit der Hauptversicherung erfolgen kann.

(3) Eine Prämienfreistellung gemäß Abs. 2 ist nur möglich, wenn die prämienfreie monatliche Mindestrente aus der Zusatzversicherung einen Betrag von EUR 15,- erreicht. Die prämienfreie Rente errechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. Der aus der Zusatzversicherung für die Bildung der prämienfreien Rente zur Verfügung stehende Betrag mindert sich um einen Abzug in Höhe von 2 % des Betrages sowie um rückständige Prämien. Wird die Mindestrente nicht erreicht, verwenden wir den Betrag zur Erhöhung der prämienfreien Leistung der Hauptversicherung. Als Rückkaufswert aus der Zusatzversicherung zahlen wir die um einen Abzug in Höhe von 5 % verminderte Deckungsrückstellung der Zusatzversicherung. Allfällige rückständige Prämien ziehen wir vom Rückkaufswert ab. Einen Rückkaufswert aus der Zusatzversicherung erhalten Sie nur, wenn die Zusatzversicherung gemeinsam mit der Hauptversicherung gekündigt wird. Den Rückkaufswert der Hauptversicherung ermitteln wir nach Maßgabe der der Hauptversicherung zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen.

(4) Ist der Versicherungsfall aus der Zusatzversicherung bereits eingetreten, finden die Absätze 2 und 3 keine Anwendung.
Anerkannte Ansprüche aus bereits eingetretenen Versicherungsfällen dieser Zusatzversicherung werden bei Rückkauf oder Umwandlung der Hauptversicherung in eine prämienfreie Versicherung mit herabgesetzter Versicherungsleistung nicht berührt.

§ 14 Was gilt im Rahmen dieser Zusatzversicherung sonst vereinbart?

(1) Die Prämienzahlungsdauer der Zusatzversicherung kann nicht länger sein, als jene der Hauptversicherung.

(2) Versicherungsleistungen in Form einer Rentenzahlung aus dieser Zusatzversicherung können nicht durch eine einmalige Kapitalleistung abgelöst werden.

(3) Diese Zusatzversicherung ist nicht am Überschuss beteiligt.

(4) Soweit in diesen Bedingungen nichts Anderes bestimmt ist, finden die Bedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.