

Allgemeine Bedingungen für die Selbstständige Existenz-Versicherung

(Tarifbezeichnung: SKV)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Sie sind als Versicherungsnehmer unser Vertragspartner. Ihre Existenz-Versicherung ist eine Grundfähigkeitsversicherung. Für unser Vertragsverhältnis gelten die folgenden Bedingungen. Darin werden die vertragsrechtlichen Leistungen bei Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit beschrieben. Informationen zur steuerlichen Behandlung Ihrer Versicherung finden Sie in der Kundeninformation „Allgemeine Angaben über steuerliche Aspekte“.

Inhaltsverzeichnis Seite

Leistungen

§ 1 Was ist eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?	1
§ 2 Welche Leistungen erbringen wir bei einer Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit?	5
§ 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	5
§ 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	7
§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	7
§ 6 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	7

Auszahlung von Leistungen

§ 7 Was ist zu beachten, wenn Leistungen aus dieser Versicherung verlangt werden?	8
§ 8 Welche Unterstützung erhalten Sie von uns im Leistungsfall?	9
§ 9 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	9
§ 10 Wer erhält die Leistungen?	10
§ 11 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?	10
§ 12 Was gilt für die Nachprüfung unserer Leistungspflicht?	10
§ 13 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten im Anspruchsfall oder bei Nachprüfung unserer Leistungspflicht?	11

Nachversicherungsgarantien

§ 14 Welche Bedeutung hat die Nachversicherungsgarantie?	11
§ 15 Welche Bedeutung hat die Verlängerungsgarantie bei Erhöhung der Regelaltersgrenze?	12

Beiträge

§ 16 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?	12
§ 17 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	13
§ 18 Was gilt bei erhöhtem Leistungsbedarf?	13

Kündigung und Beitragsfreistellung

§ 19 Wann können Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen oder kündigen?	14
--	----

Kosten

§ 20 Welche Kosten sind in Ihrem Vertrag vereinbart?	15
--	----

Sonstige Vertragsbestimmungen

§ 21 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?	15
§ 22 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?	15
§ 23 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?	16
§ 24 Was können Sie bei Meinungsverschiedenheiten tun?	16
§ 25 Was gilt bei Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen?	16

§ 1 Was ist eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person innerhalb der Versicherungsdauer infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls mindestens eine der in Absatz 5 genannten Fähigkeiten im jeweils beschriebenen Umfang verliert und voraussichtlich für mindestens 6 Monate nicht wiedererlangen wird:

- Sehen,
- Hören,
- Sprechen,
- Unterhaltung führen,
- Riechen und Schmecken,
- Gebrauch einer Hand,
- Fingerfertigkeit,
- Schreiben,
- Gebrauch eines Arms,
- Heben und Tragen,
- Ziehen oder Schieben,
- Sitzen,
- Knien,
- Bücken,
- Stehen,
- Gehen,
- Treppensteigen,
- Gleichgewicht,
- Geistige Leistungsfähigkeit,
- Eigenverantwortliches Handeln,
- Bildschirmtätigkeit,
- Herzfunktion,
- Lungenfunktion,
- Autofahren,
- Nutzung des öffentlichen Personennah- oder Personenfernverkehrs.

Außerdem besteht Versicherungsschutz bei einem Tätigkeitsverbot wegen einer Infektionsgefahr.

(2) Hat die versicherte Person innerhalb der Versicherungsdauer seit mindestens 6 Monaten infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls mindestens eine der versicherten Fähigkeiten im beschriebenen Umfang verloren und seitdem nicht wiedererlangt, so gilt dieser Zustand von Beginn an als Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit.

Ursache der Beeinträchtigung

(3) Die Krankheit, die Körperverletzung oder der Kräfteverfall muss zu nachweisbaren physischen Veränderungen führen und damit einer objektiven Befunderhebung zugänglich sein; der Verlust von Fähigkeiten aufgrund von psychischen oder neurotischen Störungen kommt damit als Ursache nicht in Betracht. Diese Einschränkung gilt nicht für den Verlust der geistigen Leistungsfähigkeit gemäß Absatz 5 Buchst. s sowie für den Verlust der Fähigkeit eigenverantwortlich zu handeln gemäß Absatz 5 Buchst. t.

