

Versicherungsbedingungen

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Allgemeine Bedingungen für die selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung (ABsBu-A)	S. 2
Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung (Bu-Dynamik-A)	S. 14
Allgemeine Bedingungen für die selbständige Erwerbsunfähigkeitsversicherung (ABsEu-A)	S. 15
Besondere Bedingungen für die Erwerbsunfähigkeitsversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung (Eu-Dynamik-A)	S. 25
Hinweise zum Schutz Ihrer Daten	S. 26
Steuerregelungen für Lebensversicherungen nach österreichischem Recht	S. 29

Allgemeine Bedingungen für die selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung (ABsBu-A)

§ 1 Was ist versichert? Wann beginnt und wann endet Ihr Versicherungsschutz?

- (1) Die folgenden Leistungen erbringen wir, wenn die versicherte Person während der Dauer dieser Versicherung zu mindestens 50 % berufsunfähig (vgl. § 2 dieser Bedingungen) wird. Bei einem geringeren Berufsunfähigkeitsgrad besteht kein Anspruch auf die Versicherungsleistungen.
 - a) Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht.
 - b) Zahlung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente. Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus.

Endet der Anspruch auf Rente, weil Berufsunfähigkeit wieder gegeben ist, haben Sie Anspruch auf eine Wiedereingliederungshilfe in Höhe von 6 Monatsrenten, insgesamt höchstens jedoch 10.000 EUR, sofern die Berufsunfähigkeit 3 Jahre ununterbrochen angedauert hat und die restliche vertraglich vereinbarte Leistungsdauer noch mindestens 5 Jahre beträgt.

Tritt innerhalb eines Jahres nach einer beendeten Berufsunfähigkeit erneut Berufsunfähigkeit, gleich aus welcher Ursache ein, entfällt der Anspruch auf Wiedereingliederungshilfe rückwirkend. Eine bereits gezahlte Wiedereingliederungshilfe wird mit den dann fälligen Renten verrechnet. Die Wiedereingliederungshilfe kann während der Dauer der Berufsunfähigkeitsversicherung nur einmal in Anspruch genommen werden.
 - c) Folgende Optionen können eingeschlossen werden:

Option Dread Disease: Was ist eine schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen?

Bei Einschluss dieser Option erbringen wir ohne weitere Prüfung einer Berufsunfähigkeit die vereinbarte einmalige Kapitalleistung, wenn eine der nachfolgend genannten Erkrankungen mit den jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen vorliegt.

Zahlungen aus dieser Option beinhalten ausdrücklich keine Anerkennung einer etwaigen Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 dieser Bedingungen. Ob eine solche vorliegt, wird bei einer Beantragung gesondert geprüft.

Führt unsere Leistungsprüfung zu dem Ergebnis, dass keine Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 dieser Bedingungen vorliegt, sind erhaltene Leistungen aus dieser Option nicht zurückzuzahlen. Im Falle des Anerkenntnisses einer Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 dieser Bedingungen entsteht der Leistungsanspruch aufgrund der festgestellten Berufsunfähigkeit unabhängig von der Option Dread Disease. Diese Option kann während der Versicherungsdauer nur einmal in Anspruch genommen werden.

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

Krebs (mit Ausnahme von Frühstadien)

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

Nicht versichert sind nachfolgende frühe Krebsstadien oder Krebsvorstufen:

- Jeder Tumor, der histologisch als prä-maligne, nicht-invasiv oder als Carcinoma in Situ eingestuft wird (einschließlich des Duktalen oder Lobulären Carcinoma in situ der Brust sowie der Zervixdysplasie CIN-1, CIN-2 oder CIN-3)
- Prostatakrebs, der histologisch nicht einen Gleason-Score über 6 oder nicht ein klinisches TNM-Stadium von mindestens T2N0M0 aufweist.
- Chronisch lymphatische Leukämie im Stadium Binet A
- Basalzellkarzinom (Basaliom) und Plattenepithelkarzinom der Haut sowie das maligne Melanom Stadium IA (T1aN0M0)
- Schilddrüsenkrebs mit einer Tumorgöße von weniger als 1 cm Durchmesser und histologisch klassifiziert als T1N0M0
- Papilläres Mikrokarzinom der Blase histologisch klassifiziert als Ta
- Monoklonale Gammopathie unklarer Signifikanz
- Polyzythämia rubra vera und essentielle Thrombozythämie
- MALT-Lymphom des Magens bei ausschließlicher Behandlung mittels Helicobacter-Eradikation
- Gastrointestinaler Stromatumor (GIST) im Stadium 1 oder 2 nach der AJCC-Klassifikation
- Kutane Lymphome, außer bei Behandlung mittels Chemotherapie und/oder Bestrahlung
- Mikroinvasives Karzinom der Brust (histologisch klassifiziert als T1mic), außer bei Behandlung mittels Mastektomie, Chemotherapie oder Bestrahlung
- Mikroinvasives Karzinom der Zervix Uteri (histologisch klassifiziert als Stadium IA1), außer bei Behandlung mittels Hysterektomie, Chemotherapie oder Bestrahlung

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

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

Nicht versichert sind:

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

Myokardinfarkt (Herzinfarkt)

Versicherungsschutz besteht, wenn ein Myokardinfarkt diagnostiziert wird, der durch ein Absterben von Herzmuskelgewebe aufgrund einer unzureichenden Blutversorgung (Ischämie) der betroffenen Bereiche des Herzmuskels gekennzeichnet ist. Die Diagnose Myokardinfarkt basiert auf dem Anstieg der herzspezifischen Enzyme (Troponin oder CK-MB) über die vom jeweiligen Labor geltenden Grenzwerte, zusammen mit mindestens 2 der nachfolgend genannten Kriterien:

- Typische Symptome eines Myokardinfarktes (z.B. Schmerzen in der Brust)
 - Veränderungen im Elektrokardiogramm (EKG), die einer frischen Ischämie entsprechen (z.B. neu aufgetretene ST-Streckenveränderungen oder neu aufgetretener Linksschenkelblock)
 - Ausbildung von pathologischen Q-Zacken im Elektrokardiogramm (EKG)
- Die Diagnose Myokardinfarkt muss durch einen Facharzt für Kardiologie bestätigt und durch entsprechende Befunde begründet werden.

Nicht versichert sind:

- Stabile oder instabile Angina Pectoris
- Erhöhte Troponinwerte ohne offenkundige ischämische Herzerkrankung (gemäß der "Universal Definition of Myocardial Infarction" der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie von 2007)
- Myokardinfarkte bei nicht arteriosklerotisch veränderten Herzkranzgefäßen oder bedingt durch Vasospasmen, Muskelbrücken oder in Zusammenhang mit Drogenkonsum.
- Myokardinfarkte innerhalb von 14 Tagen nach Durchführung einer Koronarangioplastie oder Bypass-Operation
- Entzündungen des Herzmuskels (Myokarditis)

Chronisches Nierenversagen beider Nieren (mit regelmäßiger Blutwäsche oder Nierentransplantation)

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

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

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

Nicht versichert ist:

- Akutes, reversibles Nierenversagen mit vorübergehender Dialysepflicht.

Schlaganfall (mit bleibenden neurologischen Ausfallerscheinungen)

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

Nicht unter den Begriff „neurologische Ausfallerscheinungen“ fallen:

- Auffälligkeiten in der bildgebenden Diagnostik (z.B. Computertomographie des Gehirns), die keine eindeutige Verbindung zu einer klinischen Symptomatik aufweisen.
- Symptome, die auf psychische/psychiatrische Ursachen oder auf eine nicht im Rahmen der Versicherung gedeckte Erkrankung zurückzuführen sind.

Versichert ist ein Schlaganfall, bei dem es zum Absterben von Hirngewebe durch eine intrakranielle Thrombose oder Blutung (einschließlich Subarachnoidalblutung) oder durch eine Embolie extrakraniellen Ursprungs kommt.

Weiterhin muss der Schlaganfall gekennzeichnet sein durch:

- eine akut beginnende neurologische Symptomatik mit
- objektiv bestimmbare, nicht vorbestehende neurologische Ausfallerscheinungen bei der klinischen Untersuchung die über einen Zeitraum von 3 Monaten ununterbrochen andauern

Die Diagnose sowie die anhaltenden neurologischen Ausfallerscheinungen müssen durch einen Facharzt für Neurologie bestätigt und durch entsprechende bildgebende und klinische Befunde begründet werden.

Nicht versichert sind:

- Transitorische Ischämische Attacken (TIA) und Prolongierte Reversible Ischämische Neurologische Defizite (PRIND);
- Unfallbedingte Verletzungen des Gewebes oder der Blutgefäße im Gehirn
- Neurologische Defizite aufgrund von Hypoxie, Infektionen, Entzündungen, Migräne oder medizinische Eingriffen
- Zufallsbefunde in der Bildgebung (z.B. CT oder MRT) ohne eindeutig damit in Zusammenhang stehende klinische Symptome (stummer Hirninfarkt)
- Gefäßerkrankungen mit Beeinträchtigung von Auge, Sehnerv oder Gleichgewichtsorgan

Multiple Sklerose (mit dauerhaften neurologischen Ausfallerscheinungen)

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

Nicht unter den Begriff „neurologische Ausfallerscheinungen“ fallen:

- Auffälligkeiten in der bildgebenden Diagnostik (z.B. Computertomographie des Gehirns), die keine eindeutige Verbindung zu einer klinischen Symptomatik aufweisen.
- Symptome, die auf psychische/psychiatrische Ursachen oder auf eine nicht im Rahmen der Versicherung gedeckte Erkrankung zurückzuführen sind.

Versichert ist die gesicherte Diagnose einer Multiplen Sklerose, welche durch einen Facharzt für Neurologie bestätigt und durch alle der nachfolgend genannten Kriterien begründet werden muss:

- Beeinträchtigung sensorischer und/oder motorischer Funktionen, die über einen Zeitraum von mehr als 6 Monaten durchgehend bestehen
- Nachweis von mindestens 2 charakteristischen, demyelinisierenden Herden im Bereich des Gehirns oder des Rückenmarks in der Magnetresonanztomographie (MRT)

Nicht versichert sind:

- Radiologisch oder klinisch isolierte Syndrome
- Isolierte Optische Neuritis oder Neuromyelitis Optica

Hochgradige Sehbehinderung - beider Augen, irreversibel

Versichert ist eine hochgradige, dauerhafte Sehbehinderung beider Augen, die aufgrund einer Erkrankung oder einer traumatischen Verletzung verursacht wurde und nicht durch medizinische Maßnahmen oder optische Hilfsmittel optimal verbessert werden kann.

Eine hochgradige Sehbehinderung liegt vor, wenn:

- die Sehschärfe (Visus) des besseren Auges nach optimaler Versorgung mit medizinischen oder optischen Hilfsmitteln 3/60 (0,05) oder weniger beträgt, oder
- das Gesichtsfeld des besseren Auges nach optimaler Versorgung mit medizinischen oder optischen Hilfsmitteln 10° oder weniger beträgt.

Die Sehbehinderung im Sinne dieser Definition muss durch einen Facharzt für Augenheilkunde bestätigt werden.

Taubheit - beider Ohren, irreversibel

Versichert ist der dauerhafte und vollständige Verlust des Hörvermögens auf beiden Ohren als Folge einer Erkrankung oder einer traumatischen Verletzung.

Die Diagnose muss durch einen Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde bestätigt und durch eine beidseitige Hörschwelle von über 90db bei Frequenzen zwischen 500, 1000 und 2000Hz in der Tonaudiometrie begründet werden.

Verlust der Sprache - irreversibel

Versichert ist der vollständige und dauerhafte Verlust der Sprache in Folge einer traumatischen Verletzung oder einer organischen Erkrankung. Der Sprachverlust muss über einen Zeitraum von 6 Monaten bestehen und durch einen Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde bestätigt werden.

Nicht versichert ist:

- Der Verlust der Sprache aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung

Option Zusatzzahlung

Bei Einschluss dieser Option wird bei einer erstmalig unbefristet anerkannten Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 dieser Bedingungen eine einmalige Zusatzzahlung in Höhe von 12 Monatsrenten erbracht. In den letzten vier Jahren der Versicherungsdauer wird eine reduzierte Zusatzzahlung geleistet. Sie beträgt im viertletzten Jahr der Versicherungsdauer 80 %, im drittletzten Jahr 60 %, im vorletzten Jahr 40 % und im letzten Jahr 20 % der vereinbarten Zusatzleistung.

Option Rentendynamik im Leistungsfall

Bei Einschluss dieser Option erhöht sich während der Dauer der Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 dieser Bedingungen die garantierte versicherte Berufsunfähigkeitsrente (ohne Berücksichtigung der jeweils festgelegten Überschussanteilsätze) um den jeweils vereinbarten Prozentsatz. Die Erhöhung erfolgt jährlich jeweils zum Beginn des neuen Versicherungsjahres. Bei Vereinbarung einer Karenzzeit erfolgt die erste Erhöhung mit Ablauf der Karenzzeit zu Beginn des nächsten Versicherungsjahres, sofern zu diesem Zeitpunkt eine Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 dieser Bedingungen gegeben ist. Die Dynamisierung der Berufsunfähigkeitsrente endet mit Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer.

Option Verzicht auf die Anwendung des § 172 VersVG

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

Option Arbeitsunfähigkeit (AU-Option)

Die folgenden Leistungen erbringen wir, wenn die versicherte Person während der Dauer dieser Versicherung berufsunfähig aufgrund von Arbeitsunfähigkeit wird.

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

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

Sofern die Arbeitsunfähigkeit bereits mindestens 6 Monate ununterbrochen bestanden hat, genügt es, wenn die Krankmeldungen von einem auf die zugrunde liegende Erkrankung spezialisierten Facharzt ausgestellt oder bestätigt worden sind.

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

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

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

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

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

Wenn Sie Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit beantragen, müssen Sie nicht gleichzeitig Leistungen wegen Berufsunfähigkeit gemäß § 2 dieser Bedingungen beantragen. Wir sind allerdings berechtigt, eine Prüfung wegen Berufsunfähigkeit nach § 2 dieser Bedingungen durchzuführen.

Wenn wir Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aus einem anderen Grund als Arbeitsunfähigkeit erbringen, besteht kein Anspruch auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit. Ein gleichzeitiger Bezug von Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit und Berufsunfähigkeit gemäß § 2 dieser Bedingungen ist ausgeschlossen.

Wenn Berufsunfähigkeit gemäß § 2 dieser Bedingungen vorliegt, werden die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit mit den in diesem Zeitraum bereits vorher erbrachten Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit verrechnet. Auf den maximalen 24-monatigen Leistungszeitraum wegen Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit werden dann diese Zeiträume, für die ursprünglich Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit erbracht wurden, nicht angerechnet. Bei einer erneuten Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit können deshalb für diese Zeiträume erneut Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit in Anspruch genommen werden.

Mit dem Bezug von Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit besteht nicht automatisch auch ein Anspruch auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit gemäß § 2 dieser Bedingungen. Dies gilt auch, wenn eine Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit bereits 6 Monate und länger bestanden hat. Die Prüfung der Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aus einem anderen Grund als Arbeitsunfähigkeit erfolgt ausschließlich nach den in § 2 dieser Bedingungen beschriebenen Voraussetzungen.

- (2) Ein Wechsel von der SBU-solution® in die SBU-professional ist während der Laufzeit des Vertrages jederzeit durch entsprechenden Antrag in geschriebener Form zum Jahrestag des Versicherungsbeginns möglich. Der Antrag muss vor dem jeweiligen Jahrestag des Versicherungsbeginns bei uns eingegangen sein. Der Wechsel erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung, wenn die Versicherungsdauer, die Leistungsdauer und die Berufsunfähigkeitsrente nicht erhöht werden, sowie keine zusätzlichen Optionen gewählt werden. Der Wechsel erfolgt innerhalb der abgeschlossenen Tarifgeneration. Eine Überprüfung der versicherten Berufsgruppe wird nicht vorgenommen. Die Möglichkeit der Besserstufung für Schüler und Studenten gemäß Absatz 13 bleibt hiervon unberührt.
- (3) Wird die versicherte Person während der Dauer dieser Versicherung infolge Pflegebedürftigkeit (vgl. § 2 Absatz 3 dieser Bedingungen) berufsunfähig, erbringen wir die vereinbarten Leistungen unabhängig vom Grad der Berufsunfähigkeit.
- (4) Der Anspruch auf Rente und Beitragsbefreiung aufgrund einer Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 dieser Bedingungen entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist.
- (5) Der Anspruch auf Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung erlischt, wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % sinkt, die Pflegebedürftigkeit weniger als einen Punkt erreicht, die versicherte Person stirbt oder bei Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer.
- (6) Mit Beendigung der Versicherung endet auch Ihr Versicherungsschutz. Ihre Versicherung endet bei Ablauf des Vertrages oder bei Tod der versicherten Person.
- (7) Bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen.

Auf Ihren entsprechenden Antrag in geschriebener Form stunden wir bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht die Zahlung des laufenden Beitrags zinslos. Nach Vereinbarung können Sie innerhalb eines Zeitraumes von 24 Monaten die gestundeten Beiträge in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten nachzahlen. Sofern möglich, werden wir Ihnen auf Wunsch weitere Vorschläge machen, wie die Nachzahlung der gestundeten Beiträge erleichtert werden kann (z.B. Herabsetzung der versicherten Leistung). Bei Vereinbarung einer Karenzzeit werden die Beiträge für diesen Zeitraum weder gestundet noch zurückgezahlt.

- (8) Bei Vereinbarung einer Karenzzeit entsteht der Anspruch auf Zahlung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente und Befreiung von der Beitragszahlungspflicht erst mit Ablauf der Karenzzeit, sofern die Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 dieser Bedingungen während der Karenzzeit ununterbrochen bestanden hat und bei deren Ablauf noch andauert. Die Bestimmungen gemäß § 12 dieser Bedingungen finden auch bis zum Ablauf der Karenzzeit sinngemäß Anwendung. Die Karenzzeit greift nicht, sofern es sich um eine Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit im Sinn des § 1 (1) c) handelt.

Die Karenzzeit beginnt mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist.

Tritt nach einer beendeten Berufsunfähigkeit aufgrund derselben medizinischen Ursache erneut Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen ein, so werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten berücksichtigt.

- (9) Nach Ablauf des ersten Versicherungsjahres kann der Versicherungsnehmer mit einer Frist von einem Monat verlangen, ab der nächsten Versicherungsperiode bei vollem Versicherungsschutz für sechs Monate von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. Die Anpassungsmöglichkeit besteht unter folgenden Voraussetzungen:

- einmalig während der Versicherungsdauer bei Nachweis von Arbeitslosigkeit,
- mehrmals während der Versicherungsdauer bei Nachweis von gesetzlicher Elternzeit von mindestens sechs Monaten.

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

- (10) Die versicherte Berufsunfähigkeitsrente kann während der Versicherungsdauer bis auf eine Mindestrente von 600 EUR p.a. abgesenkt und ohne erneute Gesundheitsprüfung in der ursprünglichen Höhe wiederhergestellt werden. Die Dauer der Absenkung ist bei Antragstellung anzugeben und muss mindestens sechs Monate betragen.

Die Anpassungsmöglichkeit besteht unter folgenden Voraussetzungen:

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

Bei einer Anpassung aufgrund von Arbeitslosigkeit oder gesetzlicher Elternzeit reduziert sich der maximale Zeitrahmen jeweils um sechs Monate, sofern der Versicherungsnehmer wegen des gleichen Ereignisses von seiner Anpassungsmöglichkeit aus Absatz 9 Gebrauch macht und bereits für sechs Monate von der Beitragszahlungspflicht befreit wird oder wurde.

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

Eine Wiederherstellung ist ausgeschlossen, wenn vorher die Berufsunfähigkeit eingetreten oder ein Anspruch auf Leistungen aus der Option Dread Disease entstanden ist, sofern diese Option mitversichert ist.

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

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

Die Zahlung einer Überbrückungshilfe hat keinen Einfluss auf unsere Rechte aufgrund einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht.

- (13) Ist die versicherte Person bei Versicherungsbeginn "Student" (d.h. eine Person, die an einer Hochschule oder Fachhochschule immatrikuliert ist) oder Schüler, ist eine Bessereinstufung der bei Antragstellung bzw. der Versicherungsanfrage zugrunde gelegten Berufsgruppe unter folgenden Voraussetzungen ohne erneute Gesundheitsprüfung möglich:

- die versicherte Person hat ihre akademische bzw. schulische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen;
- die entsprechende Beantragung der Bessereinstufung in geschriebener Form erfolgt bis spätestens 36 Monate nach Abschluss ihrer akademischen bzw. schulischen Ausbildung;
- die ausgeübte Tätigkeit lässt, nach den dann gültigen Grundlagen, eine Bessereinstufung zu.

Sind die Voraussetzungen erfüllt, erfolgt eine Berufsgruppeneinstufung nach der dann ausgeübten Tätigkeit. Die Bessereinstufung erfolgt jedoch nicht rückwirkend, sondern ab dem 01. des Folgemonats, in dem uns alle erforderlichen Unterlagen (Nachweis des Ausbildungsabschlusses, Nachweis der dann ausgeübten Tätigkeit) vorliegen.

- (14) Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen erhalten Sie gegebenenfalls weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (siehe § 20 dieser Bedingungen).

- (15) Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

§ 1a Nachversicherungsgarantie

- (1) Sie haben das Recht, eine Erhöhung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung (Nachversicherungsgarantie) innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt eines der nachfolgend genannten Ereignisse zu beantragen:

- Heirat oder Schließung/Eingehung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft der versicherten Person,
- Ehescheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft der versicherten Person,
- Geburt eines Kindes der versicherten Person,
- Adoption eines minderjährigen Kindes durch die versicherte Person,
- Tod des Lebenspartners der versicherten Person,
- Kauf oder Baubeginn einer eigengenutzten Immobilie mit einem Mindest-Verkehrswert in Höhe von 50.000 EUR durch die versicherte Person,

- erfolgreicher Schulabschluss und Beginn einer Ausbildung oder Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit,
- erfolgreiche Beendigung eines Studiums an einer staatlich anerkannten Hoch-/Fachhochschule oder einer Berufsausbildung mit Lehrbrief durch die versicherte Person und Aufnahme der entsprechenden beruflichen Tätigkeit,
- Karrieresprung bei Nichtselbständigen, wenn aus nichtselbständiger Tätigkeit der versicherten Person eine dauerhafte Erhöhung des monatlichen Bruttogrundgehalts um mindestens 10 Prozent gegenüber den Durchschnittsbruttogrundgehältern der letzten 12 Monate erreicht wird,
- erstmalige Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit (als Hauptberuf) der versicherten Person
- Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung durch die versicherte Person,
- Ablegen der Meisterprüfung durch die versicherte Person und Aufnahme einer die Meisterprüfung voraussetzenden Tätigkeit,
- Ausscheiden der versicherten Person als selbständiger Handwerker aus der gesetzlichen Rentenversicherung,
- nachhaltige Steigerung des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern der letzten drei Jahre vor Optionsausübung im Vergleich zum Gewinn bei Antragstellung um mindestens 30 % für selbständige Versicherte.

Unabhängig von einem der zuvor genannten Ereignisse haben Sie das Recht, eine Erhöhung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung (Nachversicherungsgarantie) innerhalb der ersten 5 Jahre nach Vertragsbeginn zu beantragen. Diese ereignisunabhängige Nachversicherungsgarantie kann nicht in Anspruch genommen werden, wenn der Vertrag mit einem Risikoausschluss oder einem Risikozuschlag zustande gekommen ist.

Das Recht auf Nachversicherung kann – vorbehaltlich der Regelung in Absatz 2 – in den vorgenannten Fällen jeweils einmalig, bei Geburt bzw. Adoption auch zweimalig in Anspruch genommen werden.

- (2) Die versicherte Berufsunfähigkeitsrente kann während der Beitragszahlungsdauer ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöht werden. Bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres kann die versicherte Berufsunfähigkeitsversicherung um bis zu 100 % der anfänglichen versicherten Berufsunfähigkeitsrente erhöht werden. Ab Vollendung des 45. Lebensjahres bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres kann die versicherte Berufsunfähigkeitsrente pro Ereignis um maximal 3.000 Euro jährlich erhöht werden.

Unabhängig vom Zeitpunkt der Erhöhungen darf die jährliche Berufsunfähigkeitsrente insgesamt auf maximal 100 % der anfänglichen versicherten Berufsunfähigkeitsrente, höchstens jedoch auf maximal 40.000 EUR jährliche Berufsunfähigkeitsrente angehoben werden.

Das Recht auf Erhöhung kann während der Beitragszahlungsdauer höchstens dreimal in Anspruch genommen werden. Der Nachversicherungsanlass ist uns mittels geeignetem Nachweis (z.B. Urkunde oder amtliche Bestätigung, Arbeitsvertrag, Gehaltsabrechnung) anzuzugehen.

- (3) Dieses Nachversicherungsrecht besteht nur, wenn die gesamte versicherte Berufsunfähigkeitsrente einschließlich anderweitig bestehender privater, gesetzlicher und betrieblicher Anwartschaften dann nicht mehr als 60 % des letzten jährlichen Bruttoeinkommens der versicherten Person beträgt. Dies ist in geeigneter Form nachzuweisen. Bei Einschluss einer Dynamik umfasst diese finanzielle Angemessenheitsprüfung auch eine Überprüfung der Höhe des vereinbarten Dynamiksatzes. Dies kann im Einzelfall zu einer Kürzung des Dynamiksatzes auf bis zu 2 % führen.
- (4) Das Recht auf Nachversicherung erlischt, wenn
- die versicherte Person das 50. Lebensjahr vollendet hat,
 - vor Ausübung des Nachversicherungsrechts eine Berufsunfähigkeit der versicherten Person eingetreten ist oder ein Anspruch auf Leistungen aus der Option Dread Disease besteht, sofern diese mitversichert ist.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

- (1) Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % außerstande ist, ihren vor Eintritt des Versicherungsfalles zuletzt ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – auszuüben und sie in dieser Zeit auch keine andere, ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit konkret ausübt. Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung.

Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn eine auf gesetzlichen Vorschriften oder behördlicher Anordnung beruhende Verfügung der versicherten Person verbietet, wegen der Gefahr einer Infizierung Dritter ihrer bisherigen Tätigkeit nachzugehen (vollständiges Tätigkeitsverbot). Das vollständige Tätigkeitsverbot muss sich auf einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erstrecken. Zum Nachweis des Vorliegens eines vollständigen Tätigkeitsverbotes ist uns die Verfügung im Original oder amtlich beglaubigt vorzulegen.

Bei Schülern liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % außerstande ist, als Schüler am Unterricht an einer allgemeinen Schule in der Primarstufe, Sekundarstufe I oder Sekundarstufe II ohne spezielle Förderung teilzunehmen - so wie es ohne gesundheitliche Beeinträchtigung möglich war - und sie in dieser Zeit auch keine andere, ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit konkret ausübt. Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung. Eine spezielle Förderung ist anzunehmen, wenn der Besuch einer Förderschule/Sonderschule oder einer sonderpädagogischen Maßnahme regelmäßig erforderlich ist.

Bei Studenten liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % außerstande ist, ihr zuletzt betriebenes Studium (z.B. an einer Universität oder Fachhochschule) - so wie es ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war - auszuüben und sie in dieser Zeit auch keine andere, ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit konkret ausübt. Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung.

Bei Auszubildenden liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % außerstande ist, ihre zuletzt betriebene Ausbildung - so wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war - fortzusetzen und sie in dieser Zeit auch keine andere, ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit konkret ausübt. Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung.

Bei Hausfrauen und Hausmännern liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % außerstande ist, ihre im Haushalt konkret ausgeübten Aufgaben - so wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet waren - auszuüben und sie in dieser Zeit auch keine andere konkrete Tätigkeit ausübt, die ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht. Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung.

Scheidet die versicherte Person vorübergehend oder endgültig aus ihrer Erwerbstätigkeit aus, besteht während der restlichen Versicherungsdauer weiterhin Versicherungsschutz für die zum Zeitpunkt des Ausscheidens ausgeübte berufliche Tätigkeit gemäß Absatz 1 und Absatz 2 und die damit verbundene Lebensstellung. Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn der Versicherte in zumutbarer Weise eine andere Tätigkeit konkret ausübt, die aufgrund der Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und seiner Lebensstellung hinsichtlich Vergütung und sozialer Wertschätzung zum Zeitpunkt des Ausscheidens aus der Erwerbstätigkeit entspricht.

Als eine der Ausbildung und Erfahrung sowie der bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit wird 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 bislang ausgeübten beruflichen Tätigkeit absinkt. Die dabei für die versicherte Person zumutbare Einkommensreduzierung wird von uns je nach Lage des Einzelfalles auf die im Rahmen der höchstrichterlichen Rechtsprechung festgelegte Größe im Vergleich zum jährlichen Bruttoeinkommen im zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, begrenzt. Eine Einkommenseinbuße bezogen auf das jährliche Bruttoeinkommen von 20 % oder mehr gilt jedoch in jedem Fall als unzumutbar. Sollte die herrschende Rechtsprechung einen niedrigeren Prozentsatz festlegen, so ist dieser anzuwenden. In einem begründeten Einzelfall kann

aber auch eine unter 20 % liegende Einkommensminderung unzumutbar in diesem Sinne sein. Krankheitsbedingte Einkommensausfälle werden nicht berücksichtigt.

Sofern bei selbständig Tätigen eine zumutbare Umorganisation der Betriebsstätte möglich ist, liegt keine Berufsunfähigkeit vor. Eine Umorganisation ist dann zumutbar, wenn sie betrieblich sinnvoll ist, die Einkommensveränderungen nicht auf Dauer ins Gewicht fallen und die versicherte Person eine unveränderte Stellung als Betriebsinhaber innehat. Die im Einzelfall zumutbare Einkommenseinbuße bestimmt sich dabei grundsätzlich nach den Maßstäben der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Eine Einkommenseinbuße von 20 % oder mehr bezogen auf das durchschnittliche jährliche Einkommen aus beruflicher Tätigkeit vor Abzug von Personensteuern der letzten drei Jahre gilt jedoch in jedem Fall als unzumutbar. Sollte die herrschende Rechtsprechung einen niedrigeren Prozentsatz festlegen, so ist dieser anzuwenden. In einem begründeten Einzelfall kann aber auch bereits heute eine unter 20 % liegende Einkommensminderung unzumutbar in diesem Sinne sein. Wir verzichten darauf, die Zumutbarkeit einer Umorganisation zu prüfen, wenn die versicherte Person eine akademische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen und zuletzt in ihrer täglichen Arbeitszeit mindestens zu 90 % kaufmännische oder organisatorische Tätigkeiten ausgeübt hat.

- (2) Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, zu mindestens 50 % außerstande gewesen, ihren vor Eintritt des Versicherungsfalles zuletzt ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen ausgestaltet war – auszuüben und hat sie in dieser Zeit auch keine andere, ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit ausgeübt, so gilt dieser Zustand bei Fortdauer von Anfang an als Berufsunfähigkeit. Dies gilt auch für Schüler, Studenten, Auszubildende sowie Hausmänner und Hausfrauen.
Die Regelungen in Absatz 1, wann eine Tätigkeit der Ausbildung und Erfahrung sowie der bisherigen Lebensstellung entspricht, gelten sinngemäß.
- (3) Berufsunfähigkeit aufgrund Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen so hilflos ist, dass sie für mindestens eine der in Absatz 5 genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.
- (4) Ist die versicherte Person während der Dauer dieser Versicherung sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall so hilflos gewesen, dass sie für mindestens eine der im Absatz 5 genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf, so gilt dieser Zustand bei Fortdauer von Anfang an als Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen.
- (5) Bewertungsmaßstab für die Einstufung der Pflegebedürftigkeit ist die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung wird die nachstehende Punktetabelle zu Grunde gelegt; wir leisten bei Vorliegen von mindestens einem Punkt:

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

Fortbewegen im Zimmer

1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt.

Aufstehen und Zubettgehen

1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.

An- und Auskleiden

1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken

1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann.

Waschen, Kämmen oder Rasieren

1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.

Verrichten der Notdurft

1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil

- sie sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
- sie ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder
- der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor.

- (6) Unabhängig von der Bewertung in Absatz 5 liegt Pflegebedürftigkeit vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf. Das Gleiche gilt für eine versicherte Person, die dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann oder wenn die versicherte Person der Bewahrung bedarf.
Bewahrung liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann.
- (7) Vorübergehende akute Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung. Vorübergehende Besserungen bleiben ebenfalls unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- (1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Berufsunfähigkeit gekommen ist.
- (2) Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, leisten wir jedoch nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:
 - a) in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig wird, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb Österreichs ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war. Außerdem werden wir leisten, wenn die versicherte Person außerhalb der territorialen Grenzen der NATO-Mitgliedsstaaten berufsunfähig wird und als Mitglied des österreichischen Bundesheeres, Polizei oder Bundesgrenzschutz mit Mandat der NATO oder UNO an deren humanitären Hilfeleistungen oder friedenssichernden Maßnahmen teilgenommen hat;
 - b) in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet ist, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarf gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird;
 - c) durch Strahlen, die das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass zu deren Abwehr oder Bekämpfung der Einsatz einer Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbarer Einrichtungen nötig ist;

- d) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person; Bei fahrlässigen und grob fahrlässigen Verstößen - auch im Straßenverkehr - leisten wir trotzdem;
- e) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
- f) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben.

§ 4 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag abgeschlossen worden ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung (vgl. § 5 und § 6 dieser Bedingungen).

§ 5 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

- (1) Sie zahlen während der Beitragszahlungsdauer für jede Versicherungsperiode einen laufenden Beitrag. Versicherungsperiode kann je nach Vereinbarung ein Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr sein. Die Beiträge werden jeweils zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig. Ist die Versicherungsperiode kürzer als ein Jahr, erheben wir für zusätzliche Verwaltungsaufwendungen höhere Verwaltungskosten.
- (2) Der erste Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist unverzüglich (d.h. ohne schuldhaftes Zögern) nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.
- (3) Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem in Absatz 2 genannten Termin eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich (d.h. ohne schuldhaftes Zögern) nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.
- (4) Für eine Stundung der Beiträge ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich.
- (5) Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.
- (6) Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

§ 6 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

Einlösungsbeitrag

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

Folgebeitrag

- (3) Wenn ein Folgebeitrag oder ein sonstiger Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig gezahlt worden ist oder eingezogen werden konnte, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in geschriebener Form. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist, entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

§ 7 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?

Kündigung und Auszahlung des Rückkaufswertes

- (1) Sie können Ihre Versicherung jederzeit mit Frist von einem Monat zum Schluss der Versicherungsperiode durch entsprechende Erklärung in geschriebener Form kündigen.
Wir prüfen dann zunächst, ob eine beitragsfreie Weiterführung Ihrer Versicherung möglich ist. Dies ist dann der Fall, wenn die verbleibende beitragsfrei versicherte Jahresrente eine Mindestsumme in Höhe von 900 EUR erreicht. Wird die verbleibende beitragsfrei versicherte Jahresrente in Höhe von mindestens 900 EUR erreicht, stellen wir Ihren Vertrag beitragsfrei. Wird diese beitragsfrei versicherte Jahresrente nicht erreicht, zahlen wir den Rückkaufswert an Sie aus.
- (2) Kündigen Sie Ihre Versicherung nur teilweise, ist diese Kündigung unwirksam, wenn die verbleibende beitragspflichtig versicherte Jahresrente unter einen Mindestbetrag von 900 EUR sinkt. Wenn Sie in diesem Fall Ihre Versicherung beenden wollen, müssen Sie also ganz kündigen.
- (3) Entsprechend § 169 VVG werden wir – falls vorhanden – den Rückkaufswert erstatten. Der Rückkaufswert ist die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechnete Deckungsrückstellung der Versicherung. Mindestens verwenden wir jedoch den Betrag der Deckungsrückstellung, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung des aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersatzes (§ 18 Absatz 2 dieser Bedingungen) angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Von dem so ermittelten Wert erfolgen ein Stornoabzug sowie ein Abzug evtl. vorhandener Beitragsrückstände. Der Stornoabzug beträgt max. 20 % der Deckungsrückstellung. Die genaue Höhe des Stornoabzugs können Sie Ihrem persönlichen Angebot entnehmen. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital sowie für in der bisherigen Vertragslaufzeit zu viel gewährte Überschüsse vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihres Verlangens der Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.
- (4) Wir sind nach § 169 Absatz 6 VVG berechtigt, den nach Absatz 3 errechneten Betrag angemessen herabzusetzen, soweit dies erforderlich ist, um eine Gefährdung der Belange der Versicherungsnehmer, insbesondere durch eine Gefährdung der dauernden Erfüllbarkeit der sich aus den Versicherungsverträgen ergebenden Verpflichtungen, auszuschließen. Die Herabsetzung ist jeweils auf ein Jahr befristet.
- (5) Zusätzlich zahlen wir die Ihrem Vertrag bereits zugeteilten Überschussanteile aus, soweit sie nicht bereits in dem nach den Absätzen 3 und 4 berechneten Rückkaufswert enthalten sind oder als Sofortüberschuss die Beiträge reduziert haben.
- (6) Wenn Sie Ihren Vertrag kündigen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 18 dieser Bedingungen) kein Rückkaufswert vorhanden. Auch in den Folgejahren sind wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen nur geringe oder keine Rückkaufswerte vorhanden. Nähere Informationen zum Rückkaufswert, seiner Höhe und darüber, in welchem Ausmaß er garantiert ist, können Sie Ihrem persönlichen Angebot entnehmen.
- (7) Während des Leistungsbezugs ist ein Kündigungsrecht ausgeschlossen.

- (8) Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt der Kündigung berufsunfähig, bleiben Ansprüche aus der Versicherung auf Grund bereits vor Kündigung eingetretener Berufsunfähigkeit unberührt.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

- (9) Anstelle einer Kündigung nach Absatz 1 können Sie unter Beachtung der dort genannten Termine und Fristen durch entsprechende Erklärung in geschriebener Form verlangen, ganz oder teilweise von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Fall setzen wir die Versicherungssumme ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Summe herab, die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode errechnet wird. Die aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Summe zur Verfügung stehende Deckungsrückstellung mindert sich um den Stornoabzug und evtl. ausstehende Forderungen (z. B. Beitragsrückstände). Der Stornoabzug beträgt max. 10 % der Deckungsrückstellung. Die genaue Höhe des Stornoabzugs können Sie Ihrem persönlichen Angebot entnehmen. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital sowie für in der bisherigen Vertragslaufzeit zu viel gewährte Überschüsse vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihres Verlangens der Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.
- (10) Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 18 dieser Bedingungen) keine oder nur eine geringe beitragsfreie Versicherungssumme vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme zur Verfügung. Mit der Beitragsfreistellung enden auch Ihre Ansprüche aus ggf. eingeschlossenen Optionen (vgl. § 1 dieser Bedingungen). Nähere Informationen zur beitragsfreien Versicherungssumme und ihrer Höhe können Sie Ihrem persönlichen Angebot entnehmen.
- (11) Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt und erreicht die nach Absatz 9 zu berechnende beitragsfreie Versicherungssumme den Mindestbetrag von 900 EUR Jahresrente nicht, erhalten Sie – falls vorhanden – den Rückkaufswert nach den Absätzen 3 bis 5 und der Vertrag endet. Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht können Sie nur verlangen, wenn die verbleibende beitragspflichtige Berufsunfähigkeitsrente mindestens 900 EUR beträgt.
- (12) Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung berufsunfähig, bleiben Ansprüche auf Grund bereits vor Beitragsfreistellung eingetretener Berufsunfähigkeit unberührt.

Beitragsrückzahlung

- (13) Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

§ 8 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

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

Rücktritt

- (3) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person (vgl. Absatz 2) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen (z.B. höherer Beitrag, Leistungsausschluss), geschlossen hätten.
- (4) Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.
- (5) Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, haben Sie weder Anspruch auf einen Rückkaufswert noch auf eine Rückzahlung der Beiträge.

Kündigung

- (6) Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.
- (7) Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen (z.B. höherer Beitrag, Leistungsausschluss), geschlossen hätten.
- (8) Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um (§ 7 Absätze 9 bis 12 dieser Bedingungen).

Vertragsanpassung

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

Ausübung unserer Rechte

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

Anfechtung

(14) Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmehemtscheidung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Die Absätze 5 und 6 gelten entsprechend.

Leistungserweiterung / Wiederherstellung der Versicherung

(15) Die Absätze 1 bis 14 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen nach Absatz 13 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

Erklärungsempfänger

(16) Die Ausübung unserer Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsänderung sowie zur Anfechtung erfolgt durch eine schriftliche Erklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist.

(17) Auf den Rücktritt, die Kündigung, die Vertragsanpassung oder Anfechtung des Versicherungsvertrages können wir uns auch dritten Berechtigten gegenüber berufen.

§ 9 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?

(1) Werden Leistungen aus dieser Versicherung verlangt, so sind uns unverzüglich (d.h. ohne schuldhaftes Zögern) folgende Unterlagen einzureichen:

- a) ein amtliches Zeugnis über den Tag der Geburt der versicherten Person;
- b) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
- c) ausführliche Berichte der Ärzte oder anderer Heilbehandler, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit oder über die Pflegebedürftigkeit;
- d) Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;
- e) bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege beauftragt ist, über Art und Umfang der Pflege.
- f) bei Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens 4 Monaten sind - abweichend zu den Aufzählungen b, c, d, e - ärztlich ausgestellte Bescheinigungen, sowie eine Bescheinigung eines auf die zugrunde liegende Erkrankung spezialisierten Facharztes, dass die versicherte Person voraussichtlich mindestens zwei weitere Monate ununterbrochen arbeitsunfähig sein wird ausreichend;
- g) bei einer der unter der Option Dread Disease genannten Erkrankungen - abweichend zu den Aufzählungen b, c, d, e - einen ausführlichen Bericht der Ärzte oder anderer Heilbehandler, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über die Erkrankung.

(2) Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. In diesem Fall übernehmen wir die vorher mit uns abgestimmten Reise- und Aufenthaltskosten, die im Zusammenhang mit diesen Untersuchungen entstehen. Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder in Pflege war oder sein wird, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer, Behörden, Krankenkassen und Sozialversicherungsträger zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen, soweit dies zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist.

(3) Erhalten Sie Leistungen aus dieser Berufsunfähigkeitsversicherung, müssen Sie uns die Aufnahme oder Änderung einer beruflichen Tätigkeit und eine Minderung der Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit der versicherten Person unverzüglich (d.h. ohne schuldhaftes Zögern) schriftlich mitteilen.

(4) Der Bescheid eines Sozialversicherungsträgers oder eines privaten Krankenversicherers über eine dort anerkannte Berufsunfähigkeit reicht als Nachweis einer Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht aus.

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

(6) 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 1 vorgelegt werden.

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

(1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in geschriebener Form ob, in welchem Umfang und von welchem Zeitpunkt an wir eine Leistungspflicht anerkennen.

(2) Wir verpflichten uns, Ihnen innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Eingang der von Ihnen jeweils zur Prüfung vorgelegten Unterlagen

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

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

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

§ 11 Können wir unsere Leistungsentscheidung zeitlich befristen?

Wir können einmalig für längstens 12 Monate ein zeitlich befristetes Anerkenntnis unter einstweiliger Zurückstellung der Frage aussprechen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von § 2 Absatz 1 dieser Bedingungen konkret ausübt. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich befristete Anerkenntnis für uns bindend.

§ 12 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir während der vereinbarten Leistungsdauer berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit und ihren Grad oder die Pflegebedürftigkeit und das Fortleben der versicherten Person nachzuprüfen. Dabei sind

Gesundheitsveränderungen ebenso zu berücksichtigen wie das konkrete Ausüben einer zumutbaren Tätigkeit im Sinne von § 2 Absatz 1 dieser Bedingungen, wobei neuerworbene berufliche Fähigkeiten zu berücksichtigen sind.

- (2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen des § 9 Absatz 2 und 3 dieser Bedingungen gelten entsprechend.
- (3) Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen oder hat sich ihr Grad auf weniger als 50 % vermindert, werden wir von der Leistung frei. In diesem Fall legen wir Ihnen die Veränderung in geschriebener Form dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Anspruchsberechtigten in geschriebener Form mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.
- (4) Liegt Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit vor und ist die Pflegebedürftigkeit auf unter einen Pflegepunkt gesunken bzw. die Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 2 Absatz 6 dieser Bedingungen entfallen, stellen wir unsere Leistungen ein. Absatz 3 Satz 2 bis 4 gelten entsprechend.

§ 13 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 9 oder § 12 dieser Bedingungen von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in geschriebener Form auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 14 Wo sind die vertraglichen Verpflichtungen zu erfüllen?

Unsere Leistungen überweisen wir der empfangsberechtigten Person auf ihre Kosten. Bei Überweisungen außerhalb des europäischen Wirtschaftsraumes trägt die empfangsberechtigte Person auch die damit verbundene Gefahr.

§ 15 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

- (1) Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.
- (2) In den Fällen des § 17 Absatz 2 dieser Bedingungen brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die Anzeige in geschriebener Form des bisherigen Berechtigten vorliegt.

§ 16 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?

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

§ 17 Wer erhält die Versicherungsleistung?

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

§ 18 Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten erhoben und ausgeglichen?

- (1) Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Diese sind in Ihrem Beitrag einkalkuliert. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten.
Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören unter anderem Provisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschluss- und Vertriebskosten die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die in Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen. Zu den übrigen Kosten gehören insbesondere die Verwaltungskosten.
- (2) Für Ihren Versicherungsvertrag ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit die Beiträge nicht für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung der Deckungsrückstellung aufgrund von § 25 Absatz 2 RechVersV i. V. m. § 169 Absatz 3 VVG bestimmt sind. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt.
- (3) Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten, d.h. der Teil, der nicht nach Absatz 2 verrechnet wurde, werden während der vertraglich vereinbarten Beitragszahlungsdauer aus den laufenden Beiträgen getilgt. Die übrigen Kosten verteilen wir über die gesamte Vertragslaufzeit.
- (4) Die beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung nur geringe Beträge zur Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente vorhanden sind (vgl. auch § 7 dieser Bedingungen). Nähere Informationen können Sie Ihrem persönlichen Angebot entnehmen.

§ 19 Welche Kosten, Zinsen und öffentliche Abgaben stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

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

§ 20 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

(1) Wir beteiligen Sie an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Leistung aus der Überschussbeteiligung kann auch Null Euro betragen. In den nachfolgenden Absätzen erläutern wir Ihnen,

- wie wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens ermitteln und wie wir diesen verwenden (Absatz 2),
- wie Ihr Vertrag an dem Überschuss beteiligt wird (Absatz 3),
- wie Bewertungsreserven entstehen und wie wir diese Ihrem Vertrag zuordnen (Absatz 4),
- warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung Ihres Vertrages nicht garantieren können (Absatz 5) und
- wie wir Sie über die Überschussbeteiligung informieren (Absatz 6).

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

Den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens (Rohüberschuss) ermitteln wir nach handels- und aufsichtsrechtlichen Vorschriften. Mit der Feststellung des Jahresabschlusses legen wir fest, welcher Teil des Rohüberschusses für die Überschussbeteiligung aller überschussberechtigten Verträge zur Verfügung steht. Dabei beachten wir die aufsichtsrechtlichen Vorgaben, derzeit insbesondere die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung, MindZV).

Überschüsse entstehen dann, wenn die Aufwendungen für das Berufsunfähigkeitsrisiko und Kosten niedriger sind als bei der Tarifikalkulation angenommen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer entsprechend der MindZV angemessen beteiligt und zwar nach derzeitiger Rechtslage am Risikoergebnis (Berufsunfähigkeitsrisiko) grundsätzlich zu mindestens 90 % und am übrigen Ergebnis (einschließlich Kosten) grundsätzlich zu mindestens 50 %.

Weitere Überschüsse stammen aus den Erträgen der Kapitalanlagen. Von den Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind, erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in der MindZV genannten Prozentsatz. Derzeit beträgt dieser Satz 90 %. Aus diesem Betrag werden zunächst die Beträge finanziert, die für die garantierten Versicherungsleistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer. Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei.

Den danach zur Verfügung stehenden Teil des Rohüberschusses führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit wir ihn nicht als Direktgutschrift unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungsverträgen gutgeschrieben haben. Sinn der Rückstellung für Beitragsrückerstattung ist es, Schwankungen des Überschusses über die Jahre auszugleichen. Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dürfen wir grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwenden. Nur in gesetzlich festgelegten Ausnahmefällen können wir hiervon mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde abweichen.

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

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

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

Bei der Verteilung des Überschusses auf die einzelnen Verträge wenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren an. Hierzu bilden wir innerhalb der Bestandsgruppen Gewinnverbände. Gewinnverbände bestehen aus verschiedenen Tarifgruppen. Ihr Versicherungsvertrag erhält Anteile an den Überschüssen desjenigen Gewinnverbandes, dem der in Ihrem Versicherungsschein genannte Tarif zugeordnet ist. Wir verteilen den Überschuss in dem Maß, wie die Bestandsgruppen und Gewinnverbände zu seiner Entstehung beigetragen haben. Hat eine Bestandsgruppe oder ein Gewinnverband nicht zur Entstehung des Überschusses beigetragen, besteht insoweit kein Anspruch auf Überschussbeteiligung.

Bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung werden zu Beginn jeder Versicherungsperiode Überschussanteile zugeteilt. Diese Überschussanteile werden gleichbleibend für das ganze Versicherungsjahr im Verhältnis zum überschussberechtigten Beitrag bemessen. Die innerhalb einer Versicherungsperiode fällig werdenden Überschussanteile werden zu Beginn der Versicherungsperiode mit den Beiträgen verrechnet. Beitragsfrei gestellte oder durch Ablauf der Beitragszahlung beitragsfrei gewordene Versicherungen sind nicht überschussberechtig.

Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag wird die Überschussbeteiligung in Form eines Todesfallbonus gewährt. Dieser wird im Verhältnis zur Versicherungssumme bemessen und zusammen mit der Versicherungsleistung fällig.

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

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

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

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

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

Bei Versicherungen mit Ansammlungsguthaben werden die für den jeweiligen Vertrag angesammelten Ansammlungsguthaben ins Verhältnis zur Summe der Kapitalien aller berechtigten Verträge gesetzt.

Weitere Informationen zum Zuteilungsverfahren und zum Stichtag der Berechnung veröffentlichen wir jährlich in unserem Geschäftsbericht.

Diesen finden Sie auf unserer Internetseite unter www.dialog-leben.at.

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

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

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

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

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

(6) Wie informieren wir über die Überschussbeteiligung?

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

§ 21 Welche Besonderheiten gelten für eine nicht schuldhafte Verletzung der Anzeigepflicht?

Falls bei Vertragsabschluss gefahrerhebliche Umstände weder vorsätzlich noch grob fahrlässig nicht angezeigt werden, so steht uns nach § 19 Absatz 3 VVG ein Kündigungsrecht und nach § 19 Absatz 4 VVG ein Vertragsänderungsrecht zu. Erfolgte die Nichtanzeige wegen Unkenntnis oder unverschuldet, verzichten wir auf die Ausübung unserer Rechte aus § 19 Absatz 3 VVG und aus § 19 Absatz 4 VVG.

§ 22 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Österreich Anwendung.

§ 23 Wo ist der Gerichtsstand?

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder der für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
- (2) Sind Sie eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie beim Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.
- (3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

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

§ 1 Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge?

- (1) Für die selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung mit konstanter Beitragskalkulation (SBU-professional) erhöht sich der Beitrag um den im Antragsformular vereinbarten, ganzzahligen Prozentsatz (wahlweise mindestens 2 % bis maximal 5 %) des Vorjahresbeitrags. Bei Schülern, Studenten, Hausfrauen/Hausmännern und Auszubildenden beträgt die maximale Erhöhung 2 % des Vorjahresbeitrags.
- (2) Bei der selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung mit technisch einjähriger Beitragskalkulation (SBU-solution®) wird eine prozentuale Erhöhung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente vereinbart (wahlweise mindestens 2 % bis maximal 5 %). Bei Schülern, Studenten, Hausfrauen/Hausmännern und Auszubildenden beträgt die maximal mögliche Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente 2 %.
- (3) Die vereinbarte Dynamik bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung.
- (4) Die Erhöhungen erfolgen bis 5 Jahre vor Ablauf der Beitragszahlungsdauer, maximal jedoch bis eine Jahresrente von 60.000 EUR überschritten würde. Bei Beamten beträgt die maximale Jahresrente 12.000 EUR. Bei Einschluss der Option Dread Disease erfolgen die Erhöhungen außerdem maximal bis eine Dread Disease Einmalleistung von 150.000 EUR überschritten würde.

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?

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

§ 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?

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

§ 4 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen?

- (1) Alle im Rahmen des Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Allgemeinen Bedingungen sowie die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich auch auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen.
- (2) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag beeinflussen die Fristen des § 8 der Bedingungen der Hauptversicherung – Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht – nicht.

§ 5 Wann erfolgen keine Erhöhungen?

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

Allgemeine Bedingungen für die selbständige Erwerbsunfähigkeitsversicherung (ABsEu-A)

§ 1 Was ist versichert? Wann beginnt und wann endet Ihr Versicherungsschutz?

- (1) Die folgenden Leistungen erbringen wir, wenn die versicherte Person während der Dauer dieser Versicherung erwerbsunfähig (vgl. § 2 dieser Bedingungen), ggf. auch aufgrund von Pflegebedürftigkeit (vgl. § 2 Absätze 4 bis 7 dieser Bedingungen), wird. Bei nur teilweiser Erwerbsunfähigkeit besteht kein Anspruch auf die Versicherungsleistungen.
- Befreiung von der Beitragszahlungspflicht;
 - Zahlung der versicherten Erwerbsunfähigkeitsrente. Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus.
Endet der Anspruch auf Rente, weil Erwerbsfähigkeit wieder gegeben ist, haben Sie Anspruch auf eine Wiedereingliederungshilfe in Höhe von 6 Monatsrenten, insgesamt höchstens jedoch 10.000 EUR, sofern die Erwerbsfähigkeit 3 Jahre ununterbrochen angedauert hat und die restliche vertraglich vereinbarte Leistungsdauer noch mindestens 5 Jahre beträgt.
Tritt innerhalb eines Jahres nach einer beendeten Erwerbsunfähigkeit erneut Erwerbsunfähigkeit, gleich aus welcher Ursache ein, entfällt der Anspruch auf Wiedereingliederungshilfe rückwirkend. Eine bereits gezahlte Wiedereingliederungshilfe wird mit den dann fälligen Renten verrechnet. Die Wiedereingliederungshilfe kann während der Dauer der Erwerbsunfähigkeitsversicherung nur einmal in Anspruch genommen werden.
 - Folgende Optionen können eingeschlossen werden:

Option Dread Disease: Was ist eine schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen?

Bei Einschluss dieser Option erbringen wir ohne weitere Prüfung einer Erwerbsunfähigkeit die vereinbarte einmalige Kapitalleistung, wenn eine der nachfolgend genannten Erkrankungen mit den jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen vorliegt.

Zahlungen aus dieser Option beinhalten ausdrücklich keine Anerkennung einer etwaigen Erwerbsunfähigkeit im Sinne des § 2 dieser Bedingungen. Ob eine solche vorliegt, wird bei einer Beantragung gesondert geprüft.

Führt unsere Leistungsprüfung zu dem Ergebnis, dass keine Erwerbsunfähigkeit im Sinne des § 2 dieser Bedingungen vorliegt, sind erhaltene Leistungen aus dieser Option nicht zurückzuzahlen. Im Falle des Anerkenntnisses einer Erwerbsunfähigkeit im Sinne des § 2 dieser Bedingungen entsteht der Leistungsanspruch aufgrund der festgestellten Erwerbsunfähigkeit unabhängig von der Option Dread Disease.

Diese Option kann während der Versicherungsdauer nur einmal in Anspruch genommen werden.

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

Krebs (mit Ausnahme von Frühstadien)

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

Nicht versichert sind nachfolgende frühe Krebsstadien oder Krebsvorstufen:

- Jeder Tumor, der histologisch als prä-maligne, nicht-invasiv oder als Carcinoma in Situ eingestuft wird (einschließlich des Duktalen oder Lobulären Carcinoma in situ der Brust sowie der Zervixdysplasie CIN-1, CIN-2 oder CIN-3)
- Prostatakrebs, der histologisch nicht einen Gleason-Score über 6 oder nicht ein klinisches TNM-Stadium von mindestens T2N0M0 aufweist.
- Chronisch lymphatische Leukämie im Stadium Binet A
- Basalzellkarzinom (Basaliom) und Plattenepithelkarzinom der Haut sowie das maligne Melanom Stadium IA (T1aN0M0)
- Schilddrüsenkrebs mit einer Tumorgöße von weniger als 1 cm Durchmesser und histologisch klassifiziert als T1N0M0
- Papilläres Mikrokarzinom der Blase histologisch klassifiziert als Ta
- Monoklonale Gammopathie unklarer Signifikanz
- Polyzythämia rubra vera und essentielle Thrombozythämie
- MALT-Lymphom des Magens bei ausschließlicher Behandlung mittels Helicobacter-Eradikation
- Gastrointestinaler Stromatumor (GIST) im Stadium 1 oder 2 nach der AJCC-Klassifikation
- Kutane Lymphome, außer bei Behandlung mittels Chemotherapie und/oder Bestrahlung
- Mikroinvasives Karzinom der Brust (histologisch klassifiziert als T1mic), außer bei Behandlung mittels Mastektomie, Chemotherapie oder Bestrahlung
- Mikroinvasives Karzinom der Zervix Uteri (histologisch klassifiziert als Stadium IA1), außer bei Behandlung mittels Hysterektomie, Chemotherapie oder Bestrahlung

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

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

Nicht versichert sind:

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

Myokardinfarkt (Herzinfarkt)

Versicherungsschutz besteht, wenn ein Myokardinfarkt diagnostiziert wird, der durch ein Absterben von Herzmuskelgewebe aufgrund einer unzureichenden Blutversorgung (Ischämie) der betroffenen Bereiche des Herzmuskels gekennzeichnet ist. Die Diagnose Myokardinfarkt basiert auf dem Anstieg der herzspezifischen Enzyme (Troponin oder CK-MB) über die vom jeweiligen Labor geltenden Grenzwerte, zusammen mit mindestens 2 der nachfolgend genannten Kriterien:

- Typische Symptome eines Myokardinfarktes (z.B. Schmerzen in der Brust)
- Veränderungen im Elektrokardiogramm (EKG), die einer frischen Ischämie entsprechen (z.B. neu aufgetretene ST-Streckenveränderungen oder neu aufgetretener Linksschenkelblock)
- Ausbildung von pathologischen Q-Zacken im Elektrokardiogramm (EKG)

Die Diagnose Myokardinfarkt muss durch einen Facharzt für Kardiologie bestätigt und durch entsprechende Befunde begründet werden.

Nicht versichert sind:

- Stabile oder instabile Angina Pectoris
- Erhöhte Troponinwerte ohne offenkundige ischämische Herzerkrankung (gemäß der "Universal Definition of Myocardial Infarction" der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie von 2007)
- Myokardinfarkte bei nicht arteriosklerotisch veränderten Herzkranzgefäßen oder bedingt durch Vasospasmen, Muskelbrücken oder in Zusammenhang mit Drogenkonsum.
- Myokardinfarkte innerhalb von 14 Tagen nach Durchführung einer Koronarangioplastie oder Bypass-Operation
- Entzündungen des Herzmuskels (Myokarditis)

Chronisches Nierenversagen beider Nieren (mit regelmäßiger Blutwäsche oder Nierentransplantation)

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

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

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

Nicht versichert ist:

- Akutes, reversibles Nierenversagen mit vorübergehender Dialysepflicht.

Schlaganfall (mit bleibenden neurologischen Ausfallerscheinungen)

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

Nicht unter den Begriff „neurologische Ausfallerscheinungen“ fallen:

- Auffälligkeiten in der bildgebenden Diagnostik (z.B. Computertomographie des Gehirns), die keine eindeutige Verbindung zu einer klinischen Symptomatik aufweisen.
- Symptome, die auf psychische/psychiatrische Ursachen oder auf eine nicht im Rahmen der Versicherung gedeckte Erkrankung zurückzuführen sind.

Versichert ist ein Schlaganfall, bei dem es zum Absterben von Hirngewebe durch eine intrakranielle Thrombose oder Blutung (einschließlich Subarachnoidalblutung) oder durch eine Embolie extrakraniellen Ursprungs kommt.

Weiterhin muss der Schlaganfall gekennzeichnet sein durch:

- eine akut beginnende neurologische Symptomatik mit
- objektiv bestimmbare, nicht vorbestehende neurologische Ausfallerscheinungen bei der klinischen Untersuchung die über einen Zeitraum von 3 Monaten ununterbrochen andauern

Die Diagnose sowie die anhaltenden neurologischen Ausfallerscheinungen müssen durch einen Facharzt für Neurologie bestätigt und durch entsprechende bildgebende und klinische Befunde begründet werden.

Nicht versichert sind:

- Transitorische Ischämische Attacken (TIA) und Prolongierte Reversible Ischämische Neurologische Defizite (PRIND);
- Unfallbedingte Verletzungen des Gewebes oder der Blutgefäße im Gehirn
- Neurologische Defizite aufgrund von Hypoxie, Infektionen, Entzündungen, Migräne oder medizinische Eingriffen
- Zufallsbefunde in der Bildgebung (z.B. CT oder MRT) ohne eindeutig damit in Zusammenhang stehende klinische Symptome (stummer Hirninfarkt)
- Gefäßkrankungen mit Beeinträchtigung von Auge, Sehnerv oder Gleichgewichtsorgan

Multiple Sklerose (mit dauerhaften neurologischen Ausfallerscheinungen)

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

Nicht unter den Begriff „neurologische Ausfallerscheinungen“ fallen:

- Auffälligkeiten in der bildgebenden Diagnostik (z.B. Computertomographie des Gehirns), die keine eindeutige Verbindung zu einer klinischen Symptomatik aufweisen.
- Symptome, die auf psychische/psychiatrische Ursachen oder auf eine nicht im Rahmen der Versicherung gedeckte Erkrankung zurückzuführen sind.

Versichert ist die gesicherte Diagnose einer Multiplen Sklerose, welche durch einen Facharzt für Neurologie bestätigt und durch alle der nachfolgend genannten Kriterien begründet werden muss:

- Beeinträchtigung sensorischer und/oder motorischer Funktionen, die über einen Zeitraum von mehr als 6 Monaten durchgehend bestehen
- Nachweis von mindestens 2 charakteristischen, demyelinisierenden Herden im Bereich des Gehirns oder des Rückenmarks in der Magnetresonanztomographie (MRT)

Nicht versichert sind:

- Radiologisch oder klinisch isolierte Syndrome
- Isolierte Optische Neuritis oder Neuromyelitis Optica

Hochgradige Sehbehinderung - beider Augen, irreversibel

Versichert ist eine hochgradige, dauerhafte Sehbehinderung beider Augen, die aufgrund einer Erkrankung oder einer traumatischen Verletzung verursacht wurde und nicht durch medizinische Maßnahmen oder optische Hilfsmittel optimal verbessert werden kann.

Eine hochgradige Sehbehinderung liegt vor, wenn:

- die Sehschärfe (Visus) des besseren Auges nach optimaler Versorgung mit medizinischen oder optischen Hilfsmitteln 3/60 (0,05) oder weniger beträgt, oder
- das Gesichtsfeld des besseren Auges nach optimaler Versorgung mit medizinischen oder optischen Hilfsmitteln 10° oder weniger beträgt.

Die Sehbehinderung im Sinne dieser Definition muss durch einen Facharzt für Augenheilkunde bestätigt werden.

Taubheit - beider Ohren, irreversibel

Versichert ist der dauerhafte und vollständige Verlust des Hörvermögens auf beiden Ohren als Folge einer Erkrankung oder einer traumatischen Verletzung.

Die Diagnose muss durch einen Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde bestätigt und durch eine beidseitige Hörschwelle von über 90db bei Frequenzen zwischen 500, 1000 und 2000Hz in der Tonaudiometrie begründet werden.

Verlust der Sprache - irreversibel

Versichert ist der vollständige und dauerhafte Verlust der Sprache in Folge einer traumatischen Verletzung oder einer organischen Erkrankung. Der Sprachverlust muss über einen Zeitraum von 6 Monaten bestehen und durch einen Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde bestätigt werden.

Nicht versichert ist:

- Der Verlust der Sprache aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung

Option Zusatzzahlung

Bei Einschluss dieser Option wird bei einer erstmalig unbefristet anerkannten Erwerbsunfähigkeit im Sinne des § 2 dieser Bedingungen eine einmalige Zusatzzahlung in Höhe von 12 Monatsrenten erbracht. In den letzten vier Jahren der Versicherungsdauer wird eine reduzierte Zusatzzahlung geleistet. Sie beträgt im viertletzten Jahr der Versicherungsdauer 80 %, im drittletzten Jahr 60 %, im vorletzten Jahr 40 % und im letzten Jahr 20 % der vereinbarten Zusatzleistung.

Option Rentendynamik im Leistungsfall

Bei Einschluss dieser Option erhöht sich während der Dauer der Erwerbsunfähigkeit im Sinne des § 2 dieser Bedingungen die garantierte versicherte Erwerbsunfähigkeitsrente (ohne Berücksichtigung der jeweils festgelegten Überschussanteilsätze) um den jeweils vereinbarten Prozentsatz. Die Erhöhung erfolgt jährlich jeweils zum Beginn des neuen Versicherungsjahres¹. Bei Vereinbarung einer Karenzzeit erfolgt die erste Erhöhung mit Ablauf der Karenzzeit zu Beginn des nächsten Versicherungsjahres, sofern zu diesem Zeitpunkt eine Erwerbsunfähigkeit im Sinne des § 2 dieser Bedingungen gegeben ist. Die Dynamisierung der Erwerbsunfähigkeitsrente endet mit Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer.

Option Verzicht auf die Anwendung des § 172 VersVG

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

- (2) Der Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag abgeschlossen worden ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung (vgl. § 4 und § 5 dieser Bedingungen).
- (3) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung, Rente und eventueller einmaliger Leistung aufgrund einer Erwerbsunfähigkeit im Sinne des § 2 dieser Bedingungen entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Erwerbsunfähigkeit eingetreten ist.
- (4) Mit Beendigung der Versicherung endet auch Ihr Versicherungsschutz. Ihre Versicherung endet bei Ablauf des Vertrages oder bei Tod der versicherten Person.
- (5) Der Anspruch auf Leistungen aus der Erwerbsunfähigkeitsversicherung erlischt, wenn die versicherte Person wieder erwerbsfähig wird, bei Erwerbsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit spätestens, wenn die Pflegebedürftigkeit weniger als einen Punkt erreicht, wenn die versicherte Person stirbt oder bei Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer.
- (6) Bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen.
Auf Ihren entsprechenden Antrag in geschriebener Form stunden wir bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht die Zahlung des laufenden Beitrags zinslos. Nach Vereinbarung können Sie innerhalb eines Zeitraumes von 24 Monaten die gestundeten Beiträge in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten nachzahlen. Sofern möglich, werden wir Ihnen auf Wunsch weitere Vorschläge machen, wie die Nachzahlung der gestundeten Beiträge erleichtert werden kann (z.B. Herabsetzung der versicherten Leistung). Bei Vereinbarung einer Karenzzeit werden die Beiträge für diesen Zeitraum weder gestundet noch zurückgezahlt.
Bei Vereinbarung einer Karenzzeit entsteht der Anspruch auf Zahlung einer Erwerbsunfähigkeitsrente und Befreiung von der Beitragszahlungspflicht erst mit Ablauf der Karenzzeit, sofern die Erwerbsunfähigkeit im Sinne des § 2 dieser Bedingungen während der Karenzzeit ununterbrochen bestanden hat und bei deren Ablauf noch andauert. Die Bestimmungen gem. § 10 dieser Bedingungen finden auch bis zum Ablauf der Karenzzeit sinngemäß Anwendung. Die Karenzzeit beginnt mit dem Ablauf des Monats, in dem die Erwerbsunfähigkeit eingetreten ist. Tritt nach einer beendeten Erwerbsunfähigkeit auf Grund derselben medizinischen Ursache erneut Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen ein, so werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten berücksichtigt.
- (7) Nach Ablauf des ersten Versicherungsjahres kann der Versicherungsnehmer mit einer Frist von einem Monat verlangen, ab der nächsten Versicherungsperiode bei vollem Versicherungsschutz für sechs Monate von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. Die Anpassungsmöglichkeit besteht unter folgenden Voraussetzungen:
 - einmalig während der Versicherungsdauer bei Nachweis von Arbeitslosigkeit,
 - mehrmals während der Versicherungsdauer bei Nachweis von gesetzlicher Elternzeit von mindestens sechs Monaten.

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

- (8) Die versicherte Erwerbsunfähigkeitsrente kann während der Versicherungsdauer bis auf eine Mindestrente von 600 EUR p.a. abgesenkt und ohne erneute Gesundheitsprüfung in der ursprünglichen Höhe wiederhergestellt werden. Die Anpassungsmöglichkeit besteht unter folgenden Voraussetzungen:
 - einmalig während der Versicherungsdauer ohne Angabe von Gründen für maximal 12 Monate;
 - mehrmals während der Versicherungsdauer bei Nachweis von Arbeitslosigkeit für jeweils maximal 24 Monate;
 - mehrmals während der Versicherungsdauer bei Nachweis von gesetzlicher Elternzeit für jeweils maximal 36 Monate.

Bei einer Anpassung aufgrund von Arbeitslosigkeit oder gesetzlicher Elternzeit reduziert sich der maximale Zeitraum jeweils um sechs Monate, sofern der Versicherungsnehmer wegen des gleichen Ereignisses von seiner Anpassungsmöglichkeit aus Absatz 8 Gebrauch macht und bereits für sechs Monate von der Beitragszahlungspflicht befreit wird oder wurde.

Die Wiederherstellung der ursprünglichen Erwerbsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung kann jederzeit bis zum Ablauf der vorstehend genannten Fristen beantragt werden. Nach Ablauf der vorstehend genannten Fristen wird der Vertrag automatisch in der ursprünglichen Rentenhöhe wiederhergestellt, sofern der Versicherungsnehmer nicht innerhalb von 3 Monaten widerspricht. Widerspricht der Versicherungsnehmer der Wiederherstellung der ursprünglichen Höhe der Erwerbsunfähigkeitsrente, bleibt es bei der verringerten Erwerbsunfähigkeitsrente.

Eine Wiederherstellung ist ausgeschlossen, wenn vorher die Erwerbsunfähigkeit eingetreten oder ein Anspruch auf Leistungen aus der Option Dread Disease entstanden ist, sofern diese Option mitversichert ist.

- (9) Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen erhalten Sie gegebenenfalls weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (siehe § 18 dieser Bedingungen).
- (10) Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

§ 1a Ereignisabhängige Nachversicherungsgarantie

- (1) Sie haben das Recht, eine Erhöhung der versicherten Erwerbsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung (Nachversicherungsgarantie) innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt eines der nachfolgend genannten Ereignisse zu beantragen:
 - Heirat oder Schließung/Eingehung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft der versicherten Person,
 - Ehescheidung oder Aufhebung einer Lebenspartnerschaft der versicherten Person,
 - Geburt eines Kindes der versicherten Person,
 - Adoption eines minderjährigen Kindes durch die versicherte Person,
 - Tod des Lebenspartners der versicherten Person,
 - Kauf oder Baubeginn einer eigengenutzten Immobilie mit einem Mindest-Verkehrswert in Höhe von 50.000 EUR durch die versicherte Person,

- erfolgreicher Schulabschluss durch die versicherte Person und Beginn einer Ausbildung oder Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit,
- erfolgreiche Beendigung eines Studiums an einer staatlich anerkannten Hoch-/Fachhochschule oder einer Berufsausbildung mit Lehrbrief durch die versicherte Person und Aufnahme der entsprechenden beruflichen Tätigkeit,
- Karrieresprung bei Nichtselbständigen, wenn aus nichtselbständiger Tätigkeit der versicherten Person eine dauerhafte Erhöhung des monatlichen Bruttogrundgehalts um mindestens 10 Prozent gegenüber den Durchschnittsbruttogrundgehältern der letzten 12 Monate erreicht wird,
- erstmalige Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit (als Hauptberuf) der versicherten Person
- Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung durch die versicherte Person,
- Ablegen der Meisterprüfung durch die versicherte Person und Aufnahme einer die Meisterprüfung voraussetzenden Tätigkeit,
- Ausscheiden der versicherten Person als selbständiger Handwerker aus der gesetzlichen Rentenversicherung.
- Nachhaltige Steigerung des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern der letzten drei Jahre vor Optionsausübung im Vergleich zum Gewinn bei Antragstellung um mindestens 30 % für selbständige Versicherte.

Das Recht auf Nachversicherung kann – vorbehaltlich der Regelung in Absatz 2 – in den vorgenannten Fällen jeweils einmalig, bei Geburt bzw. Adoption auch zweimalig in Anspruch genommen werden.

- (2) Die versicherte Erwerbsunfähigkeitsrente kann während der Beitragszahlungsdauer ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöht werden. Bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres kann die versicherte Erwerbsunfähigkeitsrente um bis zu 100 % der anfänglichen versicherten Erwerbsunfähigkeitsrente erhöht werden. Ab Vollendung des 45. Lebensjahres bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres kann die versicherte Erwerbsunfähigkeitsrente pro Ereignis um maximal 3.000 EUR jährlich erhöht werden.
Unabhängig vom Zeitpunkt der Erhöhungen darf die jährliche Erwerbsunfähigkeitsrente insgesamt auf maximal 100 % der anfänglichen versicherten Erwerbsunfähigkeitsrente, höchstens jedoch auf maximal 40.000 EUR jährliche Erwerbsunfähigkeitsrente angehoben werden.
Das Recht auf Erhöhung kann während der Beitragszahlungsdauer höchstens dreimal in Anspruch genommen werden. Der Nachversicherungsanlass ist uns mittels geeignetem Nachweis (z.B. Urkunde oder amtliche Bestätigung, Arbeitsvertrag, Gehaltsabrechnung) anzuzugehen.
- (3) Dieses Nachversicherungsrecht besteht nur, wenn die gesamte versicherte Erwerbsunfähigkeitsrente einschließlich anderweitig bestehender privater, gesetzlicher und betrieblicher Anwartschaften (auf Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit) dann nicht mehr als 60 % des letzten jährlichen Bruttoeinkommens der versicherten Person beträgt. Dies ist in geeigneter Form nachzuweisen. Bei Einschluss einer Dynamik umfasst diese finanzielle Angemessenheitsprüfung auch eine Überprüfung der Höhe des vereinbarten Dynamiksatzes. Dies kann im Einzelfall zu einer Kürzung des Dynamiksatzes auf bis zu 2 % führen.
- (4) Das Recht auf Nachversicherung erlischt, wenn
- die versicherte Person das 50. Lebensjahr vollendet hat,
 - vor Ausübung des Nachversicherungsrechts eine Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person eingetreten ist oder ein Anspruch auf Leistungen aus der Option Dread Disease besteht, sofern diese mitversichert ist.

§ 2 Was ist Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

- (1) Erwerbsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens 6 Monate außerstande sein wird, einer Erwerbstätigkeit von mehr als 3 Stunden täglich nachzugehen.
- (2) Ist die versicherte Person 6 Monate ununterbrochen erwerbsunfähig nach Abs. 1 gewesen so gilt dieser Zustand bei Fortdauer von Anfang an als Erwerbsunfähigkeit.
- (3) Als Erwerbstätigkeit gilt jede Tätigkeit, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt üblich ist. Unberücksichtigt bleiben Tätigkeiten, die von Behinderten nur in eigens dafür eingerichteten Werkstätten oder Heimen ausgeführt werden können.
Bei der Entscheidung über das Vorliegen von Erwerbsunfähigkeit kommt es ausschließlich auf die gesundheitlichen Verhältnisse der versicherten Person an; keine Rolle spielen
- die Verhältnisse auf dem Arbeitsmarkt, insbesondere die Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen,
 - der zuletzt ausgeübte Beruf und
 - die bisherigen Lebens- und Einkommensverhältnisse der versicherten Person,
 - der Bescheid eines Sozialversicherungsträgers.
- (4) Erwerbsunfähigkeit aufgrund Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall voraussichtlich mindestens 6 Monate so hilflos ist, dass sie für mindestens einen der in Abs. 6 genannten Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.
Ist die versicherte Person 6 Monate ununterbrochen pflegebedürftig gewesen und deswegen täglich gepflegt worden, so gilt dieser Zustand bei Fortdauer von Anfang an als Erwerbsunfähigkeit.
- (5) Bei der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit ist die erforderliche Hilfe bei folgenden Verrichtungen maßgebend:
Die versicherte Person benötigt Hilfe beim:
- Fortbewegen im Zimmer** **1 Punkt**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt.
- Aufstehen und Zubettgehen** **1 Punkt**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.
- An- und Auskleiden** **1 Punkt**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.
- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken** **1 Punkt**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann.
- Waschen, Kämmen oder Rasieren** **1 Punkt**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.
- Verrichten der Notdurft** **1 Punkt**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie
- sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
 - ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil
 - der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.
- Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor.
- (6) Unabhängig von der Bewertung auf Grund der Punktetabelle liegt Pflegebedürftigkeit vor, wenn die versicherte Person dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann oder wenn die versicherte Person der Bewahrung bedarf. Bewahrung liegt

vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann.

- (7) Vorübergehende akute Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung. Vorübergehende Besserungen bleiben ebenfalls unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- (1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Erwerbsunfähigkeit gekommen ist.
- (2) Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, leisten wir jedoch nicht, wenn die Erwerbsunfähigkeit verursacht ist:
- in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen erwerbsunfähig wird, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb Österreichs ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war. Außerdem werden wir leisten, wenn die versicherte Person außerhalb der territorialen Grenzen der NATO-Mitgliedsstaaten erwerbsunfähig wird und als Mitglied des österreichischen Bundesheeres, Polizei oder Bundesgrenzschutz mit Mandat der NATO oder UNO an deren humanitären Hilfeleistungen oder friedenssichernden Maßnahmen teilgenommen hat;
 - in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet ist, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.
 - durch Strahlen, die das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass zu deren Abwehr oder Bekämpfung der Einsatz einer Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbarer Einrichtungen nötig ist;
 - durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;
 - durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
 - durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben.

§ 4 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

- (1) Sie zahlen während der Beitragszahlungsdauer für jede Versicherungsperiode einen laufenden Beitrag. Versicherungsperiode kann je nach Vereinbarung ein Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr sein. Die Beiträge werden jeweils zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig. Ist die Versicherungsperiode kürzer als ein Jahr, erheben wir für zusätzliche Verwaltungsaufwendungen höhere Verwaltungskosten.
- (2) Der erste Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist uns unverzüglich (d.h. ohne schuldhaftes Zögern) nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.
- (3) Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem in Absatz 2 genannten Termin eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn Sie unverzüglich (d.h. ohne schuldhaftes Zögern) nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.
- (4) Für eine Stundung ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich.
- (5) Die Übermittlung der Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.
- (6) Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

§ 5 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

Einlösungsbeitrag

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

Folgebeitrag

- (3) Wenn ein Folgebeitrag oder ein sonstiger Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig gezahlt worden ist oder eingezogen werden konnte, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in geschriebener Form. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist, entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Auf die Rechtsfolgen werden wir in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

§ 6 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?

Kündigung und Auszahlung des Rückkaufswertes

- (1) Sie können Ihre Versicherung jederzeit mit Frist von einem Monat zum Schluss der Versicherungsperiode ganz oder teilweise durch eine entsprechende Erklärung in geschriebener Form kündigen.
Wir prüfen dann zunächst, ob eine beitragsfreie Weiterführung Ihrer Versicherung möglich ist. Dies ist dann der Fall, wenn die verbleibende beitragsfrei versicherte Jahresrente eine Mindestsumme in Höhe von 900 EUR erreicht. Wird die verbleibende beitragsfrei versicherte Jahresrente in Höhe von mindestens 900 EUR erreicht, stellen wir Ihren Vertrag beitragsfrei. Wird diese beitragsfrei versicherte Jahresrente nicht erreicht, zahlen wir den Rückkaufswert an Sie aus.
- (2) Kündigen Sie Ihre Versicherung nur teilweise, so ist diese Kündigung unwirksam, wenn die verbleibende beitragspflichtige Erwerbsunfähigkeitsrente unter einen Mindestbetrag von 900 EUR Jahresrente sinkt. Wenn Sie in diesem Fall Ihre Versicherung beenden wollen, müssen Sie also ganz kündigen.
- (3) Entsprechend § 169 VVG werden wir – falls vorhanden – den Rückkaufswert erstatten. Der Rückkaufswert ist die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechnete Deckungsrückstellung der Versicherung. Mindestens verwenden wir jedoch den Betrag der Deckungsrückstellung, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (vgl. § 16 Abs. 2 dieser Bedingungen) angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Von dem so ermittelten Wert erfolgen ein Stornoabzug sowie

ein Abzug evtl. vorhandener Beitragsrückstände. Der Stornoabzug beträgt max. 30 % der Deckungsrückstellung. Die genaue Höhe des Stornoabzugs können Sie Ihrem persönlichen Angebot entnehmen. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital sowie für in der bisherigen Vertragslaufzeit zu viel gewährte Überschüsse vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihres Verlangens der Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

- (4) Wir sind nach § 169 Abs. 6 VVG berechtigt, den nach Abs. 3 errechneten Betrag angemessen herabzusetzen, soweit dies erforderlich ist, um eine Gefährdung der Belange der Versicherungsnehmer, insbesondere durch eine Gefährdung der dauernden Erfüllbarkeit der sich aus den Versicherungsverträgen ergebenden Verpflichtungen, auszuschließen. Die Herabsetzung ist jeweils auf ein Jahr befristet.
- (5) Zusätzlich zahlen wir die Ihrem Vertrag bereits zugeteilten Überschussanteile aus, soweit sie nicht bereits in dem nach den Absätzen 3 und 4 berechneten Rückkaufswert enthalten sind oder als Sofortüberschuss die Beiträge reduziert haben.
- (6) Wenn Sie Ihren Vertrag kündigen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 16 dieser Bedingungen) kein Rückkaufswert vorhanden. Auch in den Folgejahren sind wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen nur geringe oder gar keine Rückkaufswerte vorhanden. Nähere Informationen zum Rückkaufswert, seiner Höhe und darüber, in welchem Ausmaß er garantiert ist, können Sie Ihrem persönlichen Angebot entnehmen.
- (7) Während des Leistungsbezugs ist ein Kündigungsrecht ausgeschlossen.
- (8) Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt der Kündigung erwerbsunfähig, bleiben Ansprüche aus der Versicherung auf Grund bereits vor Kündigung eingetretener Erwerbsunfähigkeit unberührt.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

- (9) Anstelle einer Kündigung nach Absatz 1 können Sie zu dem dort genannten Termin durch eine entsprechende Erklärung in geschriebener Form verlangen, ganz oder teilweise von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Fall setzen wir die Versicherungssumme ganz oder teilweise auf die beitragsfreie Summe herab, die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode errechnet wird. Die aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Summe zur Verfügung stehende Deckungsrückstellung mindert sich um den Stornoabzug und evtl. ausstehende Forderungen (z. B. Beitragsrückstände). Der Stornoabzug beträgt max. 15 % der Deckungsrückstellung. Die genaue Höhe des Stornoabzugs können Sie Ihrem persönlichen Angebot entnehmen. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital sowie für in der bisherigen Vertragslaufzeit zu viel gewährte Überschüsse vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihres Verlangens der Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.
- (10) Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 16 dieser Bedingungen) keine oder nur eine geringe beitragsfreie Versicherungssumme vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme zur Verfügung. Mit der Beitragsfreistellung enden auch Ihre Ansprüche aus ggf. eingeschlossenen Optionen (vgl. § 1 dieser Bedingungen). Nähere Informationen zur beitragsfreien Versicherungssumme können Sie Ihrem persönlichen Angebot entnehmen.
- (11) Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt und erreicht die nach Absatz 9 zu berechnende beitragsfreie Versicherungssumme den Mindestbetrag von 900 EUR Jahresrente nicht, erhalten Sie – falls vorhanden – den Rückkaufswert nach Absatz 3 bis 5 und der Vertrag endet. Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht können Sie nur verlangen, wenn die verbleibende beitragspflichtige Erwerbsunfähigkeitsrente mindestens 900 EUR beträgt.
- (12) Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung erwerbsunfähig, bleiben Ansprüche auf Grund bereits vor Beitragsfreistellung eingetretener Erwerbsunfähigkeit unberührt.

Beitragsrückzahlung

- (13) Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

§ 7 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

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

Rücktritt

- (3) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person (vgl. Absatz 2) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen (z.B. höherer Beitrag, Leistungsausschluss), geschlossen hätten.
- (4) Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.
- (5) Wenn die Versicherung durch Rücktritt oder Anfechtung aufgehoben wird, haben Sie weder Anspruch auf einen Rückkaufswert noch auf eine Rückzahlung der Beiträge.

Kündigung

- (6) Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.
- (7) Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen (z.B. höherer Beitrag, Leistungsausschluss), geschlossen hätten.
- (8) Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um (§ 6 Abs. 9 bis 12 dieser Bedingungen).

Vertragsanpassung

- (9) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen (z.B. höherer Beitrag, Leistungsausschluss) geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend

kend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

- (10) Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen. In der Mitteilung werden wir Sie auf das Kündigungsrecht hinweisen.

Ausübung unserer Rechte

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

Anfechtung

- (14) Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmehentscheidung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Die Absätze 5 und 6 gelten entsprechend.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

- (15) Die Absätze 1 bis 14 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen nach Absatz 13 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

Erklärungsempfänger

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

§ 8 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?

- (1) Werden Leistungen aus dieser Versicherung verlangt, so sind uns unverzüglich (d.h. ohne schuldhaftes Zögern) folgende Unterlagen einzureichen:
- a) ein amtliches Zeugnis über den Tag der Geburt der versicherten Person;
 - b) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Erwerbsunfähigkeit;
 - c) ausführliche Berichte der Ärzte oder anderer Heilbehandler, die die versicherte Person behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens oder über die Pflegebedürftigkeit;
 - d) bei Erwerbsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege beauftragt ist, über Art und Umfang der Pflege.
 - e) bei einer der unter der Option Dread Disease genannten Erkrankungen - abweichend zu den Aufzählungen b, c, d - einen ausführlichen Bericht der Ärzte oder anderer Heilbehandler, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über die Erkrankung.
- (2) Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. In diesem Fall übernehmen wir die vorher mit uns abgestimmten Reise- und Aufenthaltskosten, die im Zusammenhang mit diesen Untersuchungen entstehen. Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder in Pflege war oder sein wird sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer, Behörden, Krankenkassen und Sozialversicherungsträger zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen, soweit dies zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist.
- (3) Den Wegfall der Erwerbsunfähigkeit oder eine Minderung der Pflegebedürftigkeit und die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit müssen Sie uns unverzüglich (d.h. ohne schuldhaftes Zögern) mitteilen.
- (4) Lässt die versicherte Person operative Behandlungsmaßnahmen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt anordnet, um die Heilung zu fördern oder die Erwerbsunfähigkeit zu mindern, nicht durchführen, steht dies der Anerkennung der Leistungen aus der Erwerbsunfähigkeitsversicherung nicht entgegen. Die versicherte Person ist allerdings verpflichtet, geeignete Hilfsmittel zu verwenden und zumutbare Heilbehandlungen vorzunehmen, die eine wesentliche Besserung ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung erwarten lassen. Dabei handelt es sich beispielsweise um das Einhalten einer Diät, das Tragen von Stützstrümpfen das Tragen von Prothesen oder die Verwendung von Seh- und Hörhilfen. Zumutbar sind Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind. Heilbehandlungen, die mit einem operativen Eingriff verbunden sind, sehen wir in diesem Zusammenhang als nicht zumutbar an.

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

- (1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in geschriebener Form ob, in welchem Umfang und von welchem Zeitpunkt an wir eine Leistungspflicht anerkennen.
- (2) Grundsätzlich sprechen wir keine zeitlich befristeten Anerkenntnisse aus. Nur in begründeten Einzelfällen können wir jedoch einmalig und maximal für die Dauer von 12 Monaten ein zeitlich befristetes Anerkenntnis aussprechen. Ein solcher Fall kann insbesondere vorliegen, wenn aus medizinischen oder betrieblichen Gründen ein Ende der Erwerbsunfähigkeit abzusehen ist oder die vorliegenden Befunde noch nicht ausreichen, um ein unbefristetes Anerkenntnis auszusprechen. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich befristete Anerkenntnis für uns bindend.
- (3) Wir verpflichten uns, Ihnen innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Eingang der von Ihnen jeweils zur Prüfung vorgelegten Unterlagen
- unsere Entscheidung über die Leistungspflicht mitzuteilen oder
 - weitere Unterlagen für die Prüfung von Ihnen anzufordern oder
 - Ihnen mitzuteilen, dass wir weitere Schritte (z.B. neutrales Gutachten) einleiten werden.
 - Während der Leistungsprüfung informieren wir Sie in regelmäßigen Abständen, spätestens alle 4 Wochen, über den Bearbeitungsstand.
- (4) Einen durch Überschreitung der in Absatz 3 genannten Frist nachweislich entstandenen Schaden werden wir ersetzen.

§ 10 Was gilt für die Nachprüfung der Erwerbsunfähigkeit?

- (1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir während der vereinbarten Leistungsdauer berechtigt, das Fortbestehen der Erwerbsunfähigkeit oder die Pflegebedürftigkeit und das Fortleben der versicherten Person nachzuprüfen.
- (2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen des § 8 Absatz 2 dieser Bedingungen gelten entsprechend.
- (3) Ist die Erwerbsunfähigkeit weggefallen, stellen wir unsere Leistungen ein. In diesem Fall legen wir Ihnen die Veränderung in geschriebener Form dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Anspruchsberechtigten in geschriebener Form mit. Die Einstellung der Leistungen wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.
- (4) Liegt Erwerbsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit vor und ist die Pflegebedürftigkeit auf unter einen Pflegepunkt gesunken bzw. die Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 2 Absatz 7 dieser Bedingungen entfallen, stellen wir unsere Leistungen ein. Absatz 3 S. 2 bis 4 gelten entsprechend.

§ 11 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Erwerbsunfähigkeit?

Solange eine Mitwirkungspflicht im Anspruchsfall (§ 8 dieser Bedingungen) oder bei Nachprüfung der Erwerbsunfähigkeit (§ 10 dieser Bedingungen) von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in geschriebener Form auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 12 Wo sind die vertraglichen Verpflichtungen zu erfüllen?

Unsere Leistungen überweisen wir der empfangsberechtigten Person auf ihre Kosten. Bei Überweisungen außerhalb des europäischen Wirtschaftsraumes trägt die empfangsberechtigte Person auch die damit verbundene Gefahr.

§ 13 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

- (1) Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.
- (2) In den Fällen des § 15 Absatz 3 dieser Bedingungen brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die Anzeige in geschriebener Form des bisherigen Berechtigten vorliegt.

§ 14 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen bzw. bei Änderung Ihrer Postanschrift Ihres Namens?

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

§ 15 Wer erhält die Versicherungsleistung?

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

§ 16 Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten erhoben und ausgeglichen?

- (1) Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Diese sind in Ihrem Beitrag einkalkuliert. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten.
Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören unter anderem Provisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschluss- und Vertriebskosten die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die in Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen. Zu den übrigen Kosten gehören insbesondere die Verwaltungskosten.
- (2) Für Ihren Versicherungsvertrag ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit die Beiträge nicht für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung der Deckungsrückstellung aufgrund von § 25 Abs. 2 RechVersV i. V. m. § 169 Abs. 3 VVG bestimmt sind. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Beiträge beschränkt.
- (3) Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten, d.h. der Teil, der nicht nach Absatz 2 verrechnet wurde, werden während der vertraglich vereinbarten Beitragszahlungsdauer aus den laufenden Beiträgen getilgt. Die übrigen Kosten verteilen wir über die gesamte Vertragslaufzeit.
- (4) Die beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung nur geringe Beträge zur Bildung einer beitragsfreien Erwerbsunfähigkeitsrente vorhanden sind (vgl. auch § 6 dieser Bedingungen). Nähere Informationen können Sie Ihrem persönlichen Angebot entnehmen.

§ 17 Welche Kosten, Zinsen und öffentliche Abgaben stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

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

der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern sind, entfällt der Abgeltungsbetrag bzw. wird – im letzteren Fall – entsprechend herabgesetzt.

§ 18 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

(1) Wir beteiligen Sie an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Leistung aus der Überschussbeteiligung kann auch Null Euro betragen. In den nachfolgenden Absätzen erläutern wir Ihnen,

- wie wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens ermitteln und wie wir diesen verwenden (Absatz 2),
- wie Ihr Vertrag an dem Überschuss beteiligt wird (Absatz 3),
- wie Bewertungsreserven entstehen und wie wir diese Ihrem Vertrag zuordnen (Absatz 4),
- warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung Ihres Vertrages nicht garantieren können (Absatz 5) und
- wie wir Sie über die Überschussbeteiligung informieren (Absatz 6).

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

Den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens (Rohüberschuss) ermitteln wir nach handels- und aufsichtsrechtlichen Vorschriften. Mit der Feststellung des Jahresabschlusses legen wir fest, welcher Teil des Rohüberschusses für die Überschussbeteiligung aller überschussberechtigten Verträge zur Verfügung steht. Dabei beachten wir die aufsichtsrechtlichen Vorgaben, derzeit insbesondere die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung, MindZV).

Überschüsse entstehen dann, wenn die Aufwendungen für das Erwerbsunfähigkeitsrisiko und Kosten niedriger sind als bei der Tarifikalkulation angenommen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer entsprechend der MindZV angemessen beteiligt und zwar nach derzeitiger Rechtslage am Risikoergebnis (Erwerbsunfähigkeitsrisiko) grundsätzlich zu mindestens 90 % und am übrigen Ergebnis (einschließlich Kosten) grundsätzlich zu mindestens 50 %.

Weitere Überschüsse stammen aus den Erträgen der Kapitalanlagen. Von den Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind, erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in der MindZV genannten Prozentsatz. Derzeit beträgt dieser Satz 90 %. Aus diesem Betrag werden zunächst die Beträge finanziert, die für die garantierten Versicherungsleistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer. Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei.

Den danach zur Verfügung stehenden Teil des Rohüberschusses führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit wir ihn nicht als Direktgutschrift unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungsverträgen gutgeschrieben haben. Sinn der Rückstellung für Beitragsrückerstattung ist es, Schwankungen des Überschusses über die Jahre auszugleichen. Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dürfen wir grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwenden. Nur in gesetzlich festgelegten Ausnahmefällen können wir hiervon mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde abweichen.

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

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

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

Bei der Verteilung des Überschusses auf die einzelnen Verträge wenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren an. Hierzu bilden wir innerhalb der Bestandsgruppen Gewinnverbände. Gewinnverbände bestehen aus verschiedenen Tarifgruppen. Ihr Versicherungsvertrag erhält Anteile an den Überschüssen desjenigen Gewinnverbandes, dem der in Ihrem Versicherungsschein genannte Tarif zugeordnet ist. Wir verteilen den Überschuss in dem Maß, wie die Bestandsgruppen und Gewinnverbände zu seiner Entstehung beigetragen haben. Hat eine Bestandsgruppe oder ein Gewinnverband nicht zur Entstehung des Überschusses beigetragen, besteht insoweit kein Anspruch auf Überschussbeteiligung.

Bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung werden zu Beginn jeder Versicherungsperiode Überschussanteile zugeteilt. Diese Überschussanteile werden gleichbleibend für das ganze Versicherungsjahr im Verhältnis zum überschussberechtigten Beitrag bemessen. Die innerhalb einer Versicherungsperiode fällig werdenden Überschussanteile werden zu Beginn der Versicherungsperiode mit den Beiträgen verrechnet. Beitragsfrei gestellte oder durch Ablauf der Beitragszahlung beitragsfrei gewordene Versicherungen sind nicht überschussberechtig.

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

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

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

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

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

Bei Versicherungen mit Ansammlungsguthaben werden die für den jeweiligen Vertrag angesammelten Ansammlungsguthaben ins Verhältnis zur Summe der Kapitalien aller berechtigten Verträge gesetzt.

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

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

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

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

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

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

(6) Wie informieren wir über die Überschussbeteiligung?

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

§ 19 Welche Besonderheiten gelten für eine nicht schuldhaft Verletzung der Anzeigepflicht?

Falls bei Vertragsabschluss gefahrerhebliche Umstände wegen Unkenntnis oder unverschuldet nicht angezeigt werden, so sind wir nach § 41 VersVG berechtigt, aufgrund des erhöhten Risikos die Beiträge zu erhöhen oder die Erwerbsunfähigkeitsversicherung zu kündigen. Auf dieses Recht verzichten wir hiermit.

§ 20 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Österreich Anwendung.

§ 21 Wo ist der Gerichtsstand?

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

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

§ 1 Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge?

- (1) Für die selbständige Erwerbsunfähigkeitsversicherung (SEU-protect[®]) erhöht sich der Beitrag um den im Antragsformular vereinbarten, ganzzahligen Prozentsatz (wahlweise mindestens 2 % bis maximal 5 %) des Vorjahresbeitrags. Bei Schülern, Studenten, Hausfrauen / Hausmännern und Auszubildenden beträgt die maximale Erhöhung 2 % des Vorjahresbeitrags.
- (2) Die vereinbarte Dynamik bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung. Die Beitragserhöhung muss nicht der Erhöhung der Versicherungsleistung entsprechen und ist abhängig von der individuellen Vertragskonstellation.
- (3) Die Erhöhungen erfolgen bis 5 Jahre vor Ablauf der Beitragszahlungsdauer, maximal jedoch bis eine Jahresrente von 60.000 EUR überschritten würde. Bei Beamten beträgt die maximale Jahresrente 12.000 EUR. Bei Einschluss der Option Dread Disease erfolgen die Erhöhungen außerdem maximal bis eine Dread Disease Einmalleistung von 150.000 EUR überschritten würde.

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?

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

§ 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?

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

§ 4 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen?

- (1) Alle im Rahmen des Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Allgemeinen Bedingungen sowie die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich auch auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen.
- (2) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag beeinflussen die Fristen des § 7 der Bedingungen der Hauptversicherung – Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht – nicht.

§ 5 Wann erfolgen keine Erhöhungen?

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

Hinweise zum Schutz ihrer Daten

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

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Dialog Lebensversicherungs-AG
Stadtberger Str. 99
D - 86157 Augsburg
Telefon: (0821) 319-0
Fax: (0821) 319-1533
E-Mail-Adresse: info@dialog-leben.de

Unsere **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie unter der o.g. Adresse oder per E-Mail unter: Datenschutzbeauftragter@dialog-leben.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten aufgrund der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des deutschen Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. (Für Kunden mit Wohnsitz in Österreich gilt das österreichische Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) und das österreichische Datenschutzgesetz (DSG).) Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft ergänzen. Diese können Sie im Internet unter www.dialog-leben.de und www.dialogleben.at abrufen. Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policing oder Rechnungsstellung. Angaben zum Leistungsfall benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Leistungsanspruch ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben.

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

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

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Generali-Gruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 Buchst. c DSGVO. Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Vermittler:

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

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein

Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. Unserer Dienstleisterliste, die Sie auf der Rückseite, bzw. in der jeweils aktuellen Version auf unseren Internetseiten www.dialog-leben.de und www.dialogleben.at finden, entnehmen Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Rückversicherer:

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

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, sowie der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen, finden Sie auf der Rückseite und können Sie in der jeweils aktuellen Version unseren Internetseiten www.dialog-leben.de und www.dialogleben.at entnehmen.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, z.B. an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten.

Dauer der Datenspeicherung

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

Ihre Datenschutzrechte

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

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen. Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Beschwerderecht

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

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht
Postfach 606
D - 91511 Ansbach

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

Bonitätsauskünfte

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

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

Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab.

Übersicht der Dienstleister der Dialog Lebensversicherungs-AG

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

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

Dienstleister, die im Wege der Auftragsdatenverarbeitung für uns tätig sind:

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleister	Gegenstand/Zweck der Beauftragung
Dialog Lebensversicherungs-AG	Generali Deutschland Informatik Services GmbH	IT-Dienstleistungen wie z.B. Bereitstellung Software, Erstellung IT-Sicherheitskonzept
Dialog Lebensversicherungs-AG	Generali Infrastructure Services S.c.a.r.l.	Hardware, Kommunikationsmittel, Infrastruktur
Dialog Lebensversicherungs-AG	Medicals Direct Deutschland GmbH	Aufnahme von Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung
Dialog Lebensversicherungs-AG	Generali Deutschland Services GmbH	Abwicklung Zahlungsverkehr, Druck und Versand, Logistik einschließlich Scannen der Eingangspost
Dialog Lebensversicherungs-AG	Generali Deutschland AG	Konzernrevision, Konzerndatenschutz, Recht, Geldwäschegesetz, Compliance
Dialog Lebensversicherungs-AG	easy Login GmbH	Authentifizierungsverfahren und elektronischer Datenaustausch mit Vertriebspartnern
Dialog Lebensversicherungs-AG	SoftProject GmbH	Elektronischer Datenaustausch mit Vertriebspartnern
Dialog Lebensversicherungs-AG	Medallia Inc.	Marktforschungsinstitut zur Erhebung von Zufriedenheitswerten
Dialog Lebensversicherungs-AG	Letter-Shops	Serienbrief Erstellung

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

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleister	Gegenstand/Zweck der Funktionsübertragung
Dialog Lebensversicherungs-AG	Generali Deutschland AG	Unterstützung bei der Antragsbearbeitung und antragsbezogenen Risikoprüfung, Leistungsbearbeitung im Leistungsfall
Dialog Lebensversicherungs-AG	Ärzte, Psychologen, Psychiater, Rückversicherer, allgemeine Gutachter/ Sachverständige	(Sachverständigen-)Gutachten bei Antragstellung u. im Leistungsfall, medizinische Untersuchungen, Erstellung von mathematischen Gutachten
Dialog Lebensversicherungs-AG	Rechtsanwälte	Allgemeine Dienstleistungen
Dialog Lebensversicherungs-AG	IT-Berater	IT-Dienstleistungen
Dialog Lebensversicherungs-AG	Cosmos Lebensversicherung AG	Leistungsbearbeitung im Leistungsfall
Dialog Lebensversicherungs-AG	Wirtschaftsauskunfteien	Einholung von Auskünften bei Antragstellung und der Leistungsbearbeitung
Dialog Lebensversicherungs-AG	Detekteien	Anlassbezogene Betrugsbekämpfung in begründeten Fällen

* Die Übermittlung von personenbezogenen Daten an die in der Liste genannten Dienstleister unterbleibt, sofern Sie dieser widersprechen und eine Prüfung ergibt, dass Ihr schutzwürdiges Interesse das Interesse des übermittelnden Unternehmens überwiegt.

Steuerregelungen für Lebensversicherungen nach österreichischem Recht Stand 02.2019

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

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

1. Versicherungssteuergesetz (VersStG)

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

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

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

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

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

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

Nachversteuerung:

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

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

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

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

2. Erbschafts- und Schenkungssteuergesetz (ErbStG)

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

Meldepflichten:

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

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

Werden Ansprüche aus einer Lebensversicherung zwischen Angehörigen geschenkt, ist dies dem österreichischen Finanzamt anzuzeigen, wenn der gemeine Wert dieser Ansprüche EUR 50.000,00 übersteigt und entweder der Geschenknehmer oder der Geschenkgeber im Zeitpunkt des Erwerbes einen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Österreich hatte. Wenn der gemeine Wert dieser Ansprüche EUR 50.000,00 nicht übersteigt, besteht eine dennoch eine Anzeigepflicht dann, wenn der Geschenknehmer von demselben Angehörigen innerhalb der letzten fünf Jahren Schenkungen im gemeinen Wert von insgesamt mehr als EUR 50.000,00 erhalten hat. Als Angehörige gelten: **1) Ehegatte, 2) die Verwandten in gerader Linie und die Verwandten zweiten, dritten und vierten Grades in der Seitenlinie, 3) die Verschwägerten in gerader Linie und die Verschwägerten zweiten Grades in der Seitenlinie, 4) die Wahl-(Pflege-)Eltern und die Wahl-(Pflege-)Kinder, 5) Personen, die miteinander in Lebensgemeinschaft leben, sowie Kinder und Enkel einer dieser Personen im Verhältnis zur anderen Person und 6) der eingetragene Partner.**

Die Anzeigepflicht trifft sowohl den Erwerber als auch den Geschenkgeber und ist **binnen dreier Monate** ab Erwerb zu erstatten.

Erfolgen Auszahlungen aus einem Versicherungsvertrag an eine andere Person als den Versicherungsnehmer, so sind Versicherungsunternehmen gemäß § 26 ErbStG verpflichtet, dem Finanzamt den wesentlichen Inhalt des Versicherungsvertrages und die Person des Empfangsberechtigten mitzuteilen.

3. Einkommensteuergesetz (EStG)

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

Unterschiedsbeträge zwischen den eingezahlten Versicherungsbeiträgen und der Versicherungsleistung, die

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

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

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

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

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

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

Rentenbesteuerung (Sonstige Einkünfte, § 29 EStG):

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

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

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

Absetzbarkeit der Versicherungsbeiträge (Sonderausgaben, § 18 EStG):

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

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

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

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

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