

BEDINGUNGEN UND INFORMATIONEN

RISIKOVERSICHERUNG / BEDR18

**BEDINGUNGEN / STEUER-INFORMATIONEN / LEXIKON /
MERKBLATT ZUR ANZEIGEPFLICHTVERLETZUNG**

STAND 01/2018

INHALTSVERZEICHNIS

WICHTIGE INFORMATION: Merkblatt zur Anzeigepflichtverletzung / ANZ17	1
Kleines Lexikon der Versicherungsbegriffe / LEX18	2
Allgemeine Bedingungen für die Lebensversicherung / ALB17	3 – 8
Besondere Bedingungen für die Risikoversicherung / T16A	9 – 13
Besondere Bedingungen für Dynamik bei Risikoversicherungen / TD18	14
Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / BZ17	15 – 19
Besondere Bedingungen für die Unfalltod-Zusatzversicherung / UZ18	20 – 21
Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz / WV17	22 – 23
Steuern und Lebensversicherung / STR01/18	24

MERKBLATT ZUR ANZEIGEPFLICHTVERLETZUNG

MITTEILUNG NACH § 19 ABS. 5 VVG ÜBER DIE FOLGEN EINER VERLETZUNG DER GESETZLICHEN ANZEIGEPFLICHT

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie keine oder nur geringe Bedeutung beimessen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den gesetzlichen Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen (z. B. Risikoausschluss oder Beitragszuschlag), geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht, unrichtig oder unvollständig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Zusätzlich haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufswertes.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen (Risikoausschluss oder Beitragszuschlag, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen (z. B. Risikoausschluss oder Beitragszuschlag), geschlossen hätten, werden diese auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Dies kann bei einem rückwirkenden Risikoausschluss zur Leistungsfreiheit auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle führen. Bei einer schuldlosen Verletzung der Anzeigepflicht verzichten wir auf unser Recht zur Vertragsänderung.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur 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 der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

KLEINES LEXIKON DER VERSICHERUNGSBEGRIFFE

Beitragsfreie Versicherung:

Eine Versicherung, für die keine Beiträge mehr zu zahlen sind, z. B. bei gezahltem Einmalbeitrag oder bei Umwandlung einer Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit entsprechender Reduzierung der Versicherungssumme.

Beitragszahler:

Grundsätzlich zahlt der Versicherungsnehmer die Beiträge. Zahlt eine dritte Person die Beiträge, erwirbt diese hierdurch keine Rechte aus dem Versicherungsvertrag. Bei steuerlich geförderten Verträgen (Riester- und Basisrente) ist eine Zahlung des Beitrags durch Dritte nicht möglich.

Beitragszahlungsdauer:

Der Zeitraum, für den Beiträge zu zahlen sind.

Bewertungsreserven:

Der Wert, der entsteht, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Buchwert liegt.

Bezugsrecht:

Das vom Versicherungsnehmer durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Versicherer einem anderen eingeräumte Recht, über die fällige Versicherungsleistung zu verfügen. In der Regel kann das Bezugsrecht bis zum Eintritt des Versicherungsfalles widerrufen werden (**widerrufliches Bezugsrecht**), falls nicht der Versicherungsnehmer bei der Bestellung erklärt hat, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich das Bezugsrecht erwerben soll (**unwiderrufliches Bezugsrecht**). Der unwiderruflich Bezugsberechtigte erhält eine so starke Vermögensposition, dass er bei einer Kündigung durch den Versicherungsnehmer den Rückkaufswert erhält. Im Todesfall erwirbt der Bezugsberechtigte die Versicherungsleistung direkt und nicht über den Nachlass, so dass sich ein Erbschein erübrigt. Bei steuerlich geförderten Verträgen (Riester- und Basisrente) darf nicht jeder beliebige Dritte ein Bezugsrecht erhalten, da nach den einschlägigen steuerlichen Vorschriften nur bestimmte, dem Versicherungsnehmer nahestehende Personen benannt werden dürfen.

Deckungskapital:

Das Deckungskapital der Versicherung entspricht bei Kapital- und Rentenversicherungen dem Kapital, das sich über Sparbeiträge und Zinsen ansammelt.

Direktversicherung:

Schließt der Arbeitgeber für seine Mitarbeiter eine Lebensversicherung ab, wobei Letztere direkt bezugsberechtigt sind, spricht man von einer Direktversicherung. Der Arbeitgeber ist in diesem Fall Versicherungsnehmer, der Mitarbeiter versicherte Person und Bezugsberechtigter.

Einlösungsbeitrag:

Der erste zu zahlende Beitrag. Seine Zahlung ist eine Voraussetzung für den Beginn des Versicherungsschutzes.

Einmalbeitrag:

Der Beitrag wird für die gesamte Versicherungsdauer im Voraus entrichtet.

Rechnungsgrundlagen:

Diese sind die Grundlagen für die Kalkulation Ihres Vertrages. In der Regel sind dies die Annahmen zur Entwicklung der versicherten Risiken, der Zinsen und der Kosten.

Rechnungszins:

Der Rechnungszins ist die garantierte Verzinsung des Deckungskapitals.

Rentengarantiezeit:

Der Zeitraum, für den die vereinbarte Rente ab Rentenzahlungsbeginn in jedem Fall gezahlt wird, auch wenn die versicherte Person vorher stirbt.

Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB):

Ein Posten in der Bilanz eines Versicherungsunternehmens, der die Beträge umfasst, die grundsätzlich für die Ausschüttung an die Versicherungsnehmer reserviert sind.

Schriftform:

Schriftform bedeutet grundsätzlich, dass für eine Erklärung ein eigenhändig unterzeichnetes Schriftstück erforderlich ist. Dies dient der Rechtssicherheit aller am Versicherungsvertrag Beteiligten.

Sterbetafel:

Sie beziffert Sterbewahrscheinlichkeiten, die zur Kalkulation von Versicherungstarifen verwendet werden.

Tarifbeitrag:

Der Beitrag, der für den jeweiligen Tarif kalkuliert wurde und höchstens vom Versicherungsnehmer zu zahlen ist. Solange erwirtschaftete Gewinne dem Vertrag sofort gutgeschrieben werden, reduziert sich der Tarifbeitrag entsprechend und es ist nur der Zahlbeitrag zu zahlen.

Textform:

Eine Erklärung kann per Brief, Fax oder E-Mail abgegeben werden.

Versicherte Person (Versicherter):

Auf ihr Leben wird die Versicherung abgeschlossen. Nach ihren Risikomerkmale wie z. B. Alter oder Beruf bestimmen sich Beitragshöhe und Versicherungsleistung. Je nach Tarif wird bei Tod, Erleben des Vertragsablaufs oder des Rentenbeginns bzw. Berufs-/Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person die Versicherungsleistung fällig.

Versicherungsdauer:

Der Zeitraum, innerhalb dessen der Versicherungsfall eintreten muss, damit ein Anspruch auf Leistungen entstehen kann.

Versicherungsfall:

Versicherungsfälle sind je nach Tarif Ablauf des Vertrags, Erleben des Rentenbeginns, Tod des Versicherten oder Berufs-/Erwerbsunfähigkeit. Der Eintritt des Versicherungsfalles ist eine Voraussetzung für die Auszahlung der Versicherungsleistung.

Versicherungsnehmer:

Der Versicherungsnehmer ist unser Vertragspartner des Versicherungsvertrages. Er hat die Pflicht zur Beitragszahlung und den Anspruch auf die Versicherungsleistung, sofern er diese nicht jemand anderem zukommen lässt (durch Abtretung, Verpfändung oder Bestellung eines Bezugsrechts).

Versicherungsperiode:

Die Versicherungsperiode umfasst bei einmaliger und jährlicher Beitragszahlung ein Versicherungsjahr, bei unterjährlicher Beitragszahlung entsprechend der vereinbarten Zahlungsweise ein halbes Jahr, ein Vierteljahr oder einen Monat.

Versicherungsschein (Police):

Urkunde über den Versicherungsvertrag, die alle wesentlichen Vertragsdaten enthält. Er ist bei Geltendmachung der Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag zu übergeben. Da wir den Inhaber des Versicherungsscheins nach den Versicherungsbedingungen als anspruchsberechtigt ansehen können, sollte der Versicherungsschein sorgfältig aufbewahrt werden, um nicht in unbefugte Hände zu gelangen. Die Abtretung und Verpfändung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag z. B. an eine Bank erfolgt regelmäßig unter Übergabe des Versicherungsscheins.

Versicherungssumme:

Der vertraglich vereinbarte, im Versicherungsschein ausgewiesene Geldbetrag, der im Versicherungsfall zur Auszahlung kommen soll. Die Versicherungssumme ist garantiert.

Wahrscheinlichkeitstafel:

Sie beziffert Invalidisierungswahrscheinlichkeiten, die zur Kalkulation von Versicherungstarifen verwendet werden.

Zahlbeitrag:

Der Beitrag, der vom Versicherungsnehmer tatsächlich zu zahlen ist, solange erwirtschaftete Gewinne dem Vertrag sofort gutgeschrieben werden. Der Zahlbeitrag ergibt sich aus dem Tarifbeitrag abzgl. erwirtschafteter Gewinne.

Abkürzungen:

VAG = Versicherungsaufsichtsgesetz

VVG = Versicherungsvertragsgesetz

ALLGEMEINE BEDINGUNGEN FÜR DIE LEBENSVERSICHERUNG / ALB17

Inhalt

- § 1 Wie kommt der Vertrag zustande und wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?
- § 2 Bis wann können Sie Ihre Vertragserklärung widerrufen?
- § 3 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?
- § 4 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen (Verzug) und welche Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?
- § 5 Wann können Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen und welche Leistungen erbringen wir?
- § 6 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
- § 7 Was gilt bei Wehrdienst, Unruhen oder Krieg bzw. Freisetzen von ABC-Waffen/-Stoffen?
- § 8 Was gilt bei Selbsttötung oder Tötung des Versicherten?
- § 9 Was ist bei Fälligkeit der Versicherungsleistung zu beachten?
- § 10 Wo sind die vertraglichen Leistungen zu erfüllen?

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde!

Als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner; für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Allgemeinen Bedingungen sowie die jeweiligen Besonderen Bedingungen.

§ 1 Wie kommt der Vertrag zustande und wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Der Vertrag kommt zustande durch Annahme des Antrags. Ihr weltweiter Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie den Vertrag mit uns abgeschlossen haben. Jedoch besteht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn kein Versicherungsschutz. Allerdings kann unsere Leistungspflicht entfallen, wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen (vgl. § 3 Abs. 5 und § 4).

§ 2 Bis wann können Sie Ihre Vertragserklärung widerrufen?

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen nach Zugang der Vertragsunterlagen durch eine Erklärung in Textform uns gegenüber widerrufen. Über die Einzelheiten Ihres Widerrufsrechts informieren wir Sie in der Verbraucherinformation und im Versicherungsschein.

§ 3 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

(1) Die von Ihnen zu zahlenden Beiträge entsprechen inhaltlich den Prämien im Sinne von § 1 VVG. Die Beiträge zu Ihrer Lebensversicherung können Sie je nach Vereinbarung in einem einzigen Betrag (Einmalbeitrag) oder durch laufende Beitragszahlungen entrichten. Die Beiträge werden zu Beginn einer jeden Versicherungsperiode fällig. Die Versicherungsperiode umfasst bei einmaliger und jährlicher Beitragszahlung ein Versicherungsjahr, bei unterjährlicher Beitragszahlung entsprechend der vereinbarten Zahlungsweise ein halbes Jahr, ein Vierteljahr oder einen Monat.

(2) Die Beiträge können wir unter anderem deswegen so günstig kalkulieren, weil die Beitragszahlung im kostengünstigen Lastschriftverfahren erfolgt. Zur Durchführung des hierzu notwendigen SEPA-Basis-Lastschriftverfahrens sind Sie verpflichtet, uns ein SEPA-Lastschriftmandat zu erteilen. Darin ermächtigen Sie uns, die fälligen Beiträge von Ihrem angegebenen Konto einzuziehen und weisen zugleich Ihre Bank an, die Lastschriften einzulösen. Soweit Sie uns das SEPA-Lastschriftmandat bei Antragstellung noch nicht in Papierform erteilt haben, müssen Sie dies auf unser Verlangen unverzüglich nachholen. Zahlt ein Dritter die Beiträge für Sie, müssen Sie auf unser Verlangen von dem Dritten das SEPA-Lastschriftmandat in Papierform beibringen.

- § 11 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?
- § 12 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens und welche sonstigen Mitteilungspflichten bestehen?
- § 13 Wer erhält die Versicherungsleistung?
- § 14 Welche Kosten sind im Beitrag enthalten und was stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?
- § 15 Wo ist der Gerichtsstand?
- § 16 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?
- § 17 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt und wie erfahren Sie den Wert Ihrer Versicherung?
- § 18 Was gilt bei Sanktionen und Embargos?
- § 19 Was gilt bei Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen?

(3) Nach Vereinbarung können Sie die Beiträge jährlich, halbjährlich, vierteljährlich oder monatlich zahlen.

(4) Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

(5) Den ersten Beitrag oder den Einmalbeitrag (Einlösungsbeitrag) müssen Sie unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) nach Abschluss des Vertrages zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind jeweils zum vereinbarten Fälligkeitstag ohne besondere Aufforderung an uns zu zahlen. Wenn Sie den Beitrag nicht unverzüglich zur Fälligkeit zahlen und Sie dies zu vertreten haben, geraten Sie in Verzug. In diesem Fall sind wir berechtigt, Ihnen Mahnkosten und einen eventuell weitergehenden Schaden zu berechnen. Ist der Einzug der Beiträge im Lastschriftverfahren vereinbart und kann ein Beitrag aus Gründen, die Sie zu vertreten haben (z. B. bei nicht ausreichender Deckung auf Ihrem Konto), nicht fristgerecht eingezogen werden oder widersprechen Sie einer berechtigten Einziehung von Ihrem Konto, so geraten Sie ebenfalls in Verzug, und wir können Ihnen auch die daraus entstehenden Kosten in Rechnung stellen. Wir sind zu weiteren Abbuchungsversuchen berechtigt, aber nicht verpflichtet.

(6) Sie können die Stundung der Beiträge für eine Dauer bis zu achtzehn Monaten gegen Zahlung eines Stundungszinses verlangen. Zum Ende des Stundungszeitraums können Sie die gestundeten Beiträge zuzüglich der Zinsen nachzahlen oder wahlweise durch eine Vertragsänderung oder – soweit vorhanden – durch eine Verrechnung mit dem Guthaben oder den zugewiesenen Überschüssen tilgen.

§ 4 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen (Verzug) und welche Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?

Rechtzeitigkeit

(1) Sie haben den Beitrag rechtzeitig gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag 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 § 3 Abs.5 genannten Termin eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnten wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer 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.

Einlösungsbeitrag

(2) Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, so können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Vertrag zurücktreten. In diesem Fall können wir von Ihnen die Kosten für ärztliche Untersuchungen im Rahmen einer Gesundheitsprüfung verlangen. Wir sind nicht zum Rücktritt berechtigt, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben. Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie das Ausbleiben der 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, so erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung gesetzten Frist von mindestens zwei Wochen, entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen. Nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn Sie sich noch immer mit den Beiträgen, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Sie wird dann automatisch mit Ablauf der Frist wirksam, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt noch immer mit der Zahlung in Verzug sind. Auf diese Rechtsfolge müssen wir Sie ebenfalls hinweisen. Sie können den angeforderten Betrag auch dann noch nachzahlen, wenn unsere Kündigung wirksam geworden ist. Die Nachzahlung kann nur innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf erfolgen. Zahlen Sie innerhalb dieses Zeitraums, wird die Kündigung unwirksam, und der Vertrag besteht fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Zahlung eintreten, besteht kein oder nur ein verminderter Versicherungsschutz.

Möglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten

(4) Wichtige Gründe, z. B. Krankheit oder Arbeitslosigkeit, können dazu führen, dass Sie eine Zeit lang die Beiträge für Ihren Versicherungsvertrag nicht mehr aufbringen können. In diesem Fall gibt es grundsätzlich (je nach Tarif) mehrere Möglichkeiten, die Ihnen die Fortführung des Versicherungsschutzes erleichtern können wie z. B. Stundung, Beitragsfreistellung, Verrechnung mit vorhandenen Vertragsguthaben oder verschiedene Formen der Vertragsänderung. Einzelheiten hierzu finden Sie auch in diesen und den anderen für Ihren Vertrag geltenden Versicherungsbedingungen. Für weitere Auskünfte stehen wir Ihnen schriftlich oder telefonisch gern zur Verfügung, um dann gemeinsam die für Ihren Vertrag möglichen Wege zu erörtern. Falls Sie von uns eine Mahnung erhalten, übersenden wir Ihnen zusätzlich unsere Information zur Überbrückung von Zahlungsschwierigkeiten.

§ 5 Wann können Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen und welche Leistungen erbringen wir?

Kündigung

(1) Sie können Ihre Versicherung ganz oder teilweise jederzeit in Textform zum Schluss des laufenden Monats kündigen. Wenn Sie Ihren Vertrag kündigen, kann das für Sie Nachteile haben. Der Rückkaufswert erreicht in der Anfangszeit Ihrer Ver-

sicherung noch nicht unbedingt die Summe der eingezahlten Beiträge. Die Einzelheiten und die Voraussetzungen für eine Auszahlung bei Kündigung sind in den jeweiligen Besonderen Bedingungen geregelt.

Auszahlung des Rückkaufswertes

(2) Nach § 169 VVG haben wir den Rückkaufswert zu erstatten. Er ist das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation zum Wirksamkeitszeitpunkt der Kündigung berechnete Deckungskapital der Versicherung. Beitragsrückstände werden von dem Rückkaufswert abgezogen.

(3) Wir sind nach § 169 Abs. 6 VVG berechtigt, den nach Absatz 2 Satz 1 bis 2 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.

(4) Zusätzlich zahlen wir die Ihrem Vertrag bereits zugeteilten Überschussanteile aus, soweit sie nicht bereits in dem nach den Absätzen 2 und 3 berechneten Rückkaufswert enthalten sind, sowie einen Schlussüberschussanteil, soweit ein solcher für den Fall einer Kündigung vorgesehen ist. Außerdem erhöht sich der Auszahlungsbetrag ggf. um die Ihrer Versicherung gemäß § 17 zugeteilten Bewertungsreserven.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

(5) Anstelle einer Kündigung nach Absatz 1 können Sie unter Beachtung der dort genannten Termine und Fristen in Textform verlangen, ganz oder teilweise von Ihrer Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Fall setzen wir die Versicherungssumme ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Summe herab, die nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik zum Wirksamkeitszeitpunkt der Beitragsfreistellung unter Zugrundelegung des Rückkaufswertes nach Absatz 2 Satz 1 bis 2 errechnet wird. Der aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Summe zur Verfügung stehende Betrag mindert sich um rückständige Beiträge. Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung stehen noch nicht unbedingt Mittel in Höhe der eingezahlten Beiträge für die Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme zur Verfügung. Die Voraussetzungen und die Folgen einer Umwandlung sind in den jeweiligen Besonderen Bedingungen geregelt. Nach jeder Beitragsfreistellung können Sie innerhalb eines Jahres die Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung wiederherstellen lassen.

Keine Beitragsrückzahlung

(6) Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

§ 6 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

(1) Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung in Textform (z. B. Papierform, Internet, E-Mail) gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach Untersuchungen, Beratungen oder Behandlungen durch einen Arzt oder einen anderen Heilbehandler, die auch anzugeben sind, wenn sie von Ihnen für unwesentlich gehalten werden. Stellen wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

(2) Soll das Leben einer anderen 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. Abs. 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, 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, zahlen wir – soweit vorhanden – den Rückkaufswert (§ 5). Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

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, geschlossen hätten.

(8) Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um (§ 5 Abs. 5).

Vertragsänderung

(9) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Erhöht sich durch die Vertragsänderung 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.

Folgen nicht zu vertretender (schuldloser) Anzeigepflichtverletzung

(10) Bei einer von Ihnen nicht zu vertretenden Anzeigepflichtverletzung verzichten wir zu Ihren Gunsten auf das uns gesetzlich zustehende Recht (§ 19 VVG), eine Vertragsänderung (Beitragserhöhung und/oder Ausschluss) von Ihnen zu verlangen oder den Vertrag zu kündigen.

Ausübung unserer Rechte

(11) Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen un-

sere 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. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände innerhalb eines Monats nach deren Kenntniserlangung angeben.

(12) Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung und Vertragsänderung sind ausgeschlossen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

(13) Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von fünf Jahren seit Vertragsabschluss ausüben. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

(14) Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmementscheidung 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. Absatz 5 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

(15) Die Absätze 1 bis 14 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung einer Versicherung mit Gesundheitsprüfung 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 erfolgt durch schriftliche Erklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist. Nach Ihrem Ableben sind – sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben – neben einem Bezugsberechtigten oder Ihren Erben auch andere Anspruchsberechtigte berechtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

§ 7 Was gilt bei Wehrdienst, Unruhen oder Krieg bzw. Freisetzen von ABC-Waffen/-Stoffen?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Wir gewähren Versicherungsschutz insbesondere auch dann, wenn die versicherte Person in Ausübung des Wehr- oder Polizeidienstes oder bei inneren Unruhen den Tod gefunden hat.

(2) Bei Ableben der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen beschränkt sich unsere Leistungspflicht allerdings auf die Auszahlung des für den Todestag berechneten Rückkaufswertes der Versicherung (§ 5), wenn ein solcher im Falle einer Kündigung nach den Besonderen Bedingungen vorgesehen ist. Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht entfällt, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen stirbt, denen sie während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

(3) Bei Ableben der versicherten Person 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 beschränkt sich unsere Leistungspflicht auf die Auszahlung des für den Todestag berechneten Rückkaufwertes der Versicherung (§ 5), sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Absatz 2 Satz 2 bleibt unberührt.

§ 8 Was gilt bei Selbsttötung oder Tötung des Versicherten?

(1) Bei vorsätzlicher Selbsttötung erbringen wir eine für den Todesfall vereinbarte Leistung, wenn seit Abschluss des Vertrages drei Jahre vergangen sind.

(2) Bei vorsätzlicher Selbsttötung vor Ablauf der Dreijahresfrist besteht kein Versicherungsschutz. In diesem Fall zahlen wir den für den Todestag berechneten Rückkaufwert Ihres Vertrages (§ 5). Wenn uns nachgewiesen wird, dass sich die versicherte Person in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit selbst getötet hat, besteht Versicherungsschutz.

(3) Wenn unsere Leistungspflicht durch eine Änderung des Vertrages erweitert wird oder der Vertrag wiederhergestellt wird, beginnt die Dreijahresfrist bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

(4) Ist das Leben einer anderen Person versichert, so sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn Sie vorsätzlich durch eine widerrechtliche Handlung den Tod des anderen herbeiführen (vgl. § 162 VVG).

§ 9 Was ist bei Fälligkeit der Versicherungsleistung zu beachten?

(1) Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir nach Übergabe des Versicherungsscheins.

(2) Der Tod der versicherten Person muss uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) mitgeteilt werden. Außerdem muss uns eine amtliche Sterbeurkunde mit Angabe von Alter und Geburtsort vorgelegt werden. Zusätzlich muss uns eine ausführliche ärztliche oder amtliche Bescheinigung über die Todesursache vorgelegt werden. Aus der Bescheinigung müssen sich Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tode der versicherten Person geführt hat, ergeben. Wer als Erbe die Versicherungsleistung beansprucht, hat zum Nachweis seines Erbrechts einen Erbschein oder eine andere geeignete Urkunde einzureichen

(3) Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Auskünfte und Nachweise auf Kosten des Anspruchstellers verlangen und zusätzlich auch erforderliche Erhebungen selbst anstellen.

(4) Unsere Leistungen werden fällig, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Wenn eine der in den Absätzen 1 bis 3 genannten Pflichten nicht erfüllt wird, kann dies zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine solche Pflichtverletzung kann somit dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird.

(5) Zu Unrecht empfangene Versicherungsleistungen sind an uns zurückzuzahlen.

(6) Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren (vgl. § 195 BGB). Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem unsere Entscheidung dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

§ 10 Wo sind die vertraglichen Leistungen zu erfüllen?

(1) Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten auf das uns angegebene Konto. Bei Überweisungen in Länder außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder Liechtensteins trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr. Eine Auszahlung in anderer Weise, insbesondere in bar oder per Scheck, ist ausgeschlossen.

(2) Sie müssen die Beiträge auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten zahlen.

§ 11 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

(1) Wir können Ihnen den Versicherungsschein in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) übermitteln. Stellen wir diesen als Dokument in Papierform aus, dann liegt eine Urkunde vor. Sie können die Ausstellung als Urkunde verlangen. Den Inhaber der Urkunde 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 der Urkunde seine Berechtigung nachweist.

(2) In den Fällen des § 13 Abs. 3 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die Anzeige des bisherigen Berechtigten in Textform vorliegt.

§ 12 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens und welche sonstigen Mitteilungspflichten bestehen?

(1) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen. Wir sind berechtigt, eine an Sie zu richtende Willenserklärung (z. B. eine Mahnung) mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift zu senden. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie den Vertrag für Ihren Gewerbebetrieb abgeschlossen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

(2) Bei Änderung Ihres Namens gilt Absatz 1 entsprechend.

(3) Auch eine Änderung der Eigenschaft als politisch exponierte Person müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Dies betrifft auch den Bezugsberechtigten, einen ggf. abweichenden wirtschaftlich Berechtigten sowie Ihre Familienmitglieder und Geschäftspartner.

(4) Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen bei Vertragsabschluss, bei Änderung nach Vertragsabschluss oder auf Nachfrage unverzüglich – d. h. ohne schuldhaftes Zögern – zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.

Notwendige Informationen sind derzeit alle Umstände, die für die Beurteilung Ihrer persönlichen Steuerpflicht, der Steuerpflicht dritter Personen, die Rechte an ihrem

Vertrag haben und der Steuerpflicht des Leistungsempfängers maßgebend sein können. Dazu zählen die deutsche oder ausländische Steuerpflicht, die Steueridentifikationsnummer, der Geburtsort und der Wohnsitz. Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, müssen Sie trotz einer nicht bestehenden Steuerpflicht damit rechnen, dass wir Ihre Vertragsdaten an in- oder ausländische Steuerbehörden melden.

§ 13 Wer erhält die Versicherungsleistung?

(1) Als unser Versicherungsnehmer können Sie bestimmen, wer die Leistung erhält. Wenn Sie keine Bestimmung treffen, leisten wir an Sie.

Bezugsberechtigung

(2) Sie können uns widerruflich oder unwiderruflich eine andere Person benennen, die die Leistung erhalten soll (Bezugsberechtigter).

Wenn Sie ein Bezugsrecht widerruflich bestimmen, erwirbt der Bezugsberechtigte das Recht auf die Leistung erst mit dem Eintritt des Versicherungsfalls. Deshalb können Sie Ihre Bestimmung bis zum Eintritt des Versicherungsfalls jederzeit widerrufen. Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich das Recht auf die Leistung erhält. Sobald uns Ihre Erklärung zugegangen ist, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des unwiderruflich Bezugsberechtigten geändert werden.

Abtretung und Verpfändung

(3) Sie können das Recht auf die Leistung bis zum Eintritt des Versicherungsfalls grundsätzlich ganz oder teilweise an Dritte abtreten und verpfänden, soweit derartige Verfügungen rechtlich möglich sind.

Anzeige

(4) Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts (Absatz 2) sowie die Abtretung und die Verpfändung (Absatz 3) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie als unser Versicherungsnehmer. Es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits zuvor Verfügungen (z. B. unwiderrufliche Bezugsberechtigung, Abtretung, Verpfändung) getroffen haben.

§ 14 Welche Kosten sind im Beitrag enthalten und was stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

(1) Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Diese sind in Ihren Beitrag einkalkuliert. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten. Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören insbesondere die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen. Zu den übrigen Kosten gehören insbesondere die Verwaltungskosten. Die Höhe der einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten und der darin enthaltenen Verwaltungskosten können Sie dem Produktinformationsblatt sowie der Verbraucherinformation entnehmen.

(2) Die Abschluss- und Vertriebskosten werden während der gesamten vertraglich vereinbarten Beitragszahlungsdauer aus den Beiträgen getilgt. Das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung wird für Ihren Versicherungsvertrag nicht angewendet.

(3) Soweit dies in den Besonderen Bedingungen der von Ihnen gewählten Versicherungsart vorgesehen ist, können wir für von Ihnen veranlasste bestimmte Geschäftsvorfälle Gebühren verlangen. Wir haben uns bei der Bemessung der Gebührenpauschale an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand orientiert.

Sofern Sie uns nachweisen, dass die der Bemessung zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall dem Grunde nach nicht zutreffen, entfällt die Gebühr. Sofern Sie uns nachweisen, dass die Gebühr der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern ist, wird sie entsprechend herabgesetzt.

(4) Die Durchführung von Ihrerseits veranlassten Geschäftsvorfällen können wir von der Zahlung einer Gebühr abhängig machen, wenn wir zur Durchführung weder nach dem Gesetz noch nach den Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Bedingungen verpflichtet sind.

§ 15 Wo ist der Gerichtsstand?

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag **gegen uns** bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz Hannover. 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) Klagen aus dem Vertrag **gegen Sie** müssen wir bei dem Gericht erheben, 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 der Bundesrepublik Deutschland zuständig.

§ 16 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 17 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt und wie erfahren Sie den Wert Ihrer Versicherung?

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 VVG an den Überschüssen und Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Die Bewertungsreserven zum Bilanztermin werden dabei im Anhang des Geschäftsberichtes ausgewiesen. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit

(1) Die Überschüsse stammen im Wesentlichen aus den Erträgen der Kapitalanlagen. Von den Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind, erhalten die Versicherungsnehmer nach den derzeit geltenden gesetzlichen Vorschriften eine Mindestbeteiligung (derzeit grundsätzlich 90 %). Aus diesem Betrag werden zunächst die Beträge finanziert, die zur Finanzierung der garantierten Versicherungsleistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer. Weitere Überschüsse können dann entstehen, wenn biometrische Risiken und Kosten sich günstiger entwickeln, als bei der Tarifikalkulation angenommen. Auch an diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer angemessen beteiligt, und zwar nach derzeitiger Rechtslage am Risikoergebnis grundsätzlich zu mindestens 90 % und am übrigen Ergebnis (einschließlich Kosten) grundsätzlich zu mindestens 50 %.

Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir beispielsweise, um das versicherte Risiko wie das Todesfall- oder Berufsunfähigkeitsrisiko zu berücksichtigen. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Bestandsgruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der sog. Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 56a VAG abweichen, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 56b VAG können wir im Interesse der Versicherten die Rückstellung für Beitragsrückerstattung heranziehen, um

- einen drohenden Notstand abzuwenden,
- unvorhersehbare Verluste aus den überschussberechtigten Verträgen auszugleichen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind,
- oder die Deckungsrückstellung zu erhöhen, wenn die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen.

Wenn wir die Rückstellung für Beitragsrückerstattung zum Verlustausgleich oder zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen, belasten wir die Versichertenbestände verursachungsorientiert.

Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Buchwert liegt. Bei Vertragsbeendigung teilen wir Ihrem Vertrag den für diesen Zeitpunkt zugeordneten Anteil an den Bewertungsreserven gemäß der jeweils geltenden gesetzlichen Regelung zu. Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt. Die Höhe der Bewertungsreserven wird monatlich neu an den Bewertungsstichtagen ermittelt. Der Bewertungsstichtag liegt höchstens zwei Monate vor dem Beendigungstermin. Im Rahmen der Festsetzung der Überschussbeteiligung werden alljährlich die Bewertungsstichtage festgelegt und in unserem Geschäftsbericht, den Sie bei uns anfordern können, veröffentlicht.

Die verteilungsfähigen Bewertungsreserven, die nach gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, werden den Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren (Abs. 2) anteilig rechnerisch zugeordnet.

Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages

(2) Zu welcher Bestandsgruppe Ihre Versicherung gehört, können Sie den Besonderen Bedingungen entnehmen. In Abhängigkeit von dieser Zuordnung erhält Ihre Versicherung jährlich Überschussanteile. Die Höhe der Überschussbeteiligung wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht, den Sie bei uns anfordern können. Die Bemessungsgrößen für die Überschussanteile werden nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation ermittelt. Für die geschlechtsneutrale Kalkulation der Beiträge und Leistungen haben wir die unternehmensindividuellen Sterbetafeln HL 2016 T und HL 2016 TP, die Wahrscheinlichkeitstafeln DAV 1997 I und DAV 1998 E sowie die Sterbetafeln DAV 2004 R und DAV 2008 T verwendet und als Rechnungszins 0,9 % für die Beitrags- und Deckungsrückstellungskalkulation angesetzt.

Der Rechnungszins von 0,9 % ist der für die Berechnung von Deckungsrückstellungen gesetzlich festgesetzte Höchstzinssatz.

Die verteilungsfähigen Bewertungsreserven werden nach einem in zeitlicher sowie in betragsmäßiger Hinsicht verursachungsorientierten Verfahren jedem einzelnen Vertrag rechnerisch zugeordnet.

Für die Beteiligung an den Bewertungsreserven kann jährlich im Rahmen der Überschussdeklaration eine von der tatsächlichen Höhe der Bewertungsreserven unabhängige Mindest-Beteiligung (Sockelbeteiligung) festgelegt werden. Ist die der einzelnen Versicherung tatsächlich zustehende Beteiligung an den Bewertungsreserven höher als die Sockelbeteiligung, wird der übersteigende Teil zusätzlich zur Sockelbeteiligung ausgezahlt.

Nähere Einzelheiten über die Fälligkeit sowie über Form und Verwendung Ihrer Überschussanteile enthalten die Besonderen Bedingungen der von Ihnen gewählten Versicherungsart.

Information über die Höhe der Überschussbeteiligung

(3) Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind – allein schon wegen der häufig langen Vertragslaufzeit – nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor ist dabei die Zinsentwicklung des Kapitalmarkts. Aber auch die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten sind von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch Null Euro betragen. Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrages an den Überschüssen und den Bewertungsreserven bestehen nicht.

§ 18 Was gilt bei Sanktionen und Embargos?

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen. Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos, die durch die Vereinigten Staaten von Amerika erlassen werden, soweit dem nicht europäische oder deutsche Rechtsvorschriften entgegenstehen.

§ 19 Was gilt bei Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen?

Sollte aufgrund höchstrichterlicher Entscheidung oder bestandskräftigen Verwaltungsakts eine Bestimmung in den Versicherungsbedingungen unwirksam sein, wird dadurch die Geltung der übrigen Bestimmungen in Versicherungsbedingungen und vertraglichen Vereinbarungen nicht berührt.

Nur in diesen Fällen kann eine Bedingungsanpassung nach § 164 VVG erfolgen.

Abkürzungen:

VVG: Versicherungsvertragsgesetz

VAG: Versicherungsaufsichtsgesetz

BGB: Bürgerliches Gesetzbuch

BESONDERE BEDINGUNGEN FÜR DIE RISIKOVERSICHERUNG / T16A

Inhalt

§ 1 Was ist versichert?

§ 2 Was geschieht, wenn Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?

§ 3 Kann eine Risikoversicherung verlängert werden ?

§ 4 Wie können Sie Ihre Versicherung an veränderte Lebensumstände anpassen?

§ 5 Welche Besonderheiten gibt es bei den Nichtraucher-Tarifen und was geschieht bei einer Änderung des Nichtraucherstatus?

§ 6 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

§ 1 Was ist versichert?

Unsere Risikoversicherungen bieten wir in Tarifvarianten für Nichtraucher (N und N10) und für Raucher (R).

(1) Risikoversicherung (Tarif T1)

Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme bei Tod des Versicherten innerhalb der vereinbarten Vertragsdauer. Außerdem können Sie die ereignisunabhängige Nachversicherungsgarantie (§ 4 Absatz 1-3) in Anspruch nehmen.

(2) Risikoversicherung Plus (Tarif T1-Plus)

Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme bei Tod des Versicherten innerhalb der vereinbarten Vertragsdauer. Außerdem erhalten Sie die Zusatzleistungen für Plus-Tarife (Absatz 12) und Sie können die Verlängerungsoption (§ 3) sowie die Nachversicherungsgarantie (§ 4) in Anspruch nehmen.

(3) Risikoversicherung Exklusiv (Tarif T1-E)

Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme bei Tod des Versicherten innerhalb der vereinbarten Vertragsdauer. Außerdem erhalten Sie die Zusatzleistungen für Plus-Tarife (Absatz 12) und Sie können die Verlängerungsoption (§ 3) sowie die Nachversicherungsgarantie (§ 4) in Anspruch nehmen. Darüber hinaus erhalten Sie die Zusatzleistung für Exklusiv-Tarife (Absatz 13).

(4) Risikoversicherung mit linear fallender Summe (Tarif T3)

Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme bei Tod des Versicherten innerhalb der vereinbarten Vertragsdauer. Dabei fällt die Versicherungssumme jährlich linear im vereinbarten Maße, wobei bei Vertragsschluss für die ersten Versicherungsjahre eine gleichbleibende Versicherungssumme vereinbart werden kann (tilgungsfreie Startphase). Der Beitrag ändert sich im vereinbarten Maße entsprechend dem jeweils erreichten Lebensalter und der jeweils versicherten Restsumme. Ein Deckungskapital wird während der gesamten Vertragsdauer nicht gebildet. Außerdem können Sie die ereignisunabhängige Nachversicherungsgarantie (§ 4 Absatz 1-3) in Anspruch nehmen.

(5) Risikoversicherung mit linear fallender Summe Plus (Tarif T3-Plus)

Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme bei Tod des Versicherten innerhalb der vereinbarten Vertragsdauer. Dabei fällt die Versicherungssumme jährlich linear im vereinbarten Maße, wobei bei Vertragsschluss für die ersten Versicherungsjahre eine gleichbleibende Versicherungssumme vereinbart werden kann (tilgungsfreie Startphase). Der Beitrag ändert sich im vereinbarten Maße entsprechend dem jeweils erreichten Lebensalter und der jeweils versicherten Restsumme. Ein Deckungskapital wird während der gesamten Vertragsdauer nicht gebildet. Außerdem erhalten Sie die Zusatzleistungen für Plus-Tarife (Absatz 12) und Sie können die Nachversicherungsgarantie (§ 4) in Anspruch nehmen.

(6) Risikoversicherung mit linear fallender Summe Exklusiv (Tarif T3-E)

Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme bei Tod des Versicherten innerhalb der vereinbarten Vertragsdauer. Dabei fällt die Versicherungssumme jährlich linear im vereinbarten Maße, wobei bei Vertragsschluss für die ersten Versicherungsjahre eine gleichbleibende Versicherungssumme vereinbart werden kann (tilgungsfreie Startphase). Der Beitrag ändert sich im vereinbarten Maße entsprechend dem je-

weils erreichten Lebensalter und der jeweils versicherten Restsumme. Ein Deckungskapital wird während der gesamten Vertragsdauer nicht gebildet. Außerdem erhalten Sie die Zusatzleistungen für Plus-Tarife (Absatz 12) und Sie können die Nachversicherungsgarantie (§ 4) in Anspruch nehmen. Darüber hinaus erhalten Sie die Zusatzleistung für Exklusiv-Tarife (Absatz 13).

(7) Risikoversicherung nach Tilgungsplan (Tarif T4)

Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme bei Tod des Versicherten innerhalb der vereinbarten Vertragsdauer. Dabei ändern sich Beitrag und Versicherungssumme entsprechend dem bei Vertragsabschluss vorgegebenen Tilgungsplan, wobei eine tilgungsfreie Startphase vereinbart werden kann. Ein Deckungskapital wird während der gesamten Vertragsdauer nicht gebildet. Außerdem können Sie die ereignisunabhängige Nachversicherungsgarantie (§ 4 Absatz 1-3) in Anspruch nehmen.

(8) Risikoversicherung nach Tilgungsplan Plus (Tarif T4-Plus)

Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme bei Tod des Versicherten innerhalb der vereinbarten Vertragsdauer. Dabei ändern sich Beitrag und Versicherungssumme entsprechend dem bei Vertragsabschluss vorgegebenen Tilgungsplan, wobei eine tilgungsfreie Startphase vereinbart werden kann. Mit einer Frist von 2 Monaten zum Stichtag des Versicherungsjahres können Sie jährlich eine Änderung von Zins und Tilgung im Tilgungsplan verlangen, wobei Zins und Tilgung jeweils mindestens 1% betragen müssen. Ein Deckungskapital wird während der gesamten Vertragsdauer nicht gebildet. Außerdem erhalten Sie die Zusatzleistungen für Plus-Tarife (Absatz 12) und Sie können die Nachversicherungsgarantie (§ 4) in Anspruch nehmen.

(9) Risikoversicherung nach Tilgungsplan Exklusiv (Tarif T4-E)

Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme bei Tod des Versicherten innerhalb der vereinbarten Vertragsdauer. Dabei ändern sich Beitrag und Versicherungssumme entsprechend dem bei Vertragsabschluss vorgegebenen Tilgungsplan, wobei eine tilgungsfreie Startphase vereinbart werden kann. Mit einer Frist von 2 Monaten zum Stichtag des Versicherungsjahres können Sie jährlich eine Änderung von Zins und Tilgung im Tilgungsplan verlangen, wobei Zins und Tilgung jeweils mindestens 1% betragen müssen. Ein Deckungskapital wird während der gesamten Vertragsdauer nicht gebildet. Außerdem erhalten Sie die Zusatzleistungen für Plus-Tarife (Absatz 12) und Sie können die Nachversicherungsgarantie (§ 4) in Anspruch nehmen. Darüber hinaus erhalten Sie die Zusatzleistung für Exklusiv-Tarife (Absatz 13).

(10) Partner-Risikoversicherung (Tarif TP1)

Bei Partnerversicherungen zahlen wir die vereinbarte Versicherungssumme bei Tod eines der Versicherten innerhalb der vereinbarten Vertragsdauer. Auch bei gleichzeitigem Tod beider Versicherten wird die vereinbarte Versicherungssumme nur einmal fällig. Außerdem können Sie die ereignisunabhängige Nachversicherungsgarantie (§ 4 Absatz 1-3) in Anspruch nehmen.

(11) Partner-Risikoversicherung Plus (Tarif TP1-Plus)

Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme bei Tod eines der Versicherten innerhalb der vereinbarten Vertragsdauer. Auch bei gleichzeitigem Tod beider Versicherten wird die vereinbarte Versicherungssumme nur einmal fällig. Außerdem er-

halten Sie die Zusatzleistungen für Plus-Tarife (Absatz 12) und Sie können die Verlängerungsoption (§ 3) sowie die Nachversicherungsgarantie (§ 4) in Anspruch nehmen.

(12) Zusatzleistungen der Plus-Tarife

a) Vorgezogene Todesfalleistung

Statt bei Tod zahlen wir die vereinbarte Versicherungssumme bereits vor dem Tod des bzw. eines der beiden Versicherten, wenn

- dieser während der Versicherungsdauer an einer schweren Krankheit im Sinne dieser Bedingungen erkrankt und
- Sie als Versicherungsnehmer die vorgezogene Leistung spätestens 12 Monate vor Ablauf der Vertragsdauer beantragt haben.

aa) Eine schwere Krankheit ist jede fortschreitende, unheilbare Krankheit, die nach Ansicht des behandelnden Facharztes, unseres Gesellschaftsarztes und ggf. eines weiteren unabhängigen Facharztes innerhalb von 12 Monaten (gerechnet ab Stellung des Leistungsantrags) zum Tode führen wird.

bb) Mit dem Antrag auf vorgezogene Todesfalleistung ist uns außer dem Original-Versicherungsschein ein Zeugnis eines Facharztes – einschließlich Befunden und, falls vorhanden, Krankenhausberichten – einzureichen, aus dem hervorgeht, dass beim Versicherten eine schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen vorliegt. Sollten zur Prüfung unserer Leistungspflicht weitere Unterlagen erforderlich sein, sind wir berechtigt, Auskünfte der den Versicherten zusätzlich behandelnden Ärzte sowie sonstige notwendige Nachweise einzuholen.

cc) Mit der Zahlung der vereinbarten Versicherungssumme endet dieser Versicherungsvertrag.

dd) Eine vorgezogene Leistung wird nicht gewährt, wenn

- die verbleibende Versicherungsdauer weniger als 12 Monate beträgt oder
- die schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen auf die in den §§ 7 und 8 der Allgemeinen Bedingungen für die Lebensversicherung (ALB) genannten Umstände oder auf Umstände, deren Nichtanzeige uns zum Rücktritt nach § 6 ALB berechtigt, zurückzuführen ist oder
- wir zur Anfechtung nach § 6 ALB berechtigt sind.

ee) Maßgeblich für die 12-Monatsfrist hinsichtlich der Prognose über die Lebenserwartung, für die verbleibende Vertragsdauer sowie für die vereinbarte Versicherungssumme ist der Zeitpunkt der Stellung des Leistungsantrags.

ff) Ist eine Dynamik eingeschlossen, ist nach Stellung eines Antrags auf vorgezogene Todesfalleistung keine dynamische Erhöhung mehr möglich. Ist eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen, ist nach Stellung eines Antrags auf vorgezogene Todesfalleistung eine Inanspruchnahme der Nachversicherungsgarantie aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung ausgeschlossen.

b) Extra-Kindergeld

Für jedes Kind des bzw. eines der beiden Versicherten, das bei dessen Tod das 7. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, zahlen wir dann bei einem Vertrag mit laufender Beitragszahlung zusätzlich zur vereinbarten Versicherungsleistung einmalig 2.400 Euro.

c) Bau-Bonus

Sie erhalten bei einem Vertrag mit laufender Beitragszahlung einen zusätzlichen Versicherungsschutz bei Tod des bzw. eines der beiden Versicherten in Höhe von 10 Prozent der aktuell versicherten Summe, wenn Sie uns den Eintritt eines der nachfolgenden, diesen Versicherten betreffenden Ereignisse mittels geeigneten Nachweises anzeigen: Bau oder Erwerb einer selbstgenutzten Immobilie. Die Höchstsumme ist auf 30.000 Euro auf das Leben ein und desselben Versicherten begrenzt. Der Bau-Bonus wird für die Dauer von 9 Monaten eingeräumt; die Frist beginnt mit Abschluss des notariellen Kaufvertrages.

d) Wechselgarantie

Bei den Tarifen T3-Plus und T4-Plus können Sie in den ersten 10 Jahren ohne Gesundheitsprüfung (danach mit Gesundheitsprüfung) mit einer Frist von 2 Monaten zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres den Wechsel in den Tarif T1-Plus mit konstanter Versicherungssumme zu den bei Abschluss des Vertrages geltenden Rechnungsgrundlagen beantragen, wobei die Risikoeinstufung des bisherigen Vertrages und die zum Wechselzeitpunkt erreichte Versicherungssumme übernommen werden. In diesem Fall ist jedoch die Verlängerungsoption (§ 3) im weiteren Vertragsverlauf ausgeschlossen. Ein Tarifwechsel von den Tarifen T1-Plus und TP1-Plus in einen anderen Risiko-Tarif ist nicht möglich.

(13) Zusatzleistungen der Exklusiv-Tarife

a) Bei den Tarifen T1-E, T3-E und T4-E können Sie die Zusatzleistungen der Plus-Tarife in Anspruch nehmen (vgl. Abs. 12). Zusätzlich zahlen wir bei einem Vertrag mit laufender Beitragszahlung eine Sofortleistung in Höhe von 10% der vereinbarten Versicherungssumme, wenn

- bei dem Versicherten eine der im Folgenden definierten ernsthaften Krankheiten fachärztlich diagnostiziert wird und
- Sie die Sofortleistung unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von sechs Monaten nach der Diagnose beantragen. Dies gilt nicht, wenn Sie unverschuldet daran gehindert sind, die Sofortleistung rechtzeitig zu beantragen.

Bei einer Krebserkrankung im Sinne dieser Bedingungen ist die **Wartezeit** unter f) cc) zu beachten.

b) Mit dem Antrag auf Sofortleistung ist uns ein Zeugnis eines Facharztes – einschließlich Befunden und Krankenhausberichten – einzureichen, aus dem hervorgeht, dass bei dem Versicherten eine ernsthafte Krankheit im Sinne dieser Bedingungen vorliegt. Sollten zur Prüfung unserer Leistungspflicht weitere Unterlagen erforderlich sein, sind wir berechtigt, Auskünfte der den Versicherten zusätzlich behandelnden Ärzte sowie sonstige notwendige Nachweise einzuholen.

c) Die Sofortleistung wird nicht gezahlt, wenn

- die ernsthafte Krankheit im Sinne dieser Bedingungen auf die in den §§ 7 und 8 der Allgemeinen Bedingungen für Lebensversicherung (ALB) genannten Umstände oder
- auf Umstände, deren Nichtanzeige uns zum Rücktritt nach § 6 ALB berechtigt, zurückzuführen ist oder
- wir zur Anfechtung nach § 6 ALB berechtigt sind.

d) Während der Vertragsdauer zahlen wir die Sofortleistung

- einmal, wenn der Versicherte während der Vertragslaufzeit an Krebs im Sinne dieser Bedingungen erkrankt und
- einmal, wenn der Versicherte während der Vertragslaufzeit einen Herzinfarkt im Sinne dieser Bedingungen oder einen Schlaganfall im Sinne dieser Bedingungen erleidet.

Insgesamt zahlen wir die Sofortleistung während der Vertragslaufzeit höchstens zweimal.

Wenn der Versicherungsschutz durch Ausüben der Verlängerungsoption (§ 3) verlängert wird, werden Sofortleistungen, die während der Laufzeit des Ursprungsvertrages erfolgt sind, angerechnet.

e) Stirbt der Versicherte innerhalb von 28 Tagen nach der Diagnose einer ernsthaften Krankheit im Sinne dieser Bedingungen, so zahlen wir nur die Todesfallleistung, aber nicht die Sofortleistung, sofern der Vertrag zu diesem Zeitpunkt noch besteht.

f) Ernsthafte Krankheiten im Sinne dieser Bedingungen sind:

aa) Herzinfarkt

Ein Herzinfarkt im Sinne dieser Bedingungen ist ein akutes Ereignis, das innerhalb eines umschriebenen Herzmuskelbereichs zu einem Untergang von Herzmuskelzellen infolge unzureichender Blutzufuhr geführt hat. Zusätzlich müssen alle der folgenden Bedingungen erfüllt sein:

- Neu aufgetretene EKG-Veränderungen, die mit einem akuten Herzinfarkt vereinbar sind, werden nachgewiesen.
- Die herzspezifischen Marker weisen einen für Herzinfarkt charakteristischen Verlauf auf.
- Im betroffenen Herzmuskelbereich ist ein Funktionsverlust durch eine verminderte Auswurfleistung des Herzens unter 55 % oder durch regionale Wandbewegungsstörungen nachweisbar.

bb) Schlaganfall

Ein Schlaganfall im Sinne dieser Bedingungen ist der Untergang von Hirngewebe, verursacht durch eine akute Durchblutungsstörung des Gehirns infolge eines Hirninfarktes oder einer intrakraniellen oder subarachnoidalen Blutung. Bei einer transitorischen ischämischen Attacke (TIA) wird **nicht** geleistet. Eine Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen liegt nur vor, wenn jede der folgenden Bedingungen erfüllt ist:

- Das Vorliegen eines Schlaganfalls muss durch CT, MRI oder andere entsprechende bildgebende Verfahren nachgewiesen werden.
- Der Schlaganfall muss zu einem dauerhaften und objektivierbaren motorischen Funktionsausfall führen. Der Funktionsausfall muss dabei in einem Bereich auftreten, der durch die vom Schlaganfall betroffene Hirnregion gesteuert wird.

Die Beurteilung, ob die oben aufgeführten Bedingungen an das neurologische Defizit erfüllt sind, darf frühestens 3 Monate nach dem Schlaganfall erfolgen.

cc) Krebs

Krebs im Sinne dieser Bedingungen ist ein histologisch nachgewiesener bösartiger Tumor, der durch unkontrolliertes Wachstum sowie das Eindringen in anderes Gewebe mit Tendenz zur Metastasenbildung gekennzeichnet ist. Unter den Begriff „Krebs“ fallen grundsätzlich auch die Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin. Die Diagnose muss durch Vorlage des histologischen – bzw. für Leukämien zytologischen – Befundes bestätigt sein.

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen jedoch:

- Alle Krebserkrankungen, die ausschließlich auf Basis molekularer oder biochemischer Verfahren nachgewiesen werden (z.B. durch den Nachweis von TumordNA im Blut).
- Carcinoma-in-situ (einschließlich Zervixdysplasie der CIN-Klassifikationen CIN-1, CIN-2 und CIN-3 und der PAP-Klassifikationen PAP-1 bis PAP-4) oder prä-maligne und nicht-invasive Formen.
- Morbus Hodgkin und Non-Hodgkin-Lymphome der Klasse 1 (Ann Arbor Klassifikation).
- Leukämie, sofern diese keine Anämie verursacht hat.
- Hautkrebs und Melanome, die ein histologisch nachgewiesenes Tumorstadium I oder II der TNM Klassifikation oder eine Eindringtiefe von weniger als 1,5 Millimetern nach der Breslow-Methode haben. Liegt aber eine Fernmetastasenbildung vor, so werden wir leisten.
- Prostatakrebs der histologisch nachgewiesenen TNM-Klassifikation T1NOMO.
- Schilddrüsenkrebs der histologisch nachgewiesenen TNM-Klassifikation T1NOMO.

Nach diesen Bedingungen besteht kein Anspruch auf die Sofortleistung (sog. Wartezeit), wenn

- erstmalige Symptome innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes auftreten oder
- eine Diagnose von Krebs innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes erfolgt.

§ 2 Was geschieht, wenn Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?

Kündigung

(1) Kündigung Sie Ihre Versicherung, so erfolgt aus der gekündigten Versicherung keine Auszahlung. Jedoch wandelt sich die Versicherung bei den Tarifen T1, TP1, T1-Plus, TP1-Plus und T1-E in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Versicherungssumme um, wenn diese mindestens eine Höhe von 2.500 Euro (Mindestversicherungssumme) erreicht. Das aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Summe zur Verfügung stehende Deckungskapital mindert sich um einen Abzug von 70% des Deckungskapitals. Das bei der Berechnung der beitragsfreien Versicherungssumme zugrunde liegende Deckungskapital wird auf Basis des Beitrags ohne Berücksichtigung der Überschussbeteiligung ermittelt. 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 von Ihnen nicht gezahlten Beitragsteile im Deckungskapital ausgeglichen werden. Außerdem wird die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer 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.

Erreicht die beitragsfreie Versicherungssumme nicht die Mindestversicherungssumme, wird das Deckungskapital abzüglich des oben beschriebenen Abzugs ausgezahlt, und der Vertrag erlischt. Nähere Informationen zur beitragsfreien Versicherungssumme und dem Auszahlungsbetrag bei Kündigung können Sie der dem Versicherungsschein beigefügten Tabelle entnehmen.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

(2) Beantragen Sie bei einer Versicherung gegen laufenden Beitrag die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht und ist ein Deckungskapital vorhanden, wird die Versicherungssumme unter Berücksichtigung des Abs.1 auf eine beitragsfreie Summe herabgesetzt, wenn diese die Mindestversicherungssumme nicht unterschreitet.

Herabsetzung der Versicherungssumme

(3) Anstelle einer Kündigung bzw. Beitragsfreistellung nach Abs.1 oder 2 können Sie für eine beitragspflichtige Versicherung die Herabsetzung der Versicherungssumme verlangen. Der Antrag ist nur wirksam, wenn die verbleibende beitragspflichtige Versicherungssumme die Mindestversicherungssumme nicht unterschreitet. Andernfalls können Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragen. Es wird dann wie in Abs. 2 verfahren.

Nachteile

(4) Kündigung und Beitragsfreistellung Ihres Vertrages können für Sie mit Nachteilen verbunden sein. Wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen stehen keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme zur Verfügung.

Stundung

(5) Eine Stundung der Beiträge ist nicht möglich.

§ 3 Kann eine Risikoversicherung verlängert werden?

Verlängerungs-Option

(1) Bei den Tarifen T1-Plus, TP1-Plus und T1-E haben Sie das Recht, bis 3 Jahre vor Ablauf der Versicherung ihren bisherigen Versicherungsschutz jederzeit, spätestens jedoch zum Ende des fünfzehnten Versicherungsjahres, ohne erneute Gesundheitsprüfung durch eine neue Risikoversicherung um bis zu 10 Jahre – höchstens jedoch bis zum Doppelten der bisherigen Vertragsdauer – zu verlängern.

(2) Voraussetzung für die Verlängerung ist, dass der Versicherte (bei TP1-Plus beide Versicherte) zu diesem Zeitpunkt keinen Anspruch auf Leistungen wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit oder Berufsfähigkeit hat. Das höchstmögliche Endalter des Versicherten (bei TP1-Plus des älteren Versicherten) darf nach der Verlängerung das 75. Lebensjahr nicht überschreiten. Die Gesamtdauer inklusive Verlängerung darf 45 Jahre nicht überschreiten. Ist Ihre Versicherung beitragsfrei gestellt, ist keine Ausübung der Verlängerungs-Option möglich. Die Verlängerungs-Option darf nur einmal in Anspruch genommen werden.

(3) Der Beitrag für die verlängerte Versicherung richtet sich nach dem jeweiligen erreichten Alter des Versicherten (bei TP1-Plus beider Versicherter), der Laufzeit und nach der Risikoeinstufung des bisherigen Vertrags. Sofern der bisherige Vertrag an besondere Voraussetzungen (z. B. Voraussetzungen für die Einstufung als Nichtraucher) geknüpft war, müssen diese für die verlängerte Versicherung bestätigt werden, falls sie für die Ermittlung des Beitrages relevant sind. Wir behalten uns vor, die Verlängerung nach den dann geltenden Tarifen und Versicherungsbedingungen vorzunehmen. Das Ausüben der Verlängerungs-Option gilt nur für den Ursprungsvertrag. Die Option ist ausgeschlossen, wenn der Vertrag bereits durch das Ausüben der entsprechenden Option zustande gekommen ist.

§ 4 Wie können Sie Ihre Versicherung an veränderte Lebensumstände anpassen?

Ereignisunabhängige Nachversicherungsgarantie (für alle Tarife)

(1) In den ersten 3 Jahren nach Beginn des Vertrages können Sie jederzeit – jedoch nur einmal – zum nächsten Jahrestag des Versicherungsbeginns ohne erneute Gesundheitsprüfung zu einem zusätzlichen Beitrag eine Aufstockung der bei Vertragsabschluss garantierten Versicherungssumme um bis zu 20 % nach dem Tarif T1 bzw. TP1 bei Nachversicherung zu Partnerverträgen verlangen. Die erhöhte Versicherungssumme muss mindestens 5.000 Euro und darf höchstens 30.000 Euro betragen. Insgesamt darf durch die Inanspruchnahme der ereignisunabhängigen Nachversicherungsgarantie die Versicherungssumme des Vertrages 400.000 Euro nicht übersteigen. Wir behalten uns vor, die Erhöhung nach den dann geltenden Tarifen und Versicherungsbedingungen der Risikoversicherung und der gleichen restlichen Versicherungsdauer (in ganzen Jahren) wie die aufzustockende Versicherung vorzunehmen. Wird zusätzlich die ereignisabhängige Nachversicherungsgarantie nach Absatz 4 in Anspruch genommen, wird die ereignisunabhängige Nachversicherungsgarantie auf die dort genannte Höchstsumme von 100.000 Euro angerechnet.

(2) Die restliche Versicherungsdauer verlängert sich durch die Inanspruchnahme der ereignisunabhängigen Nachversicherungsgarantie nicht.

(3) Sofern der Ursprungsvertrag an besondere Voraussetzungen (z. B. Voraussetzungen für die Einstufung als Nichtraucher) geknüpft war, müssen diese für die Versicherung im Rahmen der Nachversicherungsgarantie bestätigt werden, falls sie für die Ermittlung des Beitrages relevant sind. Sind zusätzliche Risikomerkmale für die Ermittlung des Beitrages relevant, dürfen diese erhoben werden.

Ereignisabhängige Nachversicherungsgarantie (nur für Tarife T1-Plus, TP1-Plus, T1-E, T3-Plus, T3-E, T4-Plus und T4-E)

(4) Weisen Sie uns

- a) die Eheschließung bzw. die Begründung einer Lebenspartnerschaft,
- b) die Geburt oder Adoption eines Kindes,
- c) den Bau oder Erwerb einer selbst genutzten Immobilie (notarieller Kaufvertrag)
- d) den Eintritt in die Selbständigkeit mit Kammerzugehörigkeit oder einem Kammer-zertifizierten Ausbildungsberuf,
- e) eine Erhöhung des Einkommens aus selbständiger oder nichtselbständiger Tätigkeit von mindestens 10 % des monatlichen Bruttoeinkommens im Durchschnitt der letzten 12 Monate,
- f) den erfolgreichen Abschluss eines Studiums oder einer Berufsausbildung (einschließlich Promotion und Meisterprüfung)
- g) die Volljährigkeit,
- h) das erstmalige Überschreiten der Jahres-Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung,
- i) den Wegfall oder die Verringerung des Hinterbliebenenschutzes aus einer betrieblichen Altersversorgung,
- j) den Wegfall der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung als selbständiger Handwerker

des bzw. eines der Versicherten nach, sind Sie berechtigt, ohne erneute Gesundheitsprüfung zu einem zusätzlichen Beitrag eine Aufstockung der bei Vertragsabschluss garantierten (bei den Tarifen T3-Plus, T3-E, T4-Plus und T4-E der aktuellen) Versicherungssumme um 20 % nach dem Tarif T1 (bzw. TP1 bei Nachversicherung zum Tarif TP1-Plus) zu verlangen.

Die Höchstsumme ist auf 30.000 Euro bei einem Ereignis bzw. 100.000 Euro bei mehreren Ereignissen innerhalb der Vertragslaufzeit, höchstens jedoch auf die bei Vertragsabschluss vereinbarte Versicherungssumme begrenzt. Haben Sie mehrere Risikoversicherungen bei uns abgeschlossen, gilt die Höchstgrenze für alle zusammen. Wir behalten uns vor, die Erhöhung nach den dann geltenden Tarifen und Versicherungsbedingungen der Risikoversicherung und der gleichen restlichen Versicherungsdauer (in ganzen Jahren) wie die aufzustockende Versicherung vorzunehmen. Dabei wird die Risikoeinstufung des bisherigen Vertrages übernommen. Sofern der Ursprungsvertrag an besondere Voraussetzungen (z. B. Voraussetzungen für die Einstufung als Nichtraucher) geknüpft war, müssen diese für die Versicherung im Rahmen der Nachversicherungsgarantie bestätigt werden, falls sie für die Ermittlung des Beitrages relevant sind. Sind zusätzliche Risikomerkmale für die Ermittlung des Beitrages relevant, dürfen diese erhoben werden.

(5) Die Erhöhung des Vertrages können Sie nur in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit dem zugrunde liegenden Ereignis (bis zu 6 Monate danach) beantragen. Voraussetzung für die Erhöhung ist weiterhin, dass der Versicherte (bei TP1-Plus beide Versicherte) zu diesem Zeitpunkt keinen Anspruch auf Leistungen wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit oder Berufsunfähigkeit hat.

(6) Der Anlass für die Nachversicherungsgarantie ist uns mittels geeignetem Nachweis (z. B. Urkunde, amtliche Bestätigung, Gehaltsabrechnung oder Zeugnis) anzuzeigen. Die Nachversicherungsgarantie besteht längstens bis zum Ablauf des 20. Versicherungsjahres des Ursprungsvertrages. Ist Ihre Versicherung beitragsfrei oder haben Sie einen Antrag auf vorgezogene Todesfallleistung gestellt, entfällt die Nachversicherungsgarantie. Das Ausüben der Nachversicherungsgarantie gilt nur für den Ursprungsvertrag; sie ist ausgeschlossen, wenn der Vertrag bereits durch das Ausüben der Nachversicherungsgarantie zustande gekommen ist.

§ 5 Welche Besonderheiten gibt es bei den Nicht-raucher-Tarifen und was geschieht bei einer Änderung des Nichtraucherstatus?

Begriff des Nichtrauchers

(1) Die Kalkulation der Nichtraucher-Tarife (N und N10) beruht darauf, dass der Versicherte Nichtraucher ist. Nichtraucher ist, wer in den vergangenen 10 Jahren (N10-Tarife) bzw. 12 Monaten (N-Tarife) vor Antragstellung kein Nikotin aktiv durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen hat (dazu gehören auch E-Zigarette, E-Zigarre, E-Pfeife, Kautabak, Schnupftabak und Wasserpfeife) und auch beabsichtigt, in Zukunft Nichtraucher zu bleiben.

Gefahrerhöhung und Anzeigepflicht

(2) Wird der Versicherte – bei Partnersicherungen einer der Versicherten – nach Antragstellung Raucher, so stellt dies eine Gefahrerhöhung (§ 23 VVG) dar. Wir vertrauen darauf, dass Sie ohne unsere Einwilligung keine Gefahrerhöhung vornehmen oder deren Vornahme gestatten. Sie sind – neben dem Versicherten – verpflichtet, uns diese Gefahrerhöhung unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

(3) Wir verzichten auf unsere gesetzlichen Rechte, den Vertrag wegen einer Gefahrerhöhung zu kündigen oder die erhöhte Gefahr vom Versicherungsschutz auszuschließen. Wird eine Gefahrerhöhung vorgenommen, können wir aber rückwirkend ab dem Zeitpunkt der Gefahrerhöhung einen unseren Geschäftsgrundsätzen entsprechenden höheren Beitrag verlangen oder Ihnen eine Herabsetzung der Versicherungssumme anbieten.

Beides ist jedoch ausgeschlossen, wenn Sie uns nachweisen, dass die Vornahme der Gefahrerhöhung unverschuldet erfolgt ist. Unser Recht zur Beitragserhöhung oder zur Herabsetzung der Versicherungssumme erlischt, wenn wir es nicht innerhalb eines Monats ab dem Zeitpunkt geltend machen, zu dem wir von der Gefahrerhöhung Kenntnis erlangen.

Sollte die Beitragserhöhung mehr als 10 % betragen, können Sie Ihren Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

Bieten wir Ihnen die Herabsetzung der Versicherungssumme an, werden wir Sie darüber informieren, dass die Herabsetzung der Versicherungssumme als vereinbart gilt, wenn wir Ihre Antwort auf unser Anschreiben nicht innerhalb eines Monats erhalten haben. Die Versicherungssumme wird dann unter Zugrundelegung des für Raucher geltenden Beitrags rückwirkend ab der Gefahrerhöhung neu berechnet.

Sollten wir im Leistungsfall feststellen, dass eine Gefahrerhöhung stattgefunden hat und uns diese nicht angezeigt worden ist, vermindert sich die Leistung entsprechend der obigen Regelung zur Herabsetzung der Versicherungssumme. Diese Verringerung unserer Leistungspflicht gilt nicht, wenn die Gefahrerhöhung nicht ursächlich für den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang unserer Leistungspflicht war oder wenn uns die Gefahrerhöhung bekannt war.

Nachprüfung

(4) Auf Anforderung sind Sie verpflichtet, den Versicherten – bei Partnersicherungen einen oder beide der Versicherten – bis zur Annahme des Antrags, aber auch während der Vertragslaufzeit, einer medizinischen Überprüfung seines Nichtraucherstatus zu unterziehen. Während der Vertragslaufzeit übernehmen wir hierfür die Kosten. Kommen Sie dieser Aufforderung nicht innerhalb der gesetzten Frist nach, wird Ihr Vertrag in den entsprechenden Tarif für Raucher mit dem erforderlichen Beitrag eingestuft.

(5) Ein Tarifwechsel von einem R-Tarif für Raucher in einen Nichtraucher-Tarif (N und N10) ist nicht möglich. Ebenso ist ein Tarifwechsel von einem Nichtraucher-Tarif N in einen Nichtraucher-Tarif N10 ausgeschlossen.

§ 6 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

(1) Ihre Versicherung gehört zur Bestandsgruppe T der Risikoversicherungen. Die Versicherungen erhalten für jedes beitragspflichtige Versicherungsjahr jeweils zu dessen Beginn einen Jahresgewinnanteil in deklarerter Höhe. Der Jahresgewinnanteil wird in Prozent des fälligen Beitrages festgesetzt. Versicherungen, die gemäß § 2 beitragsfrei gestellt worden sind oder nach Kündigung beitragsfrei fortgeführt werden, erhalten einen Todesfallbonus in deklarerter Höhe, den wir im Todesfall innerhalb der Vertragslaufzeit zusätzlich zur garantierten Versicherungssumme zahlen. Der Todesfallbonus wird in Prozent der garantierten Versicherungssumme festgesetzt.

(2) Der Jahresgewinnanteil wird als Sofortgutschrift (anteilige Verrechnung bei jeder Beitragsfälligkeit) gewährt.

(3) Die Beiträge einer Risikoversicherung sind so kalkuliert, dass sie für die Deckung von Sterbefällen ausreichen. Für die Bildung von Kapitalerträgen stehen deshalb keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung. Daher entstehen keine oder nur geringe Bewertungsreserven. Soweit Bewertungsreserven überhaupt entstehen, werden sie nach dem in § 17 ALB beschriebenen Verfahren verteilt und bei Vertragsbeendigung durch Ablauf oder Tod ausgezahlt.

Besondere Bestimmungen für Kollektiv-Risikoversicherungen:

Für die „Kollektiv-Risikoversicherung“ (Tarif KT1) gelten die Regelungen für die „Risikoversicherung“ (Tarif T1) entsprechend. Für die „Kollektiv-Risikoversicherung Plus“ (Tarif KT1-Plus) gelten die Regelungen für die „Risikoversicherung Plus“ (Tarif T1-Plus) entsprechend.

Abweichend von § 6 Absatz 1 gehört die Versicherung zur Bestandsgruppe G der Kollektivversicherungen.

BESONDERE BEDINGUNGEN FÜR DYNAMIK BEI RISIKOVERSICHERUNGEN / TD18

Inhalt

§ 1 Was ist versichert?

§ 2 Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung?

§ 3 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Versicherungssumme und Tarifbeiträge?

§ 4 Wonach errechnen sich die erhöhten Tarifbeiträge?

§ 1 Was ist versichert?

Risikoversicherung mit Dynamik (Tarif D)

Um den Wert Ihrer Versorgung auch in Zeiten inflationsbedingter Erhöhung der Lebenshaltungskosten zu erhalten, können Sie eine Risikoversicherung auch in der Form abschließen, dass Versicherungssumme und Tarifbeitrag sich planmäßig erhöhen, ohne dass für die Erhöhung eine erneute Gesundheitsprüfung erforderlich wird.

§ 2 Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung?

(1) Die Versicherungssumme für die Risikoversicherung erhöht sich in jedem Jahr um 3 % der Versicherungssumme des Vorjahres. Die Summenerhöhung bewirkt eine Erhöhung des Tarifbeitrages.

(2) Die Versicherungssumme und der Tarifbeitrag erhöhen sich automatisch ohne erneute Gesundheitsprüfung.

(3) Die Erhöhungen erfolgen bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer, jedoch letztmals, wenn der Versicherte das Alter von 55 Jahren erreicht hat. Außerdem erfolgen keine Erhöhungen in den letzten 5 Jahren der Vertragsdauer oder wenn die Versicherungssumme aus der Risikoversicherung durch die Erhöhung 250.000 Euro übersteigen würde.

(4) Das Verhältnis von versicherter Berufsunfähigkeitsrente bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente zur Versicherungssumme der Risikoversicherung ändert sich durch die Erhöhungen nicht. Eine ggf. eingeschlossene Unfalltod-Zusatzversicherung nimmt nicht an den Erhöhungen teil.

§ 3 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Versicherungssumme und Tarifbeiträge?

(1) Die Erhöhungen der Versicherungssumme und des Tarifbeitrages erfolgen jeweils zu dem Jahrestag des Versicherungsbeginns.

(2) Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

§ 4 Wonach errechnen sich die erhöhten Tarifbeiträge?

(1) Die Erhöhung der Tarifbeiträge errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten Alter der versicherten Person, der restlichen Beitragszahlungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag. Die Tarifbeiträge erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

(2) Nach einer Erhöhung können etwaige beitragsfreie Versicherungssummen nicht mehr der dem Versicherungsschein beigefügten Tabelle entnommen werden. Sie werden Ihnen zusammen mit der Erhöhung mitgeteilt.

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

§ 6 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

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

(1) Alle im Rahmen des Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Versicherungsbedingungen sowie die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich auch auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen.

(2) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag setzt die Fristen des § 6 Absatz 13 ALB (Verletzung der Anzeigepflicht) und des § 8 ALB (Selbsttötung) nicht erneut in Lauf.

§ 6 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

(1) Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr spätestens 50 Tage nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von 50 Tagen nach dem Erhöhungstermin zahlen.

(2) Die Erhöhungen können einmal ausgesetzt werden. Sollten Sie zweimal nacheinander auf eine mögliche Erhöhung verzichten, ist für künftige Erhöhungen eine neue Gesundheitsprüfung erforderlich. In diesem Fall sind weitere Erhöhungen aber ausgeschlossen, wenn Ihre Versicherung zu einem für den Neuzugang geschlossenen Tarif gehört.

(3) Es erfolgen keine Erhöhungen, solange Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erbracht werden. Enden die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, weil der Grad der Berufsunfähigkeit sich entsprechend vermindert hat, wird bei künftigen Erhöhungen im Rahmen der Dynamik auch die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung wieder angepasst, wobei von den vor dem Leistungsbezug versicherten Berufsunfähigkeitsleistungen ausgegangen wird.

(4) Es erfolgen auch dann keine Erhöhungen, wenn der Vertrag so geändert wird, dass ein Neuabschluss mit Dynamik nicht zulässig wäre.

BESONDERE BEDINGUNGEN FÜR DIE BERUFSUNFÄHIGKEITS-ZUSATZVERSICHERUNG / BZ17

Inhalt

- § 1 Welche Leistungen erbringen wir?
- § 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?
- § 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- § 4 Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?
- § 5 Wie informieren wir Sie über unsere Leistungsprüfung und wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?
- § 6 Können die Beiträge erhöht werden?

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

(Tarif BZ)

(1) Die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (nachfolgend BUZ genannt) bietet mit dem Tarif BZ Schutz gegen die wirtschaftlichen Folgen von Berufsunfähigkeit. Wird die versicherte Person während der Dauer dieser Zusatzversicherung zu mindestens 50 % berufsunfähig, so übernehmen wir für die Dauer der Berufsunfähigkeit, längstens jedoch bis zum Ablauf dieser Zusatzversicherung, die Beitragszahlung für die Hauptversicherung und eingeschlossene weitere Zusatzversicherungen.

Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit besteht kein Anspruch auf diese Versicherungsleistung.

Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

(2) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung entsteht rückwirkend mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist.

(3) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung endet, wenn

- Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt,
- die versicherte Person stirbt oder
- die Versicherungsdauer dieser Zusatzversicherung abläuft.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn

- die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens 6 Monate 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 ausübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung vor Eintritt des Versicherungsfalles entspricht.

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. Die zumutbare Minderung des Einkommens und der Wertschätzung richtet sich dabei nach den individuellen Gegebenheiten gemäß der höchstrichterlichen Rechtsprechung.

Auf eine abstrakte Verweisung verzichten wir.

Berufsunfähigkeit bei Beamten

Auch die Berufsunfähigkeit eines Beamten beurteilt sich allein nach den vorgenannten Regelungen des § 2 unabhängig von einer etwaigen Dienstunfähigkeit im beamtenrechtlichen Sinne.

§ 7 Was gilt nach Anerkennung der Berufsunfähigkeit?

§ 8 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten im Rahmen der Nachprüfung?

§ 9 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

§ 10 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

§ 11 Einbezug einer Verbraucherschutzorganisation (VSO) in die Leistungsprüfung. Welches besondere Recht haben Sie?

§ 12 Wie können Sie Ihre Beiträge befristet aussetzen (Stundung)?

Berufsunfähigkeit bei Selbstständigen

Bei Selbstständigen ist die Berufsunfähigkeit unter Berücksichtigung der konkreten Betriebsgestaltung und der im Betrieb etwa bestehenden zumutbaren Möglichkeit einer Umorganisation zu beurteilen. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn Sie betrieblich sinnvoll ist, evtl. Einkommenseinbußen nach der Umorganisation nicht auf Dauer ins Gewicht fallen und die versicherte Person eine unveränderte Stellung hinsichtlich Weisungs- und Direktionsbefugnis inne hat.

Berufsunfähigkeit bei Auszubildenden

Bei Auszubildenden während der Berufsausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, 6 Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen außerstande sein wird, ihre zuletzt betriebene Ausbildung fortzusetzen, und auch keine andere berufliche oder schulische Ausbildung absolviert, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht, sowie keine berufliche Tätigkeit ausübt, die ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht. Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung.

Berufsunfähigkeit bei Studenten

Bei Studenten liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, 6 Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen außerstande sein wird, ihr zuletzt betriebenes Studium fortzusetzen, und auch kein anderes Studium betreibt, das ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht, sowie keine berufliche Tätigkeit ausübt, die ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht. Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung.

Als Studium gilt ein Vollzeitstudium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule (Universität, Fachhochschule, Duale Hochschule). Der angestrebte akademische Studienabschluss muss in Deutschland anerkannt sein.

Berufsunfähigkeit bei Erwerbsminderung

Berufsunfähigkeit liegt auch vor,

- solange ein Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder ein berufsständisches Versorgungswerk in der Bundesrepublik Deutschland, dem die versicherte Person als Pflichtmitglied angehört, allein aus medizinischen Gründen eine unbefristete volle Erwerbsminderungsrente gewährt,
- die versicherte Person bei Beginn der Rentenzahlung durch den Versorgungsträger das 55. Lebensjahr vollendet hat und
- der Vertrag mindestens 10 Jahre besteht.

Der Nachweis der Schwerbehinderung (z. B. Anerkenntnis durch ein Versorgungsamt) genügt dafür nicht.

Berufsunfähigkeit bei Tätigkeitsverbot wegen einer Infektion

Berufsunfähigkeit liegt bei Ärzten und Zahnärzten sowie Studenten der Human- und Zahnmedizin auch dann vor, wenn der versicherten Person zur Verhinderung

der Weiterverbreitung einer Infektion die Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit wegen Krankheit, Krankheitsverdachts, Ansteckungsverdachts oder Ausscheidens durch Verfügung der zuständigen Behörde vollständig oder teilweise nach § 31 Infektionsschutzgesetz untersagt wird. Die Untersagung muss sich auf einen Zeitraum von mehr als 6 Monaten erstrecken. Das verfügte Tätigkeitsverbot muss dabei zu einem Berufsunfähigkeitsgrad von mindestens 50 % führen. Zum Nachweis des Vorliegens eines Tätigkeitsverbotes ist uns die Verfügung im Original oder in beglaubigter Kopie vorzulegen.

Berufsunfähigkeit in diesem Sinne 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,
- der sozialen Wertschätzung und
- des Einkommens

mit der Lebensstellung vergleichbar ist, die durch die berufliche Tätigkeit geprägt war, die auszuüben der versicherten Person behördlich untersagt wird.

(2) Ist die versicherte Person 6 Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, außerstande gewesen, ihren zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalls 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 gilt die Fortdauer dieses Zustandes als Berufsunfähigkeit. In diesem Fall erbringen wir unsere Leistungen bereits ab Beginn dieses 6-Monats-Zeitraums.

Berufsunfähigkeit bei vorübergehender Nichtausübung einer beruflichen Tätigkeit

(3) Übt die versicherte Person bei Eintritt der Berufsunfähigkeit ihre berufliche Tätigkeit vorübergehend nicht aus und (z. B. wegen Mutterschutz, Elternzeit, Arbeitslosigkeit, Grundwehrdienst oder Zivildienst) und ist eine Wiederaufnahme nach spätestens 3 Jahren vorgesehen, so gilt die zuletzt bei vorübergehendem Ausscheiden aus dem Berufsleben ausgeübte Tätigkeit gemäß § 2 Absatz 1 als versichert. Ist die versicherte Person aus dem Berufsleben ausgeschieden, ohne dass eine Wiederaufnahme der Tätigkeit absehbar ist, so kommt es bei der Anwendung der Absätze 1 bis 2 darauf an, dass die versicherte Person außerstande ist, eine berufliche Tätigkeit auszuüben, die sie aufgrund vorhandener beruflicher Fähigkeiten und Kenntnisse, die durch Ausbildung und Erfahrung bis zum Ausscheiden aus dem Berufsleben und danach erworben wurden, ausüben kann. Diese Tätigkeit muss der bei Ausscheiden aus dem Berufsleben bestandenen Lebensstellung entsprechen.

Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit

(4) Berufsunfähigkeit liegt ebenfalls vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls voraussichtlich mindestens 6 Monate so hilflos ist, dass sie für mindestens 3 der in Absatz 5 genannten Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang, d. h. für mindestens 90 Minuten täglich, der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

(5) Bei der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit ist die erforderliche Hilfe bei folgenden Verrichtungen maßgebend:

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim:

- Fortbewegen im Zimmer

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
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
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
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
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 erforderliche Körperbewegung auszuführen.
- Verrichten der Notdurft
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 Beurteilung gemäß Absatz 4 liegt Pflegebedürftigkeit vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf.

(7) Ist die versicherte Person 6 Monate ununterbrochen pflegebedürftig im Sinne von Absatz 4 oder Absatz 6 gewesen und deswegen täglich gepflegt worden, so gilt die Fortdauer dieses Zustandes als Berufsunfähigkeit. In diesem Fall erbringen wir unsere Leistungen bereits ab Beginn dieses 6-Monats-Zeitraums.

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Berufsunfähigkeit gekommen ist.

(2) Wir leisten jedoch nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:

- a) durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- b) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse. Wir werden jedoch leisten, wenn die Berufsunfähigkeit während eines Aufenthaltes der versicherten Person außerhalb der Bundesrepublik Deutschland verursacht wurde und sie an den kriegerischen Ereignissen nicht aktiv beteiligt war;
- c) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person. Bei einfach oder grob fahrlässiger Ausführung der Tat erfolgt kein Leistungsausschluss;
- d) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder mehr als altersentsprechendem 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;
- e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;

f) durch Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden, dass zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Einrichtung tätig wurde oder hätte tätig werden müssen;
g) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und mit deren Einsatz oder dem Freisetzen eine nicht vorhersehbare Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den Rechnungsgrundlagen derart verbunden ist, dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.

§ 4 Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?

(1) Wird eine Leistung aus dieser Zusatzversicherung beansprucht, müssen Sie uns die Berufsunfähigkeit in Textform mitteilen. Außerdem müssen uns auf Kosten des Anspruchserhebenden unverzüglich folgende Auskünfte, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, gegeben und Nachweise vorgelegt werden:

- a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
- b) 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 der versicherten Person sowie über dessen Auswirkungen auf die Berufsfähigkeit oder Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit;
- c) Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;
- d) Unterlagen über die finanzielle Lebensstellung aus beruflicher Tätigkeit der versicherten Person und deren Veränderungen vor und nach Eintritt der Berufsunfähigkeit (z. B. Einkommensteuerbescheide, betriebswirtschaftliche Unterlagen);
- e) bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege.
- f) eine Aufstellung
 - der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war, ist oder – sofern bekannt – sein wird,
 - der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger oder sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Berufsunfähigkeit geltend machen könnte,
 - über den derzeitigen Arbeitgeber und frühere Arbeitgeber der versicherten Person.

(2) Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere medizinische und berufskundliche Auskünfte, Aufklärungen, Vor-Ort-Prüfungen und zusätzliche Untersuchungen sowie weitere notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen und beruflichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen, wobei wir hierzu entsprechende Gutachter, Ärzte und sachverständige Dienstleister einsetzen können, soweit dies zur Beurteilung des Versicherungsfalles (Prüfung der Berufsunfähigkeit) und/oder zur Überprüfung der Angaben vor Vertragsannahme erforderlich ist.

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, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Aus-

kunft zur Beurteilung des Versicherungsfalles und zur Überprüfung der Angaben vor Vertragsannahme zu erteilen. Hat die versicherte Person die Ermächtigung vor Abgabe der Vertragserklärung erteilt, wird sie vor Einholung einer solchen Auskunft von uns unterrichtet werden; die versicherte Person kann der Einholung einer solchen Auskunft unter Verwendung der bei Abgabe der Vertragserklärung erteilten Ermächtigung widersprechen. Im Übrigen kann die versicherte Person jederzeit verlangen, dass die Auskunftserhebung nur bei Einzeleinwilligung erfolgt. Entsteht durch die Erteilung einer Einzeleinwilligung ein besonderer Aufwand bei der Bearbeitung des Leistungsantrags, so können wir von der versicherten Person die hiermit verbundenen Kosten in angemessener Höhe erstattet verlangen. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir die Untersuchungskosten, sowie die vorher mit uns abgestimmten Reise- und Aufenthaltskosten. Mit unserer Zustimmung können die erforderlichen Untersuchungen auch außerhalb Deutschlands durchgeführt werden.

(3) Die versicherte Person ist aufgrund der allgemeinen gesetzlichen Schademinderungspflicht verpflichtet, geeignete Hilfsmittel (z. B. Brillen oder Prothesen) zu verwenden und zumutbare Heilbehandlungen vorzunehmen, die eine wesentliche Besserung ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung erwarten lassen. Zumutbar sind Heilbehandlungen, die gefahrlos sind und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind. Operationen sehen wir nicht als zumutbar an.

§ 5 Wie informieren wir Sie über unsere Leistungsprüfung und wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

(1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir, ob wir eine Leistungspflicht anerkennen. Auf die Möglichkeit eines zeitlich befristeten Anerkenntnisses verzichten wir ausdrücklich.

(2) Während der Prüfung Ihres Anspruchs auf Leistungen aus der BUZ werden wir Sie monatlich über den Stand der Bearbeitung informieren. Innerhalb von 15 Arbeitstagen nach Eingang der gemäß § 4 erforderlichen Unterlagen werden wir

- Ihnen mitteilen, ob wir unsere Leistungspflicht anerkennen oder
- Sie über erforderliche weitere Prüfungsschritte bzw. fehlende Unterlagen informieren.

§ 6 Können die Beiträge erhöht werden?

Die von uns angegebenen Tarifbeiträge sind für die gesamte Vertragsdauer garantiert und können von uns nicht erhöht werden, da wir auf eine tarifliche Beitragsanpassungsklausel verzichten. Lediglich im Rahmen der gesetzlichen Schutzvorschrift des § 163 VVG können die Beiträge in besonderen Fällen, die nicht nur die Hannoversche Leben betreffen (z. B. Epidemie), heraufgesetzt werden, und auch nur dann, wenn ein unabhängiger Treuhänder dem zustimmt.

§ 7 Was gilt nach Anerkennung der Berufsunfähigkeit?

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit und ihren Grad oder die Pflegebedürftigkeit nachzuprüfen. Dabei können wir erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von § 2 Absatz 1 ausübt, wobei auch Tätigkeiten zu berücksichtigen sind, die die versicherte Person aufgrund neu erworbener Kenntnisse und Fähigkeiten ausübt.

(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 § 4 Absatz 2 gelten entsprechend.

(3) Sie müssen uns unverzüglich mitteilen, wenn sich die Berufsunfähigkeit oder die Pflegebedürftigkeit mindern oder wegfallen oder eine berufliche Tätigkeit wieder aufgenommen wird bzw. sich ändert.

(4) Wir sind leistungsfrei, wenn wir feststellen, dass die in § 1 und § 2 genannten Voraussetzungen der Leistungspflicht entfallen sind und wir Ihnen diese Veränderung in Textform darlegen. Unsere Leistungen können wir mit Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen einstellen. Ab diesem Zeitpunkt müssen Sie auch die Beiträge wieder zahlen.

§ 8 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten im Rahmen der Nachprüfung?

(1) Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 4 oder § 7 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, leisten wir nicht. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

(2) Weisen Sie nach, dass die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt worden ist, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen. Die Ansprüche bleiben auch bestehen, soweit Sie uns nachweisen, dass die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Das gilt nicht, wenn die Mitwirkungspflicht arglistig verletzt wird.

(3) Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet.

§ 9 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

(1) Die Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet, so erlischt auch die Zusatzversicherung. Übernehmen wir für die Dauer der Berufsunfähigkeit die Beitragszahlung für die Hauptversicherung, so berechnen wir die Leistungen aus der Hauptversicherung (Rückkaufswert, beitragsfreie Versicherungsleistung, Vorauszahlung und Jahresgewinnanteile sowie Schlussgewinnbeteiligung der Hauptversicherung) so, als ob Sie den Beitrag unverändert weitergezahlt hätten.

(2) Unsere Leistungsverpflichtung für den Fall von Berufsunfähigkeit haben wir im Vertrauen darauf übernommen, dass bei Vertragsabschluss alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet wurden. Es gelten die Vorschriften über die vorvertragliche Anzeigepflicht in den Allgemeinen Bedingungen. Bei einer von Ihnen nicht zu vertretenden Anzeigepflichtverletzung verzichten wir zu Ihren Gunsten auf das uns gesetzlich zustehende Recht (§ 19 VVG), eine Vertragsänderung (Beitragserhöhung und/oder Ausschluss) von Ihnen zu verlangen oder den Vertrag zu kündigen.

(3) Eine Zusatzversicherung, für die laufende Beiträge zu zahlen sind, können Sie für sich allein kündigen, in den letzten 5 Versicherungsjahren jedoch nur zusammen mit der Hauptversicherung. Einen Rückkaufswert aus der Zusatzversicherung – soweit vorhanden – erhalten Sie nur, wenn Sie die Zusatzversicherung zusammen mit der Hauptversicherung kündigen. Der Auszahlungsbetrag bei Kündigung errechnet sich aus dem vorhandenen Deckungskapital gemindert um einen Abzug von 30 % des

Deckungskapitals. Das Deckungskapital wird auf Basis des Beitrags ohne Berücksichtigung der Überschussbeteiligung ermittelt. 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 von Ihnen nicht gezahlten Beitragsteile im Deckungskapital ausgeglichen werden. Außerdem wird die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer 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) Eine Zusatzversicherung, für die keine Beiträge mehr zu zahlen sind (beitragsfreie Zusatzversicherung, Zusatzversicherung gegen Einmalbeitrag), können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung kündigen. In diesem Fall erhalten Sie – soweit vorhanden – einen Rückkaufswert.

(5) Die Zusatzversicherung können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln.

(6) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung gelten die Absätze 3, 4 und 5 entsprechend.

(7) Ist die Hauptversicherung eine Risikoversicherung, gilt Folgendes: Die Verlängerung der Risikoversicherung lässt die Laufzeit der Zusatzversicherung unverändert.

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

§ 10 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

(1) Ihre Zusatzversicherung zu einer Einzelversicherung gehört zur Bestandsgruppe I der Berufsunfähigkeits-Versicherungen. Ihre Zusatzversicherung zu einer Kollektivversicherung gehört zur Bestandsgruppe G der Kollektivversicherungen. Sie erhält in der Anwartschaftszeit (Zeit bis zum Eintritt unserer Leistungspflicht) für jedes Versicherungsjahr jeweils zu dessen Beginn einen vollen Jahresgewinnanteil in deklarer Höhe. Endet die Anwartschaftszeit unterjährig, wird der Jahresgewinnanteil entsprechend zeitanteilig gekürzt. Der Jahresgewinnanteil wird vorschüssig in Prozent des fälligen Beitrages festgesetzt. Zusatzversicherungen, die gemäß § 9 Absatz 5 beitragsfrei gestellt worden sind, sind nicht überschussberechtig.

Die Beiträge sind so kalkuliert, dass sie für die Deckung von Berufsunfähigkeitsrisiken benötigt werden. Für die Bildung von Kapitalerträgen stehen deshalb keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung. Daher entstehen keine oder nur geringe Bewertungsreserven. Soweit Bewertungsreserven überhaupt entstehen, werden sie bei Vertragsbeendigung der jeweiligen Hauptversicherung nach dem beschriebenen Verfahren zugeteilt und in gleicher Form verwendet.

(2) Die Jahresgewinnanteile werden während der Anwartschaftszeit in der Regel zur Sofortgutschrift (Verrechnung bei jeder Beitragsfälligkeit) verwendet.

(3) Ist die versicherte Person nicht berufsunfähig geworden, so kann bei Ablauf der Versicherungsdauer ein Schlussbonus in Prozent der Beitragssumme gewährt werden, dessen Höhe vom Beitrag und von der Versicherungsdauer abhängig ist. Erlischt die Zusatzversicherung vorher durch Tod der versicherten Person, so kann ein Schlussbonus in nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik verminderter Höhe gewährt werden, wenn die Versicherung mindestens 2 Jahre gedauert hat und die versicherte Person nicht berufsunfähig geworden ist.

(4) Ist dagegen die Leistungspflicht eingetreten und übernehmen wir die Beitragszahlung für die Hauptversicherung, so erhält die Zusatzversicherung einen Jahresgewinnanteil in Prozent des gewinnberechtigten Deckungskapitals. Die Jahresgewinnanteile werden wie die der Hauptversicherung verwendet.

§ 11 Einbezug einer Verbraucherschutzorganisation (VSO) in die Leistungsprüfung. Welches besondere Recht haben Sie?

(1) Beabsichtigen wir nach Prüfung der uns eingereichten und von uns beigezogenen Unterlagen den Leistungsantrag gemäß § 5 Absatz 1 abzulehnen, informieren wir unter Darlegung unserer Gründe zuvor denjenigen, der Anspruch auf die Versicherungsleistung erhebt. Dadurch geben wir ihm Gelegenheit, eine der folgenden Verbraucherschutzorganisationen

- Verbraucherzentralen, die in der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. organisiert sind,
- Versicherungsberater, die im Bundesverband der Versicherungsberater e.V. organisiert sind,

zur Überprüfung unserer vorläufigen Auffassung einzuschalten, wenn die versicherte Person die VSO zuvor aus Gründen des Datenschutzes schriftlich bevollmächtigt hat. Im Rahmen der erteilten Vollmacht dürfen dann für die Leistungsprüfung relevante Daten und Unterlagen (z. B. der formelle Leistungsantrag, Arztberichte, Gutachten) an die VSO weitergeleitet werden. Wir übernehmen 75 % der nachgewiesenen Kosten der VSO, höchstens jedoch 500 Euro. Die VSO kann innerhalb von einem Monat eine Stellungnahme abgeben. Vor einer endgültigen Entscheidung gem. § 5 Absatz 1 werden wir mögliche Bedenken oder Anregungen der VSO in unsere Entscheidungsfindung einbeziehen.

(2) Das in Absatz 1 genannte Recht steht Ihnen auch zu, wenn wir beabsichtigen, gemäß § 7 Absatz 4 im Rahmen eines Nachprüfungsverfahrens unsere anerkannten Leistungen einzustellen oder herabzusetzen.

(3) Bei Ablehnung eines Leistungsantrages wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht (siehe § 9 Absatz 2 sowie § 6 der Allgemeinen Bedingungen für die Lebensversicherung) gelten folgende Abweichungen gegenüber Absatz 1: Die fristgebundene Ablehnungserklärung (z. B. Rücktritt vom Vertrag) stellen wir mit sofortiger Rechtswirkung dem Anspruchsteller zu. Dieser ist dann berechtigt, eine der in Absatz 1 genannten Verbraucherschutzorganisationen (VSO) zur Überprüfung unserer getroffenen Entscheidung einzuschalten. Die VSO kann innerhalb von einem Monat eine Stellungnahme abgeben. Wir werden dann überprüfen, ob wir im Hinblick auf vorgetragene Bedenken oder Anregungen die Wirkung unserer getroffenen Entscheidung gegebenenfalls abändern. Im Falle einer solchen Abänderung übernehmen wir 75 % der nachgewiesenen Kosten der VSO, höchstens jedoch 125 Euro.

§ 12 Wie können Sie Ihre Beiträge befristet aussetzen (Stundung)?

Haben Sie eine Leistung beantragt, müssen Sie bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen. Wenn Sie es wünschen, werden wir Ihnen die künftig fälligen Beiträge bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos stunden. Wird endgültig festgestellt, dass unsere Leistungspflicht nicht besteht, sind die ausstehenden Beiträge von Ihnen nachzuzahlen. Die gestundeten Beiträge können Sie in einem Zeitraum von bis zu 12 Monaten in Raten neben den laufenden Beiträgen nachzahlen oder ggf. durch eine Vertragsänderung tilgen.

BESONDERE BEDINGUNGEN FÜR DIE UNFALLTOD-ZUSATZVERSICHERUNG / UZ18

Inhalt

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

§ 2 Was ist ein Unfall im Sinne dieser Bedingungen?

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

§ 4 Welche Rolle spielen Erkrankungen und Gebrechen der versicherten Person?

§ 5 Was ist nach dem Unfalltod der versicherten Person zu beachten?

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

§ 7 Welche Besonderheiten gelten für die Überschussbeteiligung?

§ 8 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

Unfalltod-Zusatzversicherung (Tarif UZ)

(1) Stirbt die versicherte Person an den Folgen eines Unfalls, so zahlen wir die vereinbarte Unfall-Zusatzversicherungssumme, wenn Unfall und Tod während der Versicherungsdauer dieser Zusatzversicherung eingetreten sind. Zwischen dem Unfall und dem Tod darf nicht mehr als ein Jahr vergangen sein.

(2) Bei der Partnersversicherung wird die Unfall-Zusatzversicherungssumme für jede versicherte Person gezahlt, für die die Zusatzversicherung eingeschlossen ist, wenn die versicherten Personen gleichzeitig durch denselben Unfall versterben. Als gleichzeitig im Sinne dieser Bedingungen gilt auch, wenn die versicherten Personen innerhalb von 14 Tagen an den Folgen desselben Unfalls versterben und die sonstigen Voraussetzungen nach Abs.1 erfüllt sind.

(3) Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

§ 2 Was ist ein Unfall im Sinne dieser Bedingungen?

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsbeschädigung erleidet.

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu dem Unfall gekommen ist.

(2) Soweit nichts anderes vereinbart ist, fallen jedoch zusätzlich zu den Ausschlüssen aus der Hauptversicherung nicht unter den Versicherungsschutz:

a) Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder solche Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen. Wir werden jedoch leisten, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diese Versicherung fallendes Unfallereignis verursacht waren.

b) Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.

c) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse verursacht sind, oder durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person aufseiten der Unruhestifter teilgenommen hat.

d) Unfälle der versicherten Person

- als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit dieser nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;

- bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit oder
- bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

e) Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

f) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

g) Gesundheitsschädigungen durch Strahlen. Wir werden jedoch leisten, wenn es sich um Folgen eines unter die Versicherung fallenden Unfallereignisses handelt.

h) Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe, die die versicherte Person an ihrem Körper vornimmt oder vornehmen lässt. Wir werden jedoch leisten, wenn die Eingriffe oder Heilmaßnahmen, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diese Versicherung fallenden Unfall veranlasst waren.

i) Infektionen. Wir werden jedoch leisten, wenn die Krankheitserreger durch eine unter diese Versicherung fallende Unfallverletzung in den Körper gelangt sind. Nicht als Unfallverletzungen gelten dabei Haut- oder Schleimhautverletzungen, die als solche geringfügig sind und durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangen; für Tollwut und Wundstarrkrampf entfällt diese Einschränkung. Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen verursacht sind, gilt § 3 h Satz 2 entsprechend.

j) Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund. Wir werden jedoch leisten, wenn es sich um Folgen eines unter die Versicherung fallenden Unfallereignisses handelt.

k) Unfälle infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig, wodurch diese verursacht sind.

l) Selbsttötung, und zwar auch dann, wenn die versicherte Person die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn jener Zustand durch ein unter die Versicherung fallendes Unfallereignis hervorgerufen wurde.

m) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen verursacht sind, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden.

§ 4 Welche Rolle spielen Erkrankungen und Gebrechen der versicherten Person?

Haben neben dem Unfall Krankheiten oder Gebrechen zur Herbeiführung des Todes mitgewirkt, vermindert sich unsere Leistung entsprechend dem Anteil der Mitwirkung. Beträgt der Anteil der Mitwirkung weniger als 25 Prozent, unterbleibt die Minderung.

§ 5 Was ist nach dem Unfalltod der versicherten Person zu beachten?

(1) Der Unfalltod der versicherten Person ist uns unverzüglich – möglichst innerhalb von 48 Stunden – mitzuteilen. Einzureichen sind uns die Nachweise zum Unfallhergang und zu den Unfallfolgen. Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise und Auskünfte verlangen.

(2) Uns ist das Recht zu verschaffen, ggf. eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

(3) Wird vorsätzlich die Mitteilungs- und Aufklärungspflicht (Absatz 1 und 2) verletzt, sind wir von unserer Leistungspflicht befreit. Bei grob fahrlässigem Verhalten sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben. Wenn uns nachgewiesen wird, dass die Mitteilungs- oder Aufklärungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt worden ist, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen. Wir bleiben auch zur Leistung verpflichtet, soweit uns nachgewiesen wird, dass die Verletzung der Mitteilungs- bzw. Aufklärungspflicht ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Dies gilt nicht, wenn die Obliegenheit arglistig verletzt wird.

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

Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats zu erklären, ob und in welcher Höhe wir einen Anspruch anerkennen. Die Frist beginnt, sobald uns die notwendigen Nachweise und Auskünfte vorliegen.

§ 7 Welche Besonderheiten gelten für die Überschussbeteiligung?

Die Zusatzversicherung ist nicht überschussberechtigt.

§ 8 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

(1) Die Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet, endet auch die Zusatzversicherung. Bei einer Versicherung mit Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung besteht die Unfalltod-Zusatzversicherung auch dann fort, wenn die Hauptversicherung wegen Berufsunfähigkeit der versicherten Person ganz oder teilweise beitragsfrei wird.

(2) Wird die Leistung der Hauptversicherung herabgesetzt, so vermindert sich auch der Versicherungsschutz aus der Zusatzversicherung entsprechend.

(3) Wenn unsere Leistungspflicht aus der Hauptversicherung erloschen oder auf die beitragsfreie Leistung beschränkt war, danach aber zusammen mit der Zusatzversicherung ganz oder teilweise wieder auflebt, können aus dem wieder in Kraft getretenen Teil keine Ansprüche aufgrund solcher Unfälle geltend gemacht werden, die während der Unterbrechung des vollen Versicherungsschutzes eingetreten sind.

(4) Wenn Sie eine Zusatzversicherung mit laufender Beitragszahlung kündigen, haben Sie weder einen Anspruch auf einen Rückkaufswert noch auf eine beitragsfreie Leistung.

(5) Eine Zusatzversicherung gegen Einmalbeitrag können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung kündigen. Sie erhalten in diesem Falle den festgelegten Rückkaufswert.

(6) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen sinngemäß Anwendung.

ALLGEMEINE BEDINGUNGEN FÜR DEN VORLÄUFIGEN VERSICHERUNGSSCHUTZ / VV17

Inhalt

- § 1 Was ist vorläufig versichert?
- § 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?
- § 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?
- § 4 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
mit den nachfolgenden Bedingungen wenden wir uns an Sie als Antragsteller und künftigen Versicherungsnehmer.

§ 1 Was ist vorläufig versichert?

Risikoversicherung

(1) Vorläufiger Versicherungsschutz in der Risikoversicherung besteht für den Tod der versicherten Person infolge eines Unfalls, der während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eingetreten ist. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

(2) Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich auf die für den Todesfall beantragte Versicherungssumme aus der Risikoversicherung. Aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes zahlen wir die beantragte Versicherungssumme. Wir zahlen jedoch höchstens 100.000 Euro, auch wenn Sie höhere Leistungen beantragt haben. Diese Begrenzung gilt auch dann, wenn mehrere Anträge auf das Leben derselben Person bei uns gestellt worden sind.

Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitsversicherung

(3) Vorläufiger Versicherungsschutz in der Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsversicherung besteht für bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit, die während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes als unmittelbare Folge eines Unfalls eingetreten ist. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsbeschädigung erleidet. Haben zur Herbeiführung der Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit neben dem Unfallereignis Krankheiten oder Gebrechen zu mindestens 25 Prozent mitgewirkt, so vermindert sich unsere Leistung entsprechend dem Anteil der Mitwirkung.

(4) Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich auf

- die Zahlung einer Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente in Höhe der beantragten Rente (jedoch höchstens 1.000 Euro monatlich), wenn uns die Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit innerhalb von einem Monat seit ihrem Eintritt angezeigt worden ist,
- die Leistung aus der Beitragsbefreiung für die beantragte Versicherungssumme (jedoch höchstens 100.000 Euro), wenn die Versicherung zu Stande gekommen ist und solange sie nicht weggefallen ist.

In jedem Falle enden die Leistungen aus der Versicherung spätestens mit dem Ablauf der für die Versicherung beantragten Versicherungsdauer.

§ 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

Sofern nichts anderes vereinbart ist, ist Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz, dass

- a) der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als 2 Monate nach der Unterzeichnung des Antrags liegt;
- b) uns eine Ermächtigung zum Beitrageinzug erteilt worden ist;

§ 5 Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?

§ 6 Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

- c) Sie das Zustandekommen der beantragten Versicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht haben;
- d) Ihr Antrag nicht von den von uns gebotenen Tarifen und Bedingungen abweicht;
- e) die versicherte Person bei Unterzeichnung des Antrags das 15. Lebensjahr schon und das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.
- f) frühere Anträge der versicherten Person von uns nicht abgelehnt, nicht zurückgestellt wurden oder nicht zu erschwerten Bedingungen (Mehrbeitrag oder Ausschluss-Klausel) zu Stande gekommen wären;
- g) frühere Verträge durch uns nicht wegen Nichtzahlung oder Zahlungsrückständen gekündigt wurden;
- h) wir bei früheren Verträgen keinen Rücktritt bzw. keine Anfechtung erklärt haben.

§ 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

(1) Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag, an dem Ihr vollständig ausgefüllter Antrag bei uns eingeht.

(2) Der vorläufige Versicherungsschutz endet, wenn

- a) zwei Monate nach Unterzeichnung des Antrags vergangen sind;
- b) der Versicherungsschutz aus der beantragten Versicherung begonnen hat;
- c) Sie Ihren Antrag angefochten oder zurückgenommen haben;
- d) Sie von Ihrem Widerrufsrecht nach § 8 VVG Gebrauch gemacht haben;
- e) Sie einer Ihnen gemäß § 5 Abs. 1 und 2 VVG mitgeteilten Abweichung des Versicherungsscheins von Ihrem Antrag widersprochen haben;
- f) der Einzug des Einlösungsbeitrages aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht möglich war oder dem Einzug widersprochen worden ist, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben;
- g) wir Ihren Antrag abgelehnt oder zurückgestellt haben;
- h) Sie den Vertrag über die Versicherung oder einen weiteren Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz mit einem anderen Versicherer schließen. Über den Vertragsschluss mit einem anderen Versicherer haben Sie uns unverzüglich zu informieren.

§ 4 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Unsere Leistungspflicht entfällt

- a) bei Unfällen, für die Erkrankungen, Beschwerden oder Gesundheitsstörungen mitursächlich waren, nach denen im Antrag gefragt wurde und von denen die versicherte Person bei Unterzeichnung Kenntnis hatte; dies gilt auch, wenn diese im Antrag angegeben wurden,
- b) bei Unfällen der versicherten Person in unmittelbarem und mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen, soweit die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat,
- c) bei Unfällen der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemi-

schen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden,

d) bei Unfällen durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder solche Krampfanfälle, die den ganzen Körper des Versicherten ergreifen. Wir werden jedoch leisten, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Versicherungsschutz fallendes Unfallereignis verursacht waren,

e) bei Unfällen, die dem Versicherten dadurch zustoßen, dass er vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht,

f) bei Unfällen des Versicherten bei der Benutzung von Luftfahrzeugen (Fluggeräten) ohne Motor, Motorseglern, Ultraleichtflugzeugen und Raumfahrzeugen sowie beim Fallschirmspringen; als Luftfahrzeugführer oder als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges; bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit,

g) bei Unfällen, die dem Versicherten dadurch zustoßen, dass er sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt,

h) bei Unfällen, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind,

i) bei Gesundheitsschädigungen durch Strahlen. Wir werden jedoch leisten, wenn es sich um Folgen eines unter diesen Versicherungsschutz fallenden Unfallereignisses handelt,

j) bei Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen lässt. Wir werden jedoch leisten, wenn die Eingriffe oder Heilmaßnahmen, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Versicherungsschutz fallenden Unfall veranlasst waren,

k) bei Infektionen. Wir werden jedoch leisten, wenn die Krankheitserreger durch eine unter diesen Versicherungsschutz fallende Unfallverletzung in den Körper gelangt sind. Nicht als Unfallverletzungen gelten dabei Haut- oder Schleimhautverletzungen, die als solche geringfügig sind und durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangen; für Tollwut und Wundstarrkrampf entfällt diese Einschränkung. Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen verursacht sind, gilt § 4 j Satz 2 entsprechend,

l) bei Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund. Wir werden jedoch leisten, wenn es sich um Folgen eines unter diesen Versicherungsschutz fallenden Unfallereignisses handelt,

m) bei Unfällen infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig, wodurch diese verursacht sind,

n) bei Selbsttötung, und zwar auch dann, wenn der Versicherte die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn jener Zustand durch ein unter diesen Versicherungsschutz fallendes Unfallereignis hervorgerufen wurde.

§ 5 Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir keinen gesonderten Beitrag.

§ 6 Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

(1) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Bedingungen für die beantragte Versicherung Anwendung. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse. Eine Überschussbeteiligung erfolgt jedoch nicht.

(2) Haben Sie im Antrag ein Bezugsrecht festgelegt, gilt dieses auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

STEUERN UND LEBENSVERSICHERUNG

STEUERINFORMATION RISIKOVERSICHERUNG / STR01/18

A. Versicherungsteuer

Beiträge zu Lebensversicherungen sind von der Versicherungsteuer befreit (§ 4 Nr.5 VersStG).

B. Einkommensteuer

Die Beiträge zu Risikoversicherungen und Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen sind neben anderen Vorsorgeaufwendungen als Sonderausgaben abzugsfähig. Der für solche Aufwendungen maßgebliche Höchstbetrag beträgt 2.800 Euro je Steuerpflichtigen, sofern er Aufwendungen zu einer Krankenversicherung in vollem Umfang allein tragen muss. Andernfalls reduziert sich der Höchstbetrag auf 1.900 Euro (insbesondere für in der gesetzlichen Krankenversicherung Pflichtversicherte, in der Familienversicherung Mitversicherte, Beamte, privat Versicherte, denen der Arbeitgeber einen steuerfreien Zuschuss zahlt).

Versicherungsleistungen aus Risikoversicherungen und Unfalltod-Zusatzversicherungen sind stets einkommensteuerfrei.

C. Erbschaft- und Schenkungsteuer

Die Ansprüche oder Leistungen unterliegen der Erbschaft- und Schenkungsteuer, wenn sie aufgrund einer Schenkung des Versicherungsnehmers oder bei dessen Tod als Erwerb von Todes wegen (z.B. aufgrund eines Bezugsrechts oder als Teil des Nachlasses) erworben werden.

Zu versteuern sind Versicherungsleistungen, wenn sie – bei „Erwerb von Todes wegen“ zusammen mit dem übrigen Erbe – folgende Freibeträge des § 16 ErbStG übersteigen:

500.000 Euro für Ehegatten/Lebenspartner und 400.000 Euro für Kinder (Steuerklasse I), für weiter entfernte Verwandte gelten geringere Freibeträge.

Außerdem stehen Ehegatten/Lebenspartnern und Kindern bei „Erwerb von Todes wegen“ besondere Freibeträge zu. Unter Ehegatten/Lebenspartnern beträgt dieser 256.000 Euro. Er wird allerdings um den Kapitalwert erbschaftsteuerfreier Versorgungsbezüge (z.B. Witwen- oder Witwerrente) gekürzt. Der Versorgungsfreibetrag für Kinder (bis 27 Jahre) ist altersabhängig und reicht von 10.300 Euro bis 52.000 Euro.

D. Meldepflichten

Gesetzliche Vorschriften erfordern Meldungen unsererseits u.a. bei

- Übertragungen der Versicherungsnehmereigenschaft
- Abtretungen an ausländische Kreditinstitute
- Auszahlungen an andere Personen als den Versicherungsnehmer
- Steuerpflicht im Ausland

Alle Angaben sind nach bestem Wissen und Gewissen erfolgt. Eine Gewähr für die Vollständigkeit und Richtigkeit kann nicht übernommen werden. Für weitergehende Informationswünsche wenden Sie sich bitte an Ihren Steuerberater.
Stand: Januar 2018

es bedeuten:

ErbStG = Erbschaftsteuer- und Schenkungsteuergesetz
EStDV = Einkommensteuer-Durchführungsverordnung
VersStG = Versicherungsteuergesetz

Hannoversche Lebensversicherung AG
VHV-Platz 1
30177 Hannover
T 0511.95 65-0
F 0511.95 65-555
hannoversche.de