

Vertragsgrundlagen zur Berufsunfähigkeitsversicherung

Leistungsbeschreibung und Bedingungen für die
Berufsunfähigkeitsversicherung
Stand 06/2026



SAP 57425



Inhaltsverzeichnis

	Begriffsbestimmungen	4
	Die Bestimmungen im Detail	5
	Allgemeines.....	5
	Artikel 1 Welche Dokumente sind Vertragsgrundlagen?	5
	Artikel 2 Welches Recht ist auf den Versicherungsvertrag anzuwenden?	5
	Artikel 3 Welcher Aufsichtsbehörde unterliegt der Versicherer und wo ist die Beschwerdestelle?	5
	Artikel 4 Was gilt für Erklärungen, die den Versicherungsvertrag betreffen?	5
	Artikel 5 Was gilt bei einer Vinkulierung, Verpfändung oder Abtretung?	5
	Pflichten (Obliegenheiten) des Versicherungsnehmers.....	5
	Artikel 6 Was muss der Versicherungsnehmer bei Antragstellung beachten?	5
	Artikel 7 Was gilt für die Prämienzahlung?	6
	Artikel 8 Wann sind die Prämien zu bezahlen und was passiert, wenn sie nicht rechtzeitig bezahlt werden?	6
	Versicherungsschutz.....	6
	Artikel 9 Wann beginnt der Versicherungsschutz?	6
	Artikel 10 Was bedeutet der vorläufige Sofortschutz?	7
	Artikel 11 Welche Regelungen gelten bezüglich eines Auslandsaufenthaltes?	7
	Artikel 12 Wann hat der Versicherungsnehmer Versicherungsschutz und wann nicht?	7
	Leistung	8
	Artikel 13 Welche Leistungen werden im Versicherungsfall erbracht?	8
	Artikel 14 Unter welchen Voraussetzungen wird die Leistung aufgrund Berufsunfähigkeit erbracht?.....	9
	Artikel 15 Wie wird Berufsunfähigkeit bei Studenten, Schülern, Lehrlingen, Hausfrauen und Hausmännern definiert?	9
	Artikel 16 Unter welchen Voraussetzungen wird die Leistung aufgrund Pflegebedürftigkeit erbracht?	10
	Artikel 17 Wer erhält die Versicherungsleistung?	11
	Artikel 18 Wo ist der Erfüllungsort der Versicherungsleistung?	11
	Leistungsprüfung	11
	Artikel 19 Was ist zu beachten, wenn die Versicherungsleistung beantragt wird (Anzeigepflichten)?	11
	Artikel 20 Welche Mitwirkungspflichten bestehen?	12
	Artikel 21 Welche Folgen hat die Verletzung einer Anzeige- oder Mitwirkungspflicht?	12
	Artikel 22 Wie erfolgt die Erklärung über die Leistungspflicht?	12
	Artikel 23 Was gilt bei Meinungsverschiedenheiten?	12
	Artikel 24 Was ist hinsichtlich einer Nachprüfung der Berufsunfähigkeit zu beachten?	12





Prämien, Kosten und Gebühren13

Artikel 25 Wie werden Kosten verrechnet?13

Artikel 26 Können die Prämien angehoben werden?13

Artikel 27 Welche Leistungen sind gesondert zu bezahlen?13



Gewinnbeteiligung14

Artikel 28 Wie ist die Gewinnbeteiligung geregelt?14



Änderungen während der Vertragslaufzeit14

Artikel 29 Wie können die Leistungen des Versicherungsvertrages erhöht werden (Aufstockungsoption)?14

Artikel 30 Wie kann der Versicherungsnehmer die Laufzeit des Versicherungsvertrags verlängern?15

Artikel 31 Was ist die Vertragshilfe?15



Kündigung (Rückkauf) und Prämienfreistellung15

Artikel 32 Wie sind die Kündigung (= Rückkauf) und die Prämienfreistellung geregelt?15



Allgemeine Informationen15

Artikel 33 Wie ist die Besteuerung geregelt und wie wirken sich ausländische Vorschriften aus?15

Artikel 34 Was bestimmt das Bundesbehindertengleichstellungsgesetz?16

Artikel 35 Was regelt die Zinszusatzrückstellung?16

Artikel 36 Wie funktioniert der Deckungsstock als Sicherungssystem?16

Artikel 37 Wo befindet sich der Solvenzbericht?16



Wertsteigerung (Leistungsdynamik)16

Artikel 38 Welche Arten der Wertsteigerung gibt es?16

Artikel 39 Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Versicherungsleistung?17

Artikel 40 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Prämien und Versicherungsleistung?17

Artikel 41 Wonach errechnet sich die erhöhte Versicherungsprämie?17

Artikel 42 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistung?17

Artikel 43 Wann endet die planmäßige Erhöhung der Versicherungsleistung?17





Begriffsbestimmungen

Die nachfolgenden Begriffsbestimmungen sind für das Verständnis dieser Versicherungsbedingungen wichtig.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für alle Geschlechter.

Bezugsberechtigter (Begünstigter)	ist die Person, die für den Empfang der Leistung des Versicherers genannt ist.
geschriebene Form	bedeutet, dass Erklärungen ohne Unterschrift gültig sind, wenn aus dem Text die Person des Erklärenden zweifelsfrei hervorgeht.
Leistungszeitraum	ist der Zeitraum, in dem aufgrund bestehender Berufsunfähigkeit Anspruch auf die versicherten Leistungen besteht, wenn die Berufsunfähigkeit während der Versicherungsdauer eingetreten ist. Der Leistungszeitraum kann auch über die Versicherungsdauer hinausgehen und endet spätestens mit dem vereinbarten Termin.
Tarif/Geschäftsplan	ist eine detaillierte Aufstellung jener, der Finanzmarktaufsicht vorgelegten, Bestimmungen und versicherungsmathematischen Formeln, anhand derer die Leistung des Versicherers und die Gegenleistung des Versicherungsnehmers (Versicherungsprämie) zu berechnen sind.
Versicherer	ist die Generali Versicherung AG, 1010 Wien, Landskrongasse 1-3.
Versicherte Person	ist die Person, auf die sich der Versicherungsschutz bezieht.
Versicherungsdauer	ist der Zeitraum, in dem die Berufsunfähigkeit eintreten muss, um einen Leistungsanspruch zu begründen.
Versicherungsnehmer	ist der Vertragspartner des Versicherers und Träger der Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag.
Versicherungsprämie	ist das vom Versicherungsnehmer zu zahlende Entgelt.





Die Bestimmungen im Detail

Allgemeines

Artikel 1

Welche Dokumente sind Vertragsgrundlagen?

Vertragsgrundlagen sind der Antrag, die Versicherungspolizze, der dem Versicherungsvertrag zugrunde liegende Tarif und die vorliegenden Versicherungsbedingungen.

Artikel 2

Welches Recht ist auf den Versicherungsvertrag anzuwenden?

Dieser Versicherungsvertrag unterliegt ausschließlich österreichischem Recht ohne die Verweisungsnormen des österreichischen internationalen Privatrechts, auch wenn der Versicherungsnehmer nach Vertragsabschluss seinen Wohnsitz ins Ausland verlegt. Steuerliche Bestimmungen des Staates der persönlichen Steuerpflicht des Versicherungsnehmers oder Leistungsberechtigten bleiben davon unberührt (siehe Artikel 33).

Artikel 3

Welcher Aufsichtsbehörde unterliegt der Versicherer und wo ist die Beschwerdestelle?

- 3.1 Der Versicherer und der diesem Versicherungsvertrag zugrunde liegende Tarif unterliegen der Kontrolle und Aufsicht durch die Finanzmarktaufsicht (FMA), 1090 Wien, Otto-Wagner-Platz-5.
- 3.2 Beschwerdestellen:
 - Versicherer: online-Formular unter generali.at/service/lob-und-beschwerde oder per Post an Generali Versicherung AG, Beschwerdemanager, 1010 Wien, Landskrongasse 1-3.
 - Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs, Informations- und Beschwerdestelle, Schwarzenbergplatz 7, 1030 Wien, online-Formular unter <https://www.vvo.at>.
 - Beschwerdestelle über Versicherungsunternehmen im Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Abteilung III/3 Stubenring 1, 1010 Wien, +43/1/71100/862516 oder versicherungsbeschwerde@sozialministerium.at.
- 3.3 Im Falle von Streitigkeiten hat der Konsument zusätzlich die Möglichkeit, sich an die Schlichtungsstelle für Verbrauchergeschäfte (www.verbraucherschlichtung.at) zu wenden. Die Teilnahme des Versicherers am Schlichtungsverfahren ist nicht verpflichtend.
- 3.4 Der Versicherungsnehmer hat das Recht, den Rechtsweg zu beschreiten.

Artikel 4

Was gilt für Erklärungen, die den Versicherungsvertrag betreffen?

- 4.1 Erklärungen und Informationen des Versicherungsnehmers, der versicherten Person und sonstiger Dritter, die den Versicherungsvertrag betreffen, bedürfen zu ihrer Gültigkeit der geschriebenen Form. Die Erklärungen und Informationen müssen dem Versicherer so zugehen, dass sie von ihm dauerhaft aufbewahrt werden können (ausdrucken oder abspeichern, wie etwa bei E-Mail, aber nicht SMS-Nachrichten) und aus dem Text muss die Person des Erklärenden zweifelsfrei hervorgehen.
- 4.2 Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann der Versicherer eine Ablehnung, einen Rücktritt oder eine Anfechtung nicht nur dem Versicherungsnehmer, sondern auch einem berechtigten Dritten (beispielsweise Bezugsberechtigter) gegenüber erklären.
- 4.3 Änderungen der Postanschrift des Versicherungsnehmers sind dem Versicherer unverzüglich bekannt zu geben.

Artikel 5

Was gilt bei einer Vinkulierung, Verpfändung oder Abtretung?

- 5.1 Eine Verpfändung oder Abtretung ist dem Versicherer gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie dem Versicherer in geschriebener Form angezeigt wird.
- 5.2 Eine Vinkulierung bedarf neben der Anzeige in geschriebener Form zu ihrer Wirksamkeit auch der Zustimmung des Versicherers.



Pflichten (Obliegenheiten) des Versicherungsnehmers

Artikel 6

Was muss der Versicherungsnehmer bei Antragstellung beachten?

- 6.1 Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Antrag und die damit verbundenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig auszufüllen bzw. zu beantworten. Wenn eine andere Person versichert werden soll, ist auch diese für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung aller Fragen verantwortlich.
- 6.2 Werden Fragen vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person schuldhaft unrichtig oder unvollständig beantwortet, kann der Versicherer innerhalb von 3 Jahren seit Abschluss vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Im Falle einer risikohöhernden Änderung des Versicherungsvertrages kann der Versicherer innerhalb von 3 Jahren nur von dieser Änderung zurücktreten.

Tritt der Versicherungsfall innerhalb dieser 3 Jahre ein, kann der Versicherer auch noch nach Ablauf dieser Frist zurücktreten. Der Versicherer kann den Rücktritt nur innerhalb eines Monats ab Kenntnis der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben erklären. Die Erklärung muss dem Versicherungsnehmer innerhalb dieser Frist



zugegangen sein. Der Versicherer kann vom Versicherungsvertrag jedoch nicht zurücktreten, wenn er von der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben bzw. vom Eintritt des Versicherungsfalles Kenntnis hatte oder der verschwiegene Umstand keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles hatte.

- 6.3 Bei arglistiger Täuschung durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person kann der Versicherer den Versicherungsvertrag jederzeit anfechten. Wenn der Versicherer den Versicherungsvertrag anfechtet oder vom Versicherungsvertrag zurücktritt, ist er zu keiner Leistung verpflichtet.
- 6.4 An den Antrag ist der Antragsteller 6 Wochen lang gebunden. Die Frist beginnt mit dem Tag der Antragstellung.

Artikel 7

Was gilt für die Prämienzahlung?

- 7.1 Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die vereinbarten Versicherungsprämien (einmalige oder laufende Prämien) an den Versicherer kostenfrei und rechtzeitig zu bezahlen.
- 7.2 Die Prämien können im Einzugsermächtigungsverfahren oder per Zahlungsanweisung bezahlt werden.

Bei Zahlung mit Einzugsermächtigungsverfahren zieht der Versicherer die Prämien jeweils bei Fälligkeit von dem angegebenen Konto ein. Ist dies nicht möglich, wird der Versicherungsnehmer davon verständigt und ein neuerlicher Einziehungsversuch durchgeführt. Die dafür entstehenden Kosten gemäß Artikel 27.2. sind vom Versicherungsnehmer zu bezahlen.

- 7.3 Laufende Prämien sind Jahresprämien, die zu Beginn des jeweiligen Versicherungsjahres fällig werden. Die Prämien können nach Vereinbarung auch in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten bezahlt werden, dann jedoch mit Zuschlägen, die im Antrag gesondert vereinbart werden.

Artikel 8

Wann sind die Prämien zu bezahlen und was passiert, wenn sie nicht rechtzeitig bezahlt werden?

- 8.1 Die Versicherungsprämien sind innerhalb von 2 Wochen ab Fälligkeit zu bezahlen:
- Die erste Prämie wird mit Zustellung der Polizza, nicht aber vor Versicherungsbeginn fällig und ist dann innerhalb von 2 Wochen zu bezahlen.

- Folgeprämien sind mit dem in der Polizza angegebenen Tag fällig.

- 8.2 Wenn der Versicherungsnehmer die erste Prämie nicht rechtzeitig bezahlt, kann der Versicherer vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Es gilt als Rücktritt des Versicherers, wenn der Versicherer die erste Prämie nicht innerhalb von 3 Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend macht. Bei einem Rücktritt sind die Kosten der ärztlichen Untersuchung vom Versicherungsnehmer zu bezahlen.
- 8.3 Ist die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles und nach Ablauf der in Artikel 8.1. genannten Frist noch nicht bezahlt, ist der Versicherer leistungsfrei. Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der Prämie ohne Verschulden verhindert war.

Ist der Versicherungsnehmer mit nicht mehr als 10 Prozent der Jahresprämie, höchstens aber mit 60 Euro in Verzug, so ist der Versicherer nicht leistungsfrei.

- 8.4 Wenn der Versicherungsnehmer eine Folgeprämie nicht rechtzeitig bezahlt, erhält er eine Mahnung mit dem Hinweis, dass er diese innerhalb der nächsten 2 Wochen nachzahlen muss.
- 8.5 Bezahlte der Versicherungsnehmer den Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung festgesetzten Frist, kann der Versicherer den Versicherungsvertrag zum Ablauf der Frist kündigen.
- 8.6 Bezahlte der Versicherungsnehmer den Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung festgesetzten Frist und tritt nach Ablauf der Frist der Versicherungsfall ein, ist der Versicherer leistungsfrei. Der Versicherer zahlt jedoch, wenn der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert war.

Ist der Versicherungsnehmer mit nicht mehr als 10 Prozent der Jahresprämie, höchstens aber mit 60 Euro in Verzug, so ist der Versicherer nicht leistungsfrei.



Versicherungsschutz

Artikel 9

Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt, sobald der Versicherer den Antrag schriftlich durch Zustellung der Polizza angenommen hat und der Versicherungsnehmer die erste Prämie rechtzeitig (Artikel 8) bezahlt. Vor dem in der Polizza angegebenen Versicherungsbeginn besteht kein Versicherungsschutz.



Artikel 10

Was bedeutet der vorläufige Sofortschutz?

- 10.1 Der Versicherungsvertrag ist mit einem vorläufigen Sofortschutz bei Berufsunfähigkeit aufgrund eines Unfalles ausgestattet.
- 10.2 Der vorläufige Sofortschutz erstreckt sich auf die für den Fall der Berufsunfähigkeit versicherte Pensionszahlung, höchstens auf monatlich 1.000 Euro, auch wenn eine insgesamt höhere Pensionszahlung für dieselbe versicherte Person beantragt sind.
- 10.3 Der vorläufige Sofortschutz gilt für den Fall, dass die Berufsunfähigkeit gemäß dieser Bedingungen aufgrund der Folgen eines Unfalles entsteht und
- wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt der Antragstellung voll arbeitsfähig ist,
 - nicht in ärztlicher Behandlung oder Kontrolle steht und
 - soweit diese Versicherungsbedingungen keine Einschränkungen oder Ausschlüsse vorsehen.
- 10.4 Der vorläufige Sofortschutz beginnt mit Eingang des Antrages beim Versicherer, frühestens aber mit dem beantragten Versicherungsbeginn.
- 10.5 Der vorläufige Sofortschutz endet mit Zustellung der Polizza, der Ablehnung des Antrages oder mit der Erklärung des Versicherers, dass der vorläufige Sofortschutz beendet ist. Sollte der Versicherungsnehmer von seinem Antrag vor Zustellung der Polizza zurücktreten, so erlischt der vorläufige Sofortschutz ebenfalls. Der vorläufige Sofortschutz endet jedoch in jedem Fall 6 Wochen nach Antragstellung.
- 10.6 Wenn der Versicherer aufgrund des vorläufigen Sofortschutzes leistet, verrechnet der Versicherer die auf diese Leistungen entfallende erste Jahresprämie.

Artikel 11

Welche Regelungen gelten bezüglich eines Auslandsaufenthaltes?

- 11.1 Mit dieser Versicherung bietet der Versicherer weltweiten Versicherungsschutz für den Fall der Berufsunfähigkeit.
- 11.2 Die ärztlichen Nachweise gemäß Artikel 19 und Artikel 24 zum Eintritt oder zum Fortbestehen der Berufsunfähigkeit müssen von einem innerhalb der Europäischen Union zugelassenen Arzt erstellt werden, sofern der Versicherer nicht anlässlich einer Leistungsprüfung oder der weiteren Nachprüfung im Einzelfall abweichende Vereinbarungen mit dem Versicherungsnehmer trifft.

Artikel 12

Wann hat der Versicherungsnehmer Versicherungsschutz und wann nicht?

- 12.1 Der Versicherungsschutz besteht unter den Voraussetzungen des Artikel 14 unabhängig davon, aus welchen Gründen es zu der Berufsunfähigkeit gekommen ist.

12.2 Der Versicherer leistet jedoch nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:

- a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse oder durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.

Für Angehörige des österreichischen Bundesheeres oder anderer staatlich organisierter Kriseneinsatzkräfte wie z. B. der Polizei ist die unmittelbar oder mittelbar durch die Teilnahme an mandatierten Missionen der Vereinten Nationen, Einsätzen im Rahmen von Bündnisverpflichtungen Österreichs oder Einsätzen unter Führung überstaatlicher Institutionen und Einrichtungen sowie Auslandseinsätzen unter nationaler Verantwortung mit vergleichbarem Gefährdungspotenzial verursachte Berufsunfähigkeit, vorbehaltlich einer anderweitigen ausdrücklichen Vereinbarung in geschriebener Form, nicht mitverschert. Die Verwendung für humanitäre Hilfsdienste und Hilfeleistungen im Ausland ist in der Leistungspflicht enthalten, sofern die versicherte Person dabei nicht an bewaffneten Unternehmungen beteiligt war.

- b) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person. Bei fahrlässigen oder grob fahrlässigen Verstößen wird der Versicherer leisten.
- c) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung sowie missbräuchlichem Drogenkonsum. Wenn dem Versicherer jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, wird der Versicherer leisten.
- d) durch eine Handlung, mit der der Versicherungsnehmer oder der Begünstigte vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben bzw. hat.
- e) durch nukleare, biologische, chemische oder durch Terrorismus ausgelöste Katastrophen.

12.3 Entsteht Berufsunfähigkeit aufgrund eines der in Artikel 12.2 genannten Fälle, erlischt der Vertrag und es wird, sofern vorhanden, der tarifliche Rückkaufswert zur Auszahlung gebracht.

12.4 Sanktionsklausel:

Ist der Versicherungsnehmer, die versicherte Person oder der Leistungsempfänger persönlich sanktioniert, so besteht in diesem Zeitraum kein Versicherungsschutz aus diesem Vertrag. Während der aufrechten Sanktionen erbringt der Versicherer keine Leistungen aus diesem Vertrag. Der Versicherer ist in diesem Fall nicht berechtigt, Prämien für diesen Vertrag zu verrechnen. Sanktioniert bedeutet, dass der Versicherungsnehmer, die versicherte Person oder der Leistungsempfänger internationalen Handels-, Finanz- oder Wirtschaftssanktionen aufgrund folgender Regelungen unterliegt:

- Resolutionen der Vereinten Nationen und/oder
- Verordnungen und/oder Beschlüssen der Europäischen Union und/oder



- Gesetzen, Verordnungen oder Bescheiden von Organen der Republik Österreich und/oder
- rechtlichen Vorgaben der Vereinigten Staaten von Amerika und des Vereinigten Königreiches.

Solche internationalen Sanktionen sind insbesondere Embargos, das heißt das Verbot der Ein- oder Ausfuhr von Waren oder der Erbringung von (Finanz-)Dienstleistungen.



Leistung

Artikel 13

Welche Leistungen werden im Versicherungsfall erbracht?

- 13.1 Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer für mindestens 6 Monate zu mindestens 50 % berufsunfähig gemäß Artikel 14.1, erbringt der Versicherer folgende Versicherungsleistungen:
- a) Zahlung der versicherten Berufsunfähigkeitspension.
 - b) volle Befreiung von der Prämienzahlung für die während der Berufsunfähigkeit fälligen Prämien.
- Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit besteht kein Anspruch auf eine Versicherungsleistung.
- 13.2 Der Versicherer erbringt die unter Artikel 13.1 genannten Leistungen auch dann, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer infolge Pflegebedürftigkeit (vgl. Artikel 16) für einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten berufsunfähig wird und der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % liegt.
- 13.3 Für die Anmeldung von Leistungsansprüchen ist keine Meldefrist vereinbart. Der Anspruch auf die Versicherungsleistungen entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit oder die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist. Die Versicherungsleistung wird mit Beginn des Folgemonats fällig.
- 13.4 Der Versicherer zahlt die Berufsunfähigkeitspension entsprechend der vereinbarten Zahlungsweise im Voraus, jeweils am Ersten eines jeden Monats, erstmals am Ersten des dem Eintritt des Versicherungsfalles folgenden Monats.
- 13.5 Der Anspruch auf die Versicherungsleistungen erlischt
- mit dem Ablauf des Monats, in dem der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % sinkt;
 - bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit, wenn Pflegebedürftigkeit im Sinne des Artikel 16 nicht mehr besteht,
 - wenn die versicherte Person stirbt oder
 - bei Ablauf des in der Versicherungspolizze vereinbarten vertraglichen Leistungszeitraums.
- 13.6 Wird die Berufsunfähigkeit angezeigt, muss der Versicherungsnehmer bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht die Prämien vorerst in voller Höhe weiter entrichten. Der Versicherer wird diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen.

Der Versicherer ist auf Wunsch des Versicherungs-

nehmers hin bereit, die in diesem Zeitraum fälligen Prämien (zinslos) bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht, höchstens jedoch für einen Zeitraum von einem Jahr, zu stunden.

Wird eine Leistungspflicht nicht anerkannt, sind die gestundeten Prämien als Einmalzahlung zu tilgen. Sollte eine Einmalzahlung nicht möglich sein, kann der Versicherungsnehmer die gestundeten Prämien zinslos in einem Zeitraum von bis zu 12 Monaten in Raten zusammen mit den laufenden Prämien nachzahlen.

13.7 Fit im Beruf Assistenzleistungen

Fit im Beruf Assistenzleistungen umfassen Informations-, Beratungs- und Unterstützungsleistungen im Falle einer drohenden bzw. aufrechten Berufsunfähigkeit. Die versicherte Person kann diese Leistungen in Anspruch nehmen, solange die Berufsunfähigkeitsversicherung mit Berufsunfähigkeitspension vertraglich aufrecht ist und die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind. Die Details und die Anspruchsvoraussetzungen zu den Fit im Beruf Assistenzleistungen sind in den Vertragsgrundlagen zu Fit im Beruf Assistenzleistungen (Besondere Bedingungen für Fit im Beruf Assistenzleistungen) geregelt.

13.8 Wiedereingliederungshilfe

Der Versicherer bezahlt eine einmalige Wiedereingliederungshilfe in Höhe von 6 Monatspensionen, maximal jedoch 6.000 Euro, wenn

- die Berufsunfähigkeit endet, weil die versicherte Person aufgrund neu erworbener beruflicher Fähigkeiten eine andere als die bisherige Tätigkeit ausübt,
- die Berufsunfähigkeit mindestens 3 Jahre ununterbrochen angedauert hat und
- die restliche vertraglich vereinbarte Leistungsdauer noch mindestens 5 Jahre beträgt.

Tritt innerhalb eines Jahres nach einer beendeten Berufsunfähigkeit, gleich aus welcher Ursache, erneut Berufsunfähigkeit ein, entfällt der Anspruch auf Wiedereingliederungshilfe rückwirkend. Eine bereits gezahlte Wiedereingliederungshilfe wird mit den dann fälligen Berufsunfähigkeitspensionen verrechnet.

Die Wiedereingliederungshilfe kann während der Dauer der Berufsunfähigkeitsversicherung mehrfach in Anspruch genommen werden.

13.9 Anfangshilfe

Ist die Anfangshilfe vereinbart und die Berufsunfähigkeitsleistung für mindestens 12 Monate durchgehend auf einmal anerkannt worden, leistet der Versicherer eine Einmalzahlung. Die Anfangshilfe kann während der Dauer der Berufsunfähigkeitsversicherung nur einmalig in Anspruch genommen werden.

Diese Einmalzahlung beträgt das 6-fache der monatlichen Berufsunfähigkeitspension.

Bei Eintritt der Berufsunfähigkeit in den letzten 5 Jahren vor Versicherungsablauf beträgt die Einmalzahlung das 3-fache der monatlichen Berufsunfähigkeitspension.



Artikel 14

Unter welchen Voraussetzungen wird die Leistung aufgrund Berufsunfähigkeit erbracht?

- 14.1 Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder eines (auch altersentsprechenden) Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens 6 Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % außerstande ist, ihren zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – auszuüben und sie auch keine andere Tätigkeit konkret ausübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht (konkrete Verweisbarkeit). Eine der bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit darf keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordern und auch hinsichtlich Vergütung und Wertschätzung nicht spürbar unter das Niveau des bislang ausgeübten Berufs absinken. Unzumutbar ist eine Einkommensminderung (Vergütung) von 20 % oder mehr gegenüber dem Bruttoeinkommen im zuletzt ausgeübten Beruf.

Der Versicherer verzichtet auf eine abstrakte Verweisbarkeit. Das heißt, er prüft nicht, ob irgendeine andere Tätigkeit theoretisch ausgeübt werden könnte.

- 14.2 Bei Selbstständigen / Betriebsinhabern liegt keine Berufsunfähigkeit vor, wenn sie nach einer zumutbaren Umorganisation gleichwertige andere Tätigkeiten ausüben könnten. Eine Umorganisation ist dann zumutbar, wenn die Ausübung dieser Tätigkeiten der bisherigen Stellung der versicherten Person noch angemessen ist, sie ihre Lebensstellung vor Eintritt der gesundheitlichen Leistungsbeeinträchtigung wahren kann und kein erheblicher Kapitaleinsatz erforderlich ist. Eine Umorganisation ist nicht zumutbar, wenn sich dadurch das Jahresbruttoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit um mehr als 20 % gegenüber dem vor Eintritt der Berufsunfähigkeit erzielten durchschnittlichen Jahresbruttoeinkommen der letzten 3 Jahre vermindert.

Der Versicherer verzichtet 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. Der Versicherer verzichtet ebenfalls auf eine Prüfung der Zumutbarkeit einer Umorganisation, wenn der Betrieb der versicherten Person weniger als 5 Mitarbeiter beschäftigt.

- 14.3 Umorganisationshilfe bei Selbstständigen/ Betriebsinhabern:
Der Versicherer zahlt auf Wunsch des Versicherungsnehmers als Unterstützung der Umorganisation einen einmaligen Betrag in Höhe von 6 Monatspensionen, maximal 6.000 Euro, wenn:
- die konkrete gesundheitliche Beeinträchtigung der versicherten Person (Selbstständiger oder Betriebsinhaber) eine Weiterführung des Betriebs bzw. der Praxis nicht mehr wie bisher ermöglicht und
 - die Umorganisation die Weiterführung des Betriebs bzw. der Praxis unterstützt.

Weitere Leistungen aus diesem Versicherungsfall werden in diesem Fall nicht erbracht, die Verpflichtung zur Bezahlung weiterer Versicherungsprämien bleibt unverändert aufrecht. Hat der Versicherer eine Umorganisationshilfe bezahlt und es besteht innerhalb von 12 Monaten trotzdem Berufsunfähigkeit, so beginnt die Leistung der Berufsunfähigkeitspension erst 6 Monate nach dem Auszahlungszeitpunkt der Umgestaltungskosten.

- 14.4 Ist die versicherte Person 6 Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder eines (auch altersentsprechenden) Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, vollständig oder teilweise außerstande gewesen, ihren zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – auszuüben und hat sie auch keine andere Tätigkeit ausgeübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht, so wird dieser Zustand von Anfang an als Berufsunfähigkeit eingestuft.

- 14.5 Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn durch gesetzliche Vorschriften oder durch rechtskräftige behördliche Verfügung zur Verhinderung der Weiterverbreitung einer Infektion die Ausübung der beruflichen Tätigkeit der versicherten Person wegen Krankheit, Krankheitsverdachts, Ansteckungsverdachts oder Ausscheidens vollständig untersagt wird (vollständiges Tätigkeitsverbot) und sich diese Untersagung auf einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erstreckt. Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn die versicherte Person in diesem Zeitraum eine andere berufliche Tätigkeit konkret ausgeübt hat oder ausübt, die hinsichtlich ihrer Ausbildung und Erfahrung und des Einkommens mit der Lebensstellung vergleichbar ist, die durch die berufliche Tätigkeit geprägt war, deren Ausübung der versicherten Person behördlich untersagt wird. Zum Nachweis des Vorliegens eines vollständigen Tätigkeitsverbotes ist dem Versicherer die Verfügung im Original oder amtlich beglaubigt vorzulegen.

Werden Leistungen aufgrund des vollständigen Tätigkeitsverbotes erbracht, endet die Leistungsverpflichtung mit der Aufhebung des vollständigen Tätigkeitsverbotes. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die Aufhebung des vollständigen Tätigkeitsverbotes dem Versicherer sofort anzuzeigen.

- 14.6 Ist die versicherte Person aus dem Berufsleben vorübergehend oder endgültig ausgeschieden und werden Leistungen beantragt, so gilt die vorher konkret ausgeübte berufliche Tätigkeit und die damit verbundene Lebensstellung als ausgeübter Beruf. Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn die versicherte Person in zumutbarer Weise eine andere Tätigkeit ausübt, die aufgrund der Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und ihrer Lebensstellung hinsichtlich Vergütung und sozialer Wertschätzung zum Zeitpunkt des Ausscheidens aus der Erwerbstätigkeit entspricht.

Artikel 15

Wie wird Berufsunfähigkeit bei Studenten, Schülern, Lehrlingen, Hausfrauen und Hausmännern definiert?

- 15.1 Bei Studenten liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder



(auch altersentsprechendem) Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens 6 Monate ununterbrochen zu mind. 50 % außerstande ist, ihr zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalles betriebenes Studium – so wie es ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – fortzusetzen.

Studium ist die Ausbildung an einer Hochschule (Universität) oder Fachhochschule (FH). Dazu gehört auch ein Studium an einer ausländischen Universität, wenn der angestrebte Abschluss in Österreich als akademischer Abschluss anerkannt wird.

- 15.2 Bei Schülern, ausgenommen Schüler mittlerer und höherer Schulen mit skisportlichem Schwerpunkt und Schulen für Leistungssportler, liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechendem) Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens 6 Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % außerstande ist, als Schüler am Unterricht an einer allgemeinen öffentlichen Schule oder staatlich anerkannten Privatschule ohne spezielle Förderung teilzunehmen, so wie es ohne gesundheitliche Beeinträchtigung möglich war und keinen Beruf ausübt. Eine spezielle Förderung ist anzunehmen, wenn sonderpädagogische Maßnahmen regelmäßig erforderlich sind.

Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn die versicherte Person in diesem Zeitraum eine andere ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit konkret ausübt. Eine Person, die eine Schule berufsbegleitend oder im Rahmen der Berufsausbildung (Berufsschule) besucht, wird nicht als Schüler im Sinne dieser Regelung gewertet. Das Wiederholen eines Schuljahres gilt ebenfalls nicht als Berufsunfähigkeit.

- 15.3 Bei Lehrlingen liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechendem) Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens 6 Monate ununterbrochen zu mind. 50 % außerstande ist, ihre zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalles betriebene Berufsausbildung – so wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – fortzusetzen. Berufsausbildung ist ein berufliches Ausbildungsverhältnis im Sinne des Berufsausbildungsgesetzes.

Für Lehrlinge in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf berücksichtigt der Versicherer bei Prüfung einer Berufsunfähigkeit (konkrete Verweisbarkeit) zu Gunsten des Auszubildenden den mit der Ausbildung angestrebten Beruf und die damit verbundene Lebensstellung.

- 15.4 Bei Hausfrauen und Hausmännern liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechenden) Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens 6 Monate ununterbrochen zu mind. 50% außerstande ist, ihre im heimischen Haushalt konkret wahrgenommenen Aufgaben und ausgeübten Tätigkeiten – so wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet waren – weiterhin wahrzunehmen und

auszuüben.

Artikel 16

Unter welchen Voraussetzungen wird die Leistung aufgrund Pflegebedürftigkeit erbracht?

- 16.1 Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechenden) Kräfteverfalls so hilflos ist, dass sie für die in Artikel 16.3 genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens, auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel, in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf.
- 16.2 Ist die versicherte Person mindestens 6 Monate ununterbrochen pflegebedürftig im Sinne dieser Bedingungen gewesen und deswegen täglich gepflegt worden, so wird dieser Zustand von Anfang an als Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen eingestuft.

- 16.3 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; der Versicherer leistet 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 benötigt, um sich an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortzubewegen.
- **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 bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufnehmen kann.
- **Waschen, Kämmen oder Rasieren** **1 Punkt**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Wannengriff oder einem Wannengriff – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person so waschen kann, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt oder wenn die versicherte Person von einer anderen Person 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 Hilfsmitteln wie Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor, solange die versicherte Person bei Verwendung dieser Hilfsmittel zur Verrichtung der Notdurft nicht auf die Hilfe einer anderen Person angewiesen ist.

16.4 Unabhängig von der Bewertung nach Artikel 16.3 liegt die Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung der Aufsicht und damit ständigen Bereitschaft von Pflegepersonal bedarf. Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit liegt unabhängig von der Bewertung nach Artikel 16.3 auch vor, wenn die versicherte Person dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann.

16.5 Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt auch bei zumindest mittelschwerer Demenz vor. Mittelschwere Demenz ist gegeben, wenn die versicherte Person voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen nicht mehr ohne fremde Hilfe zurechtkommt. Dies setzt den Verlust geistiger Fähigkeiten voraus, der sich auf das Denk-, Erkennungs-, Erinnerungs- und Orientierungsvermögen auswirkt.

16.6 Mittelschwere Demenz ist gegeben, wenn folgende Kriterien zutreffen:

- Kognitive Beeinträchtigungen: Einfache Tätigkeiten können selbstständig ausgeführt werden, komplexe Tätigkeiten werden nicht mehr vollständig oder angemessen ausgeführt.
- Lebensführung: Ein unabhängiges Leben ist nicht mehr möglich. Die versicherte Person ist auf fremde Hilfe angewiesen, eine selbstständige Lebensführung ist noch teilweise möglich.
- Benötigte Hilfe: ist notwendig, jedoch keine ununterbrochene Betreuung oder Beaufsichtigung.

Der Nachweis der mittelschweren Demenz hat nach dem Mini-Mental-Status-Test nach Folstein zu erfolgen. Bei einer Punktzahl von weniger als 18 Punkten liegt eine mittelschwere Demenz vor. Bei einem geringeren Grad der Demenz besteht kein Anspruch auf die Versicherungsleistung. Vergleichbare, medizinisch anerkannte Tests (z. B. DemTect) können ebenfalls berücksichtigt werden. Die Kosten für den Test trägt der Versicherungsnehmer.

16.7 Vorübergehende 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.

Artikel 17

Wer erhält die Versicherungsleistung?

17.1 Der Versicherungsnehmer bestimmt, wer bezugsberechtigt ist. Der Bezugsberechtigte erwirbt das Recht auf die Leistung mit Eintritt des Versicherungsfalles. Bis dahin kann der Versicherungsnehmer die Bezugsberechtigung jederzeit ändern. Änderung und Widerruf der Bezugsberechtigung müssen dem Versicherer durch Erklärung in geschriebener Form angezeigt werden.

17.2 Der Versicherungsnehmer kann auch bestimmen, dass der Bezugsberechtigte das Recht auf die künftige Leistung unwiderruflich und damit sofort erwerben soll. Dann kann das Bezugsrecht nur noch mit dessen Zustimmung geändert werden.

Artikel 18

Wo ist der Erfüllungsort der Versicherungsleistung?

Erfüllungsort für die Versicherungsleistung ist der Sitz des Versicherers.



Leistungsprüfung

Artikel 19

Was ist zu beachten, wenn die Versicherungsleistung beantragt wird (Anzeigepflichten)?

19.1 Zum Nachweis des Versicherungsfalles sind dem Versicherer bei Beantragung von Leistungen unverzüglich folgende Unterlagen zu übermitteln:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
- ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens und über den Umfang der Auswirkungen auf die Berufsfähigkeit bzw. die Pflegebedürftigkeit;
- Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen, darüber hinaus Informationen über die Ausbildung, Erfahrung und erworbenen beruflichen Fähigkeiten und Kenntnisse;
- bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art, Umfang und voraussichtliche Dauer der Pflege.

19.2 Die Kosten für die vorzulegenden Unterlagen sind vom Antragsteller zu tragen. Der Versicherer kann außerdem weitere medizinische und berufskundliche Auskünfte, Aufklärungen, Vor-Ort-Prüfungen und zusätzliche Untersuchungen sowie weitere notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen, wobei der Versicherer dazu entspre-



chende Gutachter, Ärzte und sachverständige Dienstleister einsetzen kann. Die Kosten werden vom Versicherer getragen.

Artikel 20

Welche Mitwirkungspflichten bestehen?

- 20.1 Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder Pflege war oder sein wird, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer, Sozialversicherungsträger und Behörden zu ermächtigen, dem Versicherer auf Verlangen Auskunft zu erteilen.
- 20.2 Die versicherte Person ist verpflichtet, zur Schadenminderung beizutragen und hat sich damit allen zumutbaren ärztlichen und medizinischen Maßnahmen zur Besserung oder Wiederherstellung der Gesundheit und damit zur Minderung der Berufsunfähigkeit zu unterziehen, sowie zumutbaren ärztlichen Anweisungen zur Besserung ihrer gesundheitlichen Verhältnisse Folge zu leisten.

Zumutbar sind allerdings nur Untersuchungen und Behandlungen, bei denen ein Schaden für Leben oder Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann, mit denen keine erheblichen Schmerzen verbunden sind und die keinen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten. Immer zumutbar sind damit Maßnahmen im Rahmen der medizinischen Grundversorgung (z. B. Blutkontrollen, das Einhalten von Diäten, Physiotherapie, Logopädie, Allergiebehandlung) und die Verwendung allgemein gebräuchlicher medizinisch-technischer Hilfsmittel (wie z. B. Prothesen, Seh- oder Hörhilfen oder Stützstrümpfe).

Nicht unter die Schadenminderungspflicht fallen operative Behandlungen, spezielle Therapien wie Chemo- oder Strahlentherapie oder medikamentöse Behandlungen, mit denen regelmäßig unangemessen hohe Nebenwirkungen einhergehen. Eine Ablehnung derartiger Maßnahmen hat keinen Einfluss auf die Leistungspflicht.

Artikel 21

Welche Folgen hat die Verletzung einer Anzeige- oder Mitwirkungspflicht?

- 21.1 Solange eine Anzeige- oder Mitwirkungspflicht vom Versicherungsnehmer, der versicherten Person oder dem Antragsteller vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht erfüllt wird, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht bleiben die Ansprüche aus der Versicherung jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ist.
- 21.2 Wird eine Anzeige- oder Mitwirkungspflicht verspätet erfüllt, ist der Versicherer ab Beginn des laufenden Monats nach Erfüllung nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet.

Artikel 22

Wie erfolgt die Erklärung über die Leistungspflicht?

- 22.1 Der Versicherer entscheidet nach Vorliegen aller für die Leistungsentscheidung erforderlichen Unterlagen (inklusive allfälliger Gutachten) so rasch wie möglich, spätestens jedoch nach 4 Wochen, ob und für welchen Zeitraum er eine Leistungspflicht anerkennt.

Grundsätzlich erfolgt die Entscheidung über die Leistungspflicht ohne zeitliche Befristung. In begründeten Einzelfällen kann der Versicherer einmalig ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis von bis zu 12 Monaten aussprechen. Im Interesse des Versicherungsnehmers sind auch darüberhinausgehende Dauern möglich. Nach Ablauf der Befristung prüft der Versicherer das Vorliegen bedingungsgemäßer Berufsunfähigkeit nach den Grundsätzen der Erstprüfung, sofern der Versicherungsnehmer eine erneute Prüfung beantragt. Die erforderlichen Unterlagen wird der Versicherer dann vom Versicherungsnehmer anfordern.

Während der Prüfung des Anspruchs auf Leistung aus der Berufsunfähigkeitsversicherung wird der Versicherer den Versicherungsnehmer jeweils innerhalb einer Frist von 4 Wochen nach Eingang von Unterlagen über erforderliche weitere Prüfungsschritte bzw. fehlende Unterlagen informieren.

- 22.2 Die Prüfung, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne des Artikels 14 ausübt, kann der Versicherer bei zeitlich befristeten Leistungsanerkennnissen zurückstellen und zu einem späteren Zeitpunkt nachholen.

Artikel 23

Was gilt bei Meinungsverschiedenheiten?

- 23.1 Wenn derjenige, der den Anspruch auf die Versicherungsleistung geltend macht, mit der Leistungsentscheidung (Artikel 22) nicht einverstanden ist, kann er ihn innerhalb von zwölf Monaten nach Zugang der Entscheidung gerichtlich geltend machen.
- 23.2 Lässt der Antragsteller die Zwölfmonatsfrist verstreichen, ohne dass er den Anspruch gerichtlich geltend macht, so sind weitergehende Ansprüche, als der Versicherer sie anerkannt hat, ausgeschlossen. Auf diese Rechtsfolge wird der Versicherer in der Erklärung nach Artikel 22 besonders hinweisen.

Artikel 24

Was ist hinsichtlich einer Nachprüfung der Berufsunfähigkeit zu beachten?

- 24.1 Nach Anerkennung oder Feststellung der Leistungspflicht ist der Versicherer berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit oder die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person nachzuprüfen. Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt nicht mehr vor, wenn die versicherte Person einen anderen Beruf konkret ausübt, der hinsichtlich - Ausbildung und Erfahrung, sowie



- der sozialen Wertschätzung und
 - des Einkommens
- mit der durch den vor Eintritt der Berufsunfähigkeit ausgeübten Beruf geprägten Lebensstellung vergleichbar ist. Dabei kann der Versicherer auch prüfen, ob die versicherte Person nach dem Eintritt ihrer Berufsunfähigkeit neue berufliche Kenntnisse und Fähigkeiten (z. B. durch Umschulung) erworben hat.

Hierbei berücksichtigt der Versicherer die Umstände des Einzelfalls. Sind diese Voraussetzungen erfüllt, ist es unerheblich, ob die Berufsunfähigkeit in dem früheren Beruf andauert.

- 24.2 Zur Nachprüfung kann der Versicherer auf seine Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch vom Versicherer zu beauftragende Ärzte verlangen. Artikel 19.2 gilt entsprechend.
- 24.3 **Nach Anerkennung oder Feststellung der Leistungspflicht ist die versicherte Person verpflichtet, dem Versicherer die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit unverzüglich mitzuteilen. Erfolgt diese Mitteilung verspätet, sind die zu Unrecht erbrachten Leistungen zurückzuzahlen.**
Wenn sich der Gesundheitszustand nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit bessert, muss die versicherte Person das dem Versicherer nicht mitteilen. Der Versicherer kann jedoch regelmäßig prüfen, ob die Voraussetzungen für die Leistungen noch vorliegen (siehe 24.1 und 24.2).
- 24.4 Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen oder hat sich ihr Grad auf weniger als 50 % vermindert, stellt der Versicherer die Leistungen ein. Die Einstellung teilt der Versicherer dem Versicherungsnehmer unter Hinweis auf seine Rechte aus Artikel 23 mit.
- 24.5 Liegt Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit vor und hat sich der Umfang des Pflegefalls insoweit geändert, dass die Voraussetzungen des Artikels 16.4 bzw. 16.6 nicht mehr gegeben sind, endet die Leistungspflicht.



Prämien, Kosten und Gebühren

Artikel 25

Wie werden Kosten verrechnet?

Die Prämie beinhaltet die Versicherungssteuer entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen sowie Abschlusskosten, Verwaltungskosten sowie die Risikoprämie zur Deckung des Berufsunfähigkeitsrisikos. Die Kostenbestandteile berücksichtigt der Versicherer bereits bei der Kalkulation der Prämien.

Artikel 26

Können die Prämien angehoben werden?

- 26.1 Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden und nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen und der daraus berechneten Prämie ist der Versicherer berechtigt, die Prämie ent-

sprechend den berechtigten Berechnungsgrundlagen neu festzusetzen. Die Prämienhöhung ist auf jenes Ausmaß beschränkt, das zur künftigen Befriedigung des Leistungsbedarfs erforderlich ist.

- 26.2 Maßgebende Umstände für die Änderung der Prämie (siehe Artikel 26.1) sind:
- Änderungen der durchschnittlichen Lebenserwartung
 - Änderungen der Inanspruchnahme von vertraglich vorgesehenen Leistungen (z. B. Häufigkeit, Höhe), bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten
- 26.3 Die Erklärung der Änderung der Prämie gemäß Artikel 26.2 wirkt erst ab dem der Absendung an den Versicherungsnehmer folgenden Monatsersten.
- 26.4 Erhöht der Versicherer die Prämie, so wird er dem Versicherungsnehmer auf Wunsch die Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungen anbieten. Auf dieses Recht wird der Versicherer den Versicherungsnehmer in seiner Benachrichtigung der erhöhten Prämien ausdrücklich hinweisen.

Artikel 27

Welche Leistungen sind gesondert zu bezahlen?

- 27.1 Bestimmte Leistungen sind in der Prämie nicht enthalten. Für diese durch den Versicherungsnehmer veranlassten Mehraufwendungen (siehe 27.2 und 27.3) verrechnet der Versicherer Gebühren.

Die aktuell gültigen Gebühren für diese Mehraufwendungen werden auf der Website www.generali.at veröffentlicht oder auf Wunsch zugeschickt.

- 27.2 Mit dem Prämieninkasso verbundene Mehraufwendungen sind beispielsweise:
- Mahnung,
 - Verständigung des Sicherstellungsgläubigers von der Mahnung,
 - Rückläufer im Einzugsermächtigungsverfahren.
- 27.3 Durch den Versicherungsnehmer veranlasste Mehraufwendungen im Rahmen der Vertragsführung sind beispielsweise:
- Ausstellen einer Duplikatspolizze,
 - Abschriften der Versicherungsurkunde,
 - Änderung der Zahlungsweise,
 - Bearbeitung einer Sicherstellung (Vinkulierung, Abtretung oder Verpfändung),
 - umfangreiche Vertragsbeauskunftungen.
- 27.4 Der Versicherer ist berechtigt, geringere als die festgelegten Gebühren zu verlangen, ohne dass dadurch das Recht verloren geht, für die Zukunft wieder die vollen Gebühren zu verlangen.



202317990101 11



Gewinnbeteiligung

Artikel 28

Wie ist die Gewinnbeteiligung geregelt?

28.1 Während der Prämienzahlung sind Berufsunfähigkeitsversicherungen gewinnbeteiligt. Der Gewinnbeteiligung für die Berufsunfähigkeitsversicherung, die sich aus dem Risiko- und Kostenverlauf ergibt, wird jährlich in Form einer Bonusgutschrift auf die Bruttoprämie Rechnung getragen. Die Bonusgutschrift gilt für das jeweils laufende Versicherungsjahr und ist für künftige Jahre nicht garantiert.

28.2 Während der Berufsunfähigkeit werden fällige Berufsunfähigkeitspensionen im Gewinnverband C erfasst. Wird eine Berufsunfähigkeitspension gezahlt, werden jährliche Gewinnanteile aus Überverzinsung jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres zugeteilt, erstmals, nachdem die Berufsunfähigkeitspension für ein volles Versicherungsjahr geleistet wurde. Die Zuteilung erfolgt im Verhältnis zu der am Ende des jeweils abgelaufenen Versicherungsjahres vorhandenen Deckungsrückstellung der gesamten Berufsunfähigkeitspension. Aus den Zuteilungen werden jeweils sofort beginnende zusätzliche Berufsunfähigkeitspensionen gebildet.



Änderungen während der Vertragslaufzeit

Artikel 29

Wie können die Leistungen des Versicherungsvertrages erhöht werden (Aufstockungsoption)?

29.1 Aufstockung aufgrund eines Ereignisses

Der Versicherungsnehmer hat nach den nachfolgenden Bestimmungen das Recht, die bei Vertragsabschluss vereinbarte Berufsunfähigkeitspension ereignisabhängig nach Eintritt eines der nachfolgend beschriebenen Ereignisse der versicherten Person, ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen:

- Heirat oder Eingehen einer eingetragenen Partnerschaft
- Scheidung bzw. Aufhebung einer eingetragenen Partnerschaft
- Tod des Ehepartners/eingetragenen Partners
- Geburt oder Adoption eines Kindes
- Baubeginn oder Kauf einer Wohnimmobilie durch die versicherte Person oder ihren Ehepartner bzw. eingetragenen Partner
- Erreichen eines Hochschul- oder Fachhochschulabschlusses
- Erfolgreiche Beendigung einer Berufsausbildung durch eine Lehrabschluss- oder Meisterprüfung
- Erhöhung des Jahresbruttoeinkommens aus nicht-selbständiger Tätigkeit von mindestens 20 % (dauerhaft und exklusiv variabler Gehaltsbestandteile) gegenüber dem Vorjahr
- Erhöhung des Einkommens der versicherten Person, die erstmalig zum Überschreiten der Höchstbemesungsgrundlage der gesetzlichen Pensionsversicherung führt,

- Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit in einem anerkannten Ausbildungsberuf oder einem Beruf, der eine Mitgliedschaft in einer Körperschaft öffentlichen Rechts erfordert und daraus das hauptsächliche Erwerbseinkommen erzielt wird.

Das Recht auf Erhöhung kann der Versicherungsnehmer innerhalb von 3 Monaten nach Eintritt des Ereignisses ausüben. Der Eintritt des Ereignisses ist innerhalb dieses Zeitraumes nachzuweisen. Der Versicherer schickt dem Versicherungsnehmer aufgrund des Nachweises einen Vorschlag mit den für die Erhöhung gültigen Konditionen.

29.2 Aufstockung ohne Anlass

Bis 5 Jahre nach Versicherungsbeginn und bis zur Vollendung des 37. Lebensjahres der versicherten Person hat der Versicherungsnehmer nach den nachfolgenden Bestimmungen einmalig das Recht, die bei Vertragsabschluss vereinbarte Berufsunfähigkeitspension ohne Anlass und ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen. Der Versicherer schickt dem Versicherungsnehmer in diesem Fall einen Vorschlag mit den für die Erhöhung gültigen Konditionen.

Beruhet der Vertrag auf einem Vorvertrag, wird die fünfjährige Frist ab dem Versicherungsbeginn des ursprünglichen Vertrages berechnet.

29.3 Mögliches Ausmaß der Erhöhung im Rahmen der Aufstockungsoption:

- Erhöhungen aus der Aufstockungsoption aufgrund eines Ereignisses können maximal 3 Mal in Anspruch genommen werden.
- Erhöhungen aus der Aufstockungsoption ohne einen Anlass kann einmalig in Anspruch genommen werden.
- Die jeweilige Erhöhung der Berufsunfähigkeitspension muss mindestens 50 Euro monatlich betragen.
- Die maximale Erhöhung je Ereignis ist auf 50 % der ursprünglich versicherten Berufsunfähigkeitspension (ohne etwaige vereinbarte Erhöhungen) beschränkt.
- Die Erhöhungen aller Aufstockungen dürfen insgesamt 100 % der ursprünglich versicherten Berufsunfähigkeitspension nicht überschreiten.

29.4 Ausschluss der Aufstockung:

Das Recht auf Aufstockung ohne erneute Gesundheitsprüfung kann nicht ausgeübt werden, wenn

- die ursprüngliche Berufsunfähigkeitsversicherung nicht zu normalen Bedingungen angenommen wurde (z. B. mit Prämienzuschlag, Leistungseinschränkung o. ä.),
- bei Aufstockung aufgrund eines Ereignisses die versicherte Person das 50. Lebensjahr vollendet hat,
- bei Aufstockung ohne Anlass die versicherte Person das 37. Lebensjahr vollendet hat,
- die verbleibende Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeitsversicherung weniger als 5 Jahre beträgt,
- bereits Berufsunfähigkeit eingetreten ist oder Leistungen aus einer Berufsunfähigkeitsversicherung beantragt wurden,
- die jährliche Berufsunfähigkeitspension aus allen beim Versicherer bestehenden Verträgen mehr als 24.000 Euro beträgt oder
- zum Zeitpunkt der möglichen Aufstockung eine Vertragshilfe gemäß Artikel 31 in Anspruch genommen wird.



202317990101 11

Generali Versicherung AG, Aktiengesellschaft mit Sitz in Wien, Firmenbuch HG Wien: FN 38641a, UID-Nr. ATU 36872407, generali.at. Die Gesellschaft gehört zur Unternehmensgruppe der Assicurazioni Generali S.p.A., Triest, eingetragen im Versicherungsgruppenregister der IVASS unter der Nummer 026. Unser **Informationsblatt zur Datenverarbeitung** ist unter [generali.at/datenschutz](https://www.generali.at/datenschutz) abrufbar oder kann beim Generali Kundenservice angefordert werden.

- 29.5 Die Höhe der gesamten Berufsunfähigkeitspension (inklusive jener von anderen Versicherungsunternehmen) darf nach der Aufstockung maximal 60 % des vorjährigen Bruttoeinkommens der versicherten Person betragen. Der Versicherer kann Unterlagen für die Prüfung der Voraussetzungen verlangen.
- 29.6 Die zusätzliche Prämie für die Erhöhung der Berufsunfähigkeitspension errechnet sich nach dem zum Erhöhungstermin erreichten rechnungsmäßigen Alter der versicherten Person und der restlichen Prämienzahlungsdauer.
- 29.7 Die Erhöhung des Versicherungsschutzes wird mit der nächsten Prämienzahlung nach Antragstellung in geschriebener Form, bei der Aufstockung aufgrund eines Ereignisses erst nach Vorliegen der entsprechenden Nachweise vorgenommen.

Artikel 30

Wie kann der Versicherungsnehmer die Laufzeit des Versicherungsvertrags verlängern?

- 30.1 Wird für den Geburtsjahrgang, dem die versicherte Person angehört, die Regelaltersgrenze in der Österreichischen Pensionsversicherung erhöht, kann der Versicherungsnehmer einmalig eine Verlängerung der Versicherungsdauer des Vertrags ohne erneute Gesundheitsprüfung verlangen. Dabei wird die Versicherungsdauer um die gleiche Zeitspanne, kaufmännisch gerundet auf volle Jahre verlängert, wie die Regelaltersgrenze für das betroffene Geburtsjahr erhöht wurde, maximal jedoch bis zur Vollendung des 68. Lebensjahres der versicherten Person.
- 30.2 Voraussetzungen
Der Versicherungsnehmer kann die Verlängerung unter folgenden Voraussetzungen beantragen:
- Der Versicherungsnehmer verlangt die Verlängerung der Versicherungsdauer innerhalb von 12 Monaten nach Inkrafttreten der gesetzlichen Änderung zur Erhöhung der Regelaltersgrenze in der Österreichischen Pensionsversicherung.
 - Die versicherte Person darf bei der Verlängerung der Versicherungsdauer höchstens 50 Jahre alt sein.
 - Bei der Versicherung ist die Versicherungsdauer mindestens bis zum Endalter von 63 Jahren vereinbart.
 - Die Prämienzahlung ist während der vereinbarten Prämienzahlungsdauer aufrecht.
- Der Versicherungsnehmer kann die Verlängerung nicht in Anspruch nehmen,
- während der Laufzeit einer Vertragshilfe (siehe Artikel 31)
 - Zum Zeitpunkt der Beantragung darf nicht bereits eine Berufsunfähigkeit der versicherten Person eingetreten sein bzw. es dürfen während der Vertragslaufzeit keine Leistungen aus dem Vertrag bezogen worden sein.
- 30.3 Der Versicherer schickt dem Versicherungsnehmer auf dessen Wunsch einen Vorschlag mit den für die Verlängerung gültigen Konditionen.

Artikel 31

Was ist die Vertragshilfe?

Der Versicherungsnehmer kann nach Ablauf des ersten Versicherungsjahres die Reduktion der Berufsunfähigkeitspension auf die jeweils gültige Mindesthöhe beantragen. Während der Vertragslaufzeit kann die Vertragshilfe für höchstens 24 Monate in Anspruch genommen werden.

Dabei wird für die Dauer der Vertragshilfe die Prämienzahlung auf die geminderte Pensionshöhe reduziert. Nach Ablauf der Vertragshilfe wird der Vertrag auf die Pensionshöhe vor der Vertragshilfe ohne neuerliche Gesundheits- und Berufsprüfung angehoben. Die Prämie wird unter Berücksichtigung der reduzierten Prämienleistung während der Vertragshilfe auf Basis der dem Vertrag zugrunde liegenden Tarif- und Vertragsgrundlagen neu berechnet und entsprechend erhöht.

Die Vertragshilfe kann der Versicherungsnehmer mit einer Frist von 2 Wochen zum nächsten Monatsersten in geschriebener Form beantragen.



Kündigung (Rückkauf) und Prämienfreistellung

Artikel 32

Wie sind die Kündigung (= Rückkauf) und die Prämienfreistellung geregelt?

- 32.1 Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsvertrag durch Erklärung in geschriebener Form kündigen oder prämienfrei stellen:
- jederzeit mit Wirkung zum Schluss des laufenden Versicherungsjahres,
 - innerhalb eines Versicherungsjahres mit 3-monatiger Frist mit Wirkung zum Monatsende,
 - frühestens jedoch mit Wirkung zum Ende des ersten Versicherungsjahres.
- 32.2 Im Falle der Kündigung erlischt der Versicherungsschutz mit Ende der Kündigungsfrist. Sofern ein Rückkaufswert vorhanden ist, wird dieser ausbezahlt.
- 32.3 Im Falle einer Prämienfreistellung erhält der Versicherungsnehmer eine neue Polizza mit der angepassten Versicherungsleistung, sofern ein prämienfreier Wert vorhanden ist. Die daraus resultierende Jahrespension bei Berufsunfähigkeit darf 180 Euro nicht unterschreiten, andernfalls wird der Vertrag rückgekauft und der Rückkaufswert (siehe 32.2) ausbezahlt.



Allgemeine Informationen

Artikel 33

Wie ist die Besteuerung geregelt und wie wirken sich ausländische Vorschriften aus?

- 33.1 Sämtliche Berechnungen und Darstellungen in den Unterlagen für den Versicherungsvertrag beruhen auf der Steuergesetzgebung, Rechtsprechung und Verwal-



tungspraxis der Steuerbehörden zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses; eine künftige Änderung dieser steuerlichen Rahmenbedingungen kann eine Verminderung der Versicherungsleistung oder eine andere Besteuerung des Versicherungsvertrages zur Folge haben.

Versicherungsleistungen in Rentenform sind bei Zufluss der Renten unter bestimmten Voraussetzungen einkommenssteuerpflichtig. Die jeweilige abgabenrechtliche Behandlung hängt von den persönlichen Verhältnissen des Kunden ab und kann künftigen Änderungen unterworfen sein. Für weitergehende Informationen wenden Sie sich bitte an Ihren Steuerberater.

33.2 Wenn und insoweit die Gefahr einer Haftung für Steuern durch den Versicherer besteht, ist der Versicherer berechtigt, den entsprechenden Teil der Versicherungsleistung bis zum Wegfall der Gefahr einzubehalten oder an die jeweils zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden abzuführen.

33.3 Der Versicherer ist nicht verpflichtet, Kosten des Leistungsempfängers, die zur Erlangung einer allfälligen Rückerstattung der abgeführten Beträge von Steuerbehörden anfallen, zu ersetzen.

Artikel 34 **Was bestimmt das Bundesbehindertengleichstellungsgesetz?**

34.1 Der Antragsteller bzw. der Versicherungsnehmer kann die Bekanntgabe der Gründe für eine risikobedingte Ablehnung oder Vereinbarung eines Prämienzuschlags, eines Risikoausschlusses, einer Verminderung der Leistung oder einer Wartefrist verlangen, sofern er einen Nachweis für das Vorliegen einer Behinderung bei der zu versichernden Person erbringt (z. B. durch einen gültigen Behindertenpass des Bundessozialamts oder einen gültigen Einstellungsschein gemäß Behinderteneinstellungsgesetz).

34.2 Ist der Antragsteller bzw. der Versicherungsnehmer mit der zu versichernden Person nicht ident, muss diese der Übermittlung ihrer personenbezogenen Gesundheitsdaten zustimmen.

Artikel 35 **Was regelt die Zinszusatzrückstellung?**

Angesichts bestehender Zinsverpflichtungen können Lebensversicherer gemäß § 3 Versicherungsunternehmen-Höchstzinssatzverordnung (VU-HZV), BGBl II Nr. 299/2015 dazu verpflichtet sein, Rückstellungen für Verträge mit Garantien zu bilden, um deren jederzeitige Erfüllbarkeit sicherzustellen. Bei dieser Zinszusatzrückstellung handelt es sich um eine Pauschalrückstellung, die in der Bilanz für das jeweils laufende Geschäftsjahr als Deckungsrückstellung ausgewiesen und nicht dem Deckungskapital der einzelnen Versicherungsverträge zugerechnet wird.

Die Höhe der Rückstellung hängt grundsätzlich von der Zinsentwicklung auf den Kapitalmärkten sowie den Garantiezinsen ab und wird entsprechend der in der Versicherungs-

unternehmen-Höchstzinssatzverordnung (VUHZV) festgelegten Berechnungsmethode ermittelt.

Zur Sicherstellung und Durchführung einer ausreichenden Dotierung der Zinszusatzrückstellung kann gemäß § 4 Abs 3 Z 3 Lebensversicherung-Gewinnbeteiligungsverordnung (LVGBV), bei der Ermittlung der Bemessungsgrundlage für die Mindestgewinnbeteiligung ein begrenzter Betrag in Abzug gebracht werden, wodurch eine Minderung Ihrer Gewinnbeteiligung möglich ist.

Im Falle einer Reduktion des Rückstellungserfordernisses kann es zu einer zumindest teilweisen Auflösung der Zinszusatzrückstellung kommen, die gemäß § 4 Abs 2 Lebensversicherung-Gewinnbeteiligungsverordnung (LV-GBV) in Form der Gewinnbeteiligung den Versicherungsnehmern zu Gute kommt.

Artikel 36 **Wie funktioniert der Deckungsstock als Sicherungssystem?**

Um die dauernde Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen zu gewährleisten, hat der Versicherer für die Deckung dieser Verpflichtungen ein eigenes Sondervermögen (Deckungsstock) getrennt vom übrigen Vermögen zu bilden. Die Veranlagung dieses Sondervermögens entspricht den Vorgaben der Kapitalanlage-Verordnung. Über das Sondervermögen wacht ein unabhängiger, von der Finanzmarktaufsicht bestellter Treuhänder.

Die Führung des Deckungsstocks als Sondervermögen ist ein Sicherungssystem: Eine Exekution auf Werte des Deckungsstocks darf nur zugunsten einer Versicherungsforderung (direktes Klagerecht aufgrund eines Versicherungsvertrages) geführt werden. Im Falle des Konkurses des Versicherers bildet der Deckungsstock eine Sondermasse, aus der primär sämtliche Forderungen aus Versicherungsleistungen befriedigt werden.

Artikel 37 **Wo befindet sich der Solvenzbericht?**

Der Bericht über die Solvabilität und Finanzlage gemäß § 241 Versicherungsaufsichtsgesetz ist ab der erstmaligen Veröffentlichung 2017 auf unserer Website unter <https://www.generali.at/ueber-uns/unternehmen/generali-in-zahlen/> abrufbar.



Wertsteigerung (Leistungsdynamik)

Nachstehende Leistungsbeschreibungen gelten nur dann, wenn in der Polizza eine der in Artikel 38 beschriebenen Leistungsdynamiken eingeschlossen ist.

Artikel 38 **Welche Arten der Wertsteigerung gibt es?**

38.1 **Leistungsdynamik während der Prämienzahlungsdauer**
Die Leistungsdynamik während der Prämienzahlungsdauer bewirkt, dass die Berufsunfähigkeitspension jährlich um den im Versicherungsvertrag vereinbarten Prozentsatz erhöht wird, solange Prämien bezahlt werden.



Daraus ergibt sich eine entsprechende Erhöhung der Prämien und eine Erhöhung der vereinbarten Berufsunfähigkeitspension.

Es erfolgt keine Erhöhung der Berufsunfähigkeitspension in Zeiträumen, in denen eine Leistung aus dem Vertrag bezogen wird.

38.2 **Leistungsdynamik während einer Berufsunfähigkeit**

Die Leistungsdynamik während der Dauer einer Berufsunfähigkeit bewirkt, dass die Berufsunfähigkeitspension bei Eintritt der Leistungspflicht (Berufsunfähigkeit) jährlich um den im Versicherungsvertrag vereinbarten Prozentsatz erhöht wird. Jede Leistungspflicht aufgrund Berufsunfähigkeit startet mit der vertraglich vereinbarten Berufsunfähigkeitspension.

38.3 **Leistungsdynamik während Prämienzahlungsdauer und während Berufsunfähigkeit**

Diese Leistungsdynamik bewirkt, dass die Berufsunfähigkeitspension sowohl während der Prämienzahlungsdauer als auch während Berufsunfähigkeit jährlich um den im Versicherungsvertrag vereinbarten Prozentsatz erhöht wird.

Daraus ergibt sich eine entsprechende Erhöhung der Prämien und eine Erhöhung der vereinbarten Berufsunfähigkeitspension.

Artikel 39

Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Versicherungsleistung?

Die Berufsunfähigkeitspension erhöht sich um den im Versicherungsvertrag vereinbarten Prozentsatz ohne erneute Gesundheitsprüfung.

Artikel 40

Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Prämien und Versicherungsleistung?

Die Erhöhungen der Prämien und/oder der Versicherungsleistungen erfolgen jeweils zum Jahrestag des Versicherungsbeginnes. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

Artikel 41

Wonach errechnet sich die erhöhte Versicherungsprämie?

Die Versicherungsprämie wird nach Maßgabe des abgeschlossenen Tarifes und des Alters der versicherten Person zum Zeitpunkt der Erhöhung und der Versicherungsdauer vom Erhöhungszeitpunkt bis zum Vertragsablauf berechnet. Das bedeutet, dass durch das erhöhte Eintrittsalter und die kürzere Restlaufzeit die Prämie in einem anderen Verhältnis als die Versicherungsleistung angehoben wird.

Artikel 42

Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistung?

Alle im Rahmen des Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Bestimmungen der Versiche-

rungsbedingungen über Rückkauf, prämienfreie Versicherung und Gewinnbeteiligung gelten auch für die durch die Wertsteigerungsklausel Leistungsdynamik erhöhten Versicherungsleistungen.

Artikel 43

Wann endet die planmäßige Erhöhung der Versicherungsleistung?

43.1 Befristung: Die letzte Erhöhung erfolgt spätestens ein Jahr vor Ablauf der Prämienzahlungsdauer.

43.2 Kündigung: Die Leistungsdynamik kann durch den Versicherungsnehmer jederzeit durch Erklärung in geschriebener Form gekündigt werden. Sie erlischt ferner, wenn der Versicherungsvertrag ganz gekündigt bzw. die Prämienzahlung durch den Versicherungsnehmer eingestellt und der Vertrag in einen prämienfreien umgewandelt wird.