Nachweis der Beeinträchtigung

(4) Der Verlust einer der versicherten Fähigkeiten sowie die diesem Verlust zugrunde liegende Krankheit, Körperverletzung oder der Kräfteverfall sind durch einen Facharzt der entsprechenden Fachrichtung mit den nach aktuellem medizinischem Wissensstand üblichen Befunderhebungen und Testverfahren nachzuweisen.

Welche Nachweise Sie im Einzelnen vorlegen müssen, ist unter § 7 Abs. 4 beschrieben. Welche ärztlichen Empfehlungen und Maßnahmen die versicherte Person zu beachten hat, ist unter § 7 Abs. 7 beschrieben.

Versicherte Fähigkeiten

(5) Für die folgenden Fähigkeiten besteht Versicherungsschutz:

a) Sehen

Ein Verlust liegt vor, wenn das Sehvermögen der versicherten Person auch nach Einsatz von Hilfsmitteln (z. B. Brille, Kontaktlinsen) so stark eingeschränkt ist, dass

- bei jedem Auge nur noch ein Restsehvermögen von höchstens 5 % oder
- eine Einschränkung des Gesichtsfeldes auf höchstens 15 Grad Abstand vom Zentrum

besteht.

b) Hören

Ein Verlust liegt vor, wenn bei der versicherten Person auch unter Nutzung von Hilfsmitteln (z. B. Hörgeräte) auf beiden Ohren eine Schwerhörigkeit vorliegt, die jeweils

- einen Hörverlust von mindestens 75 % oder
- bei einer Tonfrequenz von 2 kHz einen Hörverlust von mindestens 60 dB

aufweist. Der Hörverlust muss mittels Tonaudiogramm nachgewiesen werden.

c) Sprechen

Ein Verlust liegt vor, wenn die Sprechfähigkeit oder die sprachliche Ausdrucksfähigkeit der versicherten Person nach abgeschlossenem Spracherwerb auch bei Verwendung geeigneter Hilfsmittel (z. B. Kehlkopfmikrofon) so weit eingeschränkt ist, dass die versicherte Person von einem unabhängigen Dritten nicht mehr verstanden wird, weil sie keine verständlichen und sinnvollen Sätze mehr aussprechen kann.

Bei aphasischen Störungen (Sprachstörung nach Hirnschädigung durch z. B. Schlaganfall, Schädelhirntrauma) muss die Beeinträchtigung unter Verwendung entsprechender Tests, wie z. B. dem Aachener Aphasietest nachgewiesen werden.

d) Unterhaltung führen

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person auf einfache Fragen nicht mehr sinnvoll antworten kann. Eine einfache Frage kann zum Beispiel sein: Wie viele Tage hat eine Woche?

Eine sinnvolle Antwort muss einen Bezug zu der gestellten Frage haben und von einem unabhängigen Dritten verstanden werden.

Bei aphasischen Störungen (Sprachstörung nach Hirnschädigung durch z. B. Schlaganfall, Schädelhirntrauma) muss die Beeinträchtigung unter Verwendung entsprechender Tests, wie z. B. dem Aachener Aphasietest nachgewiesen werden.

e) Riechen und Schmecken

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person ihren Geruchs- und Geschmackssinn vollständig verloren hat. Das bedeutet, dass sie auch intensive Geruchs- und Geschmacksstoffe wie beispielsweise

- den Geruch von Essig oder Kaffee und
- den Geschmack von Zucker oder Zitronensäure nicht mehr wahrnimmt.

Dies muss durch objektive Riech- und Geschmacksprüfungen, zum Beispiel eine Elektroenzephalografie (EEG), belegt werden.

f) Gebrauch einer Hand

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person mit der rechten oder mit der linken Hand nicht mehr in der Lage ist,

- eine geöffnete Flasche mit Schraubverschluss zu verschließen und wieder zu öffnen oder
- mit einer Schere ein Blatt Papier durchzuschneiden oder
- eine Schraube, die an ein gedübeltes Loch angesetzt ist, mit einem Schraubendreher hinein- und wieder herauszudrehen oder
- ein leeres Wasserglas, einen Pinsel oder Kochlöffel zu greifen und mit abgestütztem Unterarm 5 Minuten lang zu halten.

g) Fingerfertigkeit

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person mit der rechten oder mit der linken Hand nicht mehr in der Lage ist,

- einen unbeschädigten Reißverschluss einer Jacke aufzuziehen oder
- eine passende Mutter auf ein fixiertes Regelgewinde von 10 mm Durchmesser (metrisches ISO-Gewinde M10) zu schrauben oder
- eine Haustür mit Zylinderschloss aufzuschließen, wenn sich der Schlüssel bereits im Schloss befindet.

h) Schreiben

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person aufgrund von motorischen Einschränkungen nicht mehr in der Lage ist, mit der dominanten Schreibhand mindestens 5 sinnvolle Wörter mit jeweils mindestens 10 Buchstaben

- mit einem Schreibstift in Druckbuchstaben abzuschreiben, so dass ein unabhängiger Dritter diese Wörter lesen kann oder
- mithilfe einer Tastatur oder der Bildschirmtastatur eines Smartphones oder Tablets (Displaygröße 5 Zoll oder mehr) abzutippen.

i) Gebrauch eines Arms

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, den linken oder den rechten Arm

- seitwärts zu bewegen und abgespreizt auf Schulterhöhe 10 Sekunden zu halten sowie
- nach vorne zu bewegen, abgespreizt auf Schulterhöhe 10 Sekunden zu halten und in beide Richtungen zu drehen.

Ein Verlust liegt auch vor, wenn die versicherte Person weder einen Nackengriff noch einen Schürzengriff ausführen kann.

Ein Nackengriff bedeutet, dass beide Hände gleichzeitig hinter den Kopf bewegt werden und den Nacken 10 Sekunden lang berühren.

Ein Schürzengriff bedeutet, dass beide Hände gleichzeitig am Rücken zusammengeführt werden und dort 10 Sekunden lang gehalten werden.

j) Heben und Tragen

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, mit der rechten oder linken Hand einen 5 Kilogramm schweren Gegenstand mit Griff (z. B. einen Eimer) von einem Tisch anzuheben und diesen 5 Meter weit über einen ebenen und festen Boden zu tragen.

Für Kinder, die höchstens 14 Jahre alt sind, gilt abweichend ein Gewicht von einem Kilogramm.

k) Ziehen oder Schieben

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person auch unter Verwendung geeigneter Hilfsmittel nicht mehr innerhalb von 20 Minuten

- ein Gewicht von 85 Kilogramm auf einem manuellen Standard-Handwagen oder manuellen Standard-Handhubwagen 100 Meter weit auf ebenem, festem Boden ziehen oder
- eine 85 Kilogramm schwere Person in einem manuellen Rollstuhl 100 Meter weit auf ebenem, festem Boden schieben

kann.

Geeignete Hilfsmittel sind zum Beispiel Prothesen, Orthesen oder Stützbandagen.

Für Kinder, die höchstens 14 Jahre alt sind, gilt abweichend das Eigengewicht, maximal jedoch 85 Kilogramm.

l) Sitzen

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, 20 Minuten ununterbrochen auf einem Stuhl mit Rücken- und Armlehnen zu sitzen, auch nicht mit Änderung der Sitzposition.

m) Knien

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person sich nicht mehr mit beiden Knien auf den Boden hinknien und sich danach aus eigener Kraft wieder aufrichten kann, auch nicht, wenn sie sich dabei am Boden abstützt.

n) Bücken

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr dazu in der Lage ist, sich auch mit gebeugten Knien so weit zu bücken, dass sie mit den Fingerspitzen beider Hände den Boden berühren kann, und sich danach aus eigener Kraft wieder aufzurichten.

o) Stehen

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person auch mit Veränderung der Körperhaltung nicht mehr in der Lage ist, selbstständig 10 Minuten lang ