

Versicherungsbedingungen der Zusatzversicherung für die Prämienbefreiung bei Mutter- bzw. Vaterschaftskarenz, bei Bildungskarenz und bei Familienhospizkarenz - 2005

VBKAR2005

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

§ 1 Wer ist versichert?

- (1) Diese Zusatzversicherung kann von Personen abgeschlossen werden, die
- Arbeit- oder Dienstnehmer aufgrund eines privatrechtlichen Vertrages sind, der den Bestimmungen österreichischen Rechts unterliegt, oder
 - aufgrund eines öffentlich rechtlichen Bestellungsverganges bei einer österreichischen Gebietskörperschaft beschäftigt sind.
- (2) Bei dieser Zusatzversicherung ist der Versicherungsnehmer selbst zugleich versicherte Person. Der Versicherungsnehmer ist außerdem versicherte Person der Hauptversicherung und aller weiteren Zusatzversicherungen.

§ 2 Welche Versicherungsleistungen werden erbracht?

- (1) Der Versicherungsnehmer wird von der Pflicht zur Bezahlung der Prämien für die Hauptversicherung und die eingeschlossenen Zusatzversicherungen befreit (ausgenommen sind allfällige Zusatzprämien für Vorauszahlungen), wenn die versicherte Person während des aufrechten Bestandes dieser Zusatzversicherung
- a) Mutter oder Vater eines Kindes wird und aus diesem Grund eine Karenz im Sinne des § 3 in Anspruch nimmt,
 - b) eine Bildungskarenz im Sinne des § 4 in Anspruch nimmt oder
 - c) eine Familienhospizkarenz im Sinne des § 5 in Anspruch nimmt.
- (2) Die Befreiung beginnt mit dem auf den Beginn der Karenz folgenden Monatsersten, und endet mit dem letzten Tag der Karenz, wenn dieser ein Monatsletzter ist, sonst mit dem auf das Ende der Karenz folgenden Monatsletzten.
- (3) Die Befreiung endet jedoch auf jeden Fall
- mit Ablauf der in der Lebensversicherungsurkunde (Polizze) angeführten Versicherungsdauer,
 - mit Ablauf der in den §§ 3 bis 5 angegebenen Zeiträume oder
 - mit Ablauf des 36. Monats der insgesamt aus dieser Zusatzversicherung in Anspruch genommenen Befreiungen.

§ 3 Welche Voraussetzungen gelten für einen Leistungsanspruch bei Mutter- oder Vaterschaftskarenz?

- (1) Nimmt die versicherte Person aufgrund des Mutterschutzgesetzes 1979 oder des Väterkarenzgesetzes 1989 eine Karenz in Anspruch, so wird die Befreiung von der Pflicht zur Bezahlung der Prämien für die Dauer der tatsächlich in Anspruch genommenen Karenzzeit gewährt, längstens jedoch für 24 Monate.
- (2) Die Geburt eines weiteren Kindes begründet unter den in den Absätzen 1 und 2 angeführten Voraussetzungen einen weiteren Leistungsanspruch. Die Befreiung von der Pflicht zur Bezahlung der Prämien wird jedoch nur mehr für maximal 24 Monate abzüglich der Dauer von bereits in Anspruch genommenen Befreiungen aufgrund der Absätze 1 und 2 gewährt. Wurden bereits Befreiungen für die Dauer von insgesamt 24 Monaten aufgrund der Absätze 1 und 2 in Anspruch genommen, so wird aufgrund dieser kein weiterer Anspruch mehr begründet.
- (3) Mehrlingsgeburten begründen nur einen Leistungsanspruch.
- (4) Geburten, die vor Versicherungsbeginn oder innerhalb der ersten 9 Monate der Versicherungsdauer stattfinden, begründen keinen Leistungsanspruch.
- (5) Für versicherte Personen, die nicht dem Geltungsbereich des Mutterschutzgesetzes 1979 oder des Väterkarenzgesetzes 1989 unterliegen, besteht nach Maßgabe der Absätze 1 bis 4 Versicherungsschutz, sofern nach den für sie jeweils geltenden Vorschriften ein gleichartiger Anspruch auf Karenz aufgrund der Geburt ihres Kindes gewährt wird. Versicherungsschutz besteht für die Dauer der nach diesen Vorschriften tatsächlich in Anspruch genommenen Karenzzeit, längstens jedoch für 24 Monate.

§ 4 Welche Voraussetzungen gelten für einen Leistungsanspruch bei Bildungskarenz?

- (1) Nimmt die versicherte Person eine Bildungskarenz gegen Entfall des Arbeitsentgeltes aufgrund § 11 Arbeitsvertragsrechts-Anpassungsgesetz in Anspruch, so wird die Befreiung von der Pflicht zur Bezahlung der Prämien für die Dauer dieser Karenz gewährt, längstens jedoch für 12 Monate.

(2) Eine neuerliche Bildungskarenz begründet einen weiteren Leistungsanspruch. Die Befreiung von der Pflicht zur Bezahlung der Prämien wird jedoch nur mehr für maximal 12 Monate abzüglich der Dauer von bereits in Anspruch genommenen Befreiungen aufgrund von Bildungskarenzen gewährt. Wurden bereits Befreiungen für die Dauer von insgesamt 12 Monaten aufgrund von Bildungskarenzen in Anspruch genommen, so wird kein weiterer Anspruch mehr begründet.

(3) Eine Bildungskarenz, die vor dem Versicherungsbeginn oder im ersten Versicherungsjahr mit dem Arbeitgeber vereinbart wird, begründet keinen Leistungsanspruch.

(4) Für versicherte Personen, die nicht dem Geltungsbereich des Arbeitsvertragsrechts-Anpassungsgesetz unterliegen, besteht nach Maßgabe der Absätze 1 bis 3 Versicherungsschutz, sofern nach den für sie jeweils geltenden Vorschriften ein gleichartiger Anspruch auf Bildungskarenz gewährt wird. Versicherungsschutz besteht für die Dauer der nach diesen Vorschriften tatsächlich in Anspruch genommenen Karenzzeit, längstens jedoch für 12 Monate.

§ 5 Welche Voraussetzungen gelten für einen Leistungsanspruch bei Familienhospizkarenz?

(1) Nimmt die versicherte Person eine Freistellung gegen Entfall des Arbeitsentgeltes zum Zwecke der Sterbebegleitung eines nahen Angehörigen aufgrund § 14a Arbeitsvertragsrechts-Anpassungsgesetz oder zum Zwecke der Begleitung eines schwersterkrankten Kindes aufgrund § 14b Arbeitsvertragsrechts-Anpassungsgesetz (Familienhospizkarenz) in Anspruch, so wird die Befreiung von der Pflicht zur Bezahlung der Prämien für die Dauer dieser Freistellung gewährt, längstens jedoch für 6 Monate.

(2) Eine neuerliche Familienhospizkarenz begründet einen weiteren Leistungsanspruch. Die Befreiung von der Pflicht zur Bezahlung der Prämien wird jedoch nur mehr für maximal 6 Monate abzüglich der Dauer von bereits in Anspruch genommenen Befreiungen aufgrund von Familienhospizkarenzen gewährt. Wurden bereits Befreiungen für die Dauer von insgesamt 6 Monaten aufgrund von Familienhospizkarenzen in Anspruch genommen, so wird kein weiterer Anspruch mehr begründet.

(3) Eine Familienhospizkarenz, die vor dem Versicherungsbeginn begonnen wird, begründet keinen Leistungsanspruch.

(4) Für versicherte Personen, die nicht dem Geltungsbereich des Arbeitsvertragsrechts-Anpassungsgesetz unterliegen, besteht nach Maßgabe der Absätze 1 bis 3 Versicherungsschutz, sofern nach den für sie jeweils geltenden Vorschriften ein gleichartiger Anspruch auf Familienhospizkarenz gewährt wird. Versicherungsschutz besteht für die Dauer der nach diesen Vorschriften tatsächlich in Anspruch genommenen Karenzzeit, längstens jedoch für 6 Monate.

§ 6 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

(1) Sofern die Voraussetzungen des § 1 Abs. 1 erfüllt sind, beginnt der Versicherungsschutz mit schriftlicher Annahme des Antrages oder durch Zustellung der Lebensversicherungsurkunde (Polizze) durch den Versicherer und rechtzeitiger Bezahlung der ersten oder einmaligen Prämie. Vor dem in der Lebensversicherungsurkunde angegebenen Versicherungsbeginn besteht kein Versicherungsschutz.

(2) Sofern bei den Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch (§§ 3 bis 5) eine Wartezeit angeführt ist, beginnt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf dieser Frist. Eine Wartezeit beginnt mit Zugang der Polizze und rechtzeitiger Bezahlung der Erstprämie, frühestens jedoch mit Beginn der auf der Polizze genannten Versicherungsdauer, zu laufen.

§ 7 Was ist zu beachten, wenn ein Versicherungsfall geltend gemacht wird?

(1) Wird ein Anspruch auf eine Leistung geltend gemacht, so ist auf Kosten des Versicherungsnehmers eine Bestätigung des Arbeitgebers über den Antritt, die voraussichtliche Dauer sowie die Rechtsgrundlage der Karenz einzureichen.

(2) Wird eine Leistung aufgrund einer Mutter- oder Vaterschaftskarenz (§ 3) verlangt, so ist zusätzlich eine amtliche Bescheinigung der Geburt (Geburtsurkunde) vorzulegen.

(3) Die Nachweise sind in schriftlicher Form und in deutscher Sprache zu erbringen.

(4) Der Versicherer kann außerdem zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen verlangen, wenn diese zur Feststellung des Leistungsanspruches erforderlich sind.

§ 8 Wann gibt der Versicherer eine Erklärung über seine Leistungspflicht ab?

(1) Der Versicherer ist verpflichtet, innerhalb dreier Monate zu erklären, ob und für welchen Zeitraum eine Leistungspflicht anerkannt wird. Die Frist beginnt mit dem Eingang der Unterlagen, die der Versicherungsnehmer zur Feststellung des Leistungsanspruches vorzulegen hat, und der vom Versicherer angeforderten zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen zu laufen.

(2) Steht die Leistungspflicht fest, ist die Leistung fällig. Die Fälligkeit der Leistung tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf zweier Monate seit Anspruchserhebung eine Erklärung verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.

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

§ 9 Was gilt für die Nachprüfung des Fortbestehens eines Leistungsanspruches?

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung der Leistungspflicht ist der Versicherer berechtigt, das

Fortbestehen des Leistungsanspruches nachzuprüfen. Zur Nachprüfung können jederzeit sachdienliche Auskünfte verlangt werden. Die Kosten dafür werden vom Versicherer getragen.

(2) Die vorzeitige Beendigung einer Karenz ist dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen.

(3) Bei vorzeitiger Beendigung einer Karenz im Sinne dieser Bedingungen stellt der Versicherer seine Leistungen ein. Die Einstellung wird dem Versicherungsnehmer mitgeteilt; sie wird nicht vor Ablauf eines Monats nach Absenden dieser Mitteilung wirksam.

§ 10 Wie und bis wann können bei Meinungsverschiedenheiten Rechte geltend gemacht werden?

(1) Ist der Versicherungsnehmer mit den Entscheidungen des Versicherers nicht einverstanden, kann er innerhalb eines Jahres nach Zugang der Ablehnung den Anspruch gerichtlich geltend machen.

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

§ 11 Was gilt bei Änderung der Berufstätigkeit?

(1) Veränderungen der bei Vertragsabschluss anzugebenden Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person sind unverzüglich anzuzeigen.

(2) Bei Verletzung dieser Verpflichtungen ist der Versicherer nach Maßgabe des § 6 des Versicherungsvertragsgesetz leistungsfrei.

(3) Bei Wegfall der in § 1 Abs. 1 angeführten Voraussetzungen gilt § 15 dieser Versicherungsbedingungen.

§ 12 Was gilt bei einer Verletzung der Anzeigepflicht?

(1) Der Versicherer übernimmt den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass alle mit dem Antrag verbundenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet wurden.

(2) Werden Fragen schuldhaft unrichtig oder unvollständig beantwortet, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Der Rücktritt ist innerhalb eines Monats ab Kenntnis der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben zu erklären.

Der Versicherer kann nicht vom Vertrag zurücktreten, wenn

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

(3) Bei arglistiger Täuschung kann der Versicherer den Vertrag anfechten.

(4) Wenn der Versicherer den Vertrag anfechtet oder vom Vertrag zurücktritt, erlischt die Versicherung.

§ 13 Wie wird die Prämie berechnet?

(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.

§ 14 Wie lange besteht diese Zusatzversicherung?

(1) Diese Zusatzversicherung besteht nur solange wie zu der Versicherung, zu der sie abgeschlossen wurde, (Hauptversicherung) Prämien bezahlt werden, längstens bis zum Ende der in der Polizze angeführten Versicherungsdauer.

(2) Die Zusatzversicherung endet bereits vor Ablauf der Versicherungsdauer, wenn aus ihr Befreiungen von der Pflicht zur Bezahlung der Prämien für eine Dauer von insgesamt 36 Monaten in Anspruch genommen worden sind.

(3) Insbesondere endet diese Zusatzversicherung bei Tod der versicherten Person ohne Versicherungsleistung.

§ 15 Wann und aus welchen Gründen kommt ein Versicherungsvertrag nicht zustande oder endet dieser vorzeitig?

(1) Liegen die in § 1 Abs. 1 angeführten Voraussetzungen bei Vertragsabschluss nicht vor, kommt kein Versicherungsvertrag zustande. In diesem Fall ist der Versicherungsnehmer von der Verpflichtung zur Zahlung der Prämien frei.

(2) Fallen die in § 1 Abs. 1 angeführten Voraussetzungen nach Vertragsbeginn weg, erlischt der Versicherungsvertrag und der Versicherungsschutz daraus. In diesem Fall gebührt dem Versicherer die Prämie, die er hätte erheben können, wenn die Versicherung nur bis zu diesem Zeitpunkt beantragt worden wäre, in welchem der Versicherer vom Wegfall der Voraussetzungen Kenntnis erlangt.

(3) Darüber hinaus endet diese Zusatzversicherung mit Beendigung der Hauptversicherung nach Maßgabe des § 17.

§ 16 Wann kann diese Zusatzversicherung gekündigt werden?

(1) Der Versicherungsnehmer kann diese Zusatzversicherung jährlich zum Ende des Versicherungsjahres kündigen. Die Kündigung muss schriftlich erfolgen und spätestens am letzten Werktag vor Ende des Versicherungsjahres in der Generaldirektion des Versicherers einlangen. Im Falle der Kündigung besteht kein Anspruch auf Auszahlung eines Rückkaufswertes.

(2) Wird die Zusatzversicherung innerhalb eines Jahres nach Inanspruchnahme einer Versicherungsleistung gekündigt, ist der Versicherer berechtigt, diese Leistung vom Deckungskapital der Hauptversicherung abzuziehen.

§ 17 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

(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 oder aus sonstigen Gründen beendet, so endet auch die Zusatzversicherung.

(2) Endet die Hauptversicherung aus welchen Gründen auch immer, während sie aufgrund einer Leistung aus dieser Zusatzversicherung prämienbefreit ist, so erlischt auch der Leistungsanspruch aus dieser Zusatzversicherung zum gleichen Zeitpunkt. Insbesondere besteht kein Anspruch auf eine Kapitalabfindung nicht in Anspruch genommener Prämienbefreiungen.

(3) Diese Zusatzversicherung ist nicht gewinnberechtigt.

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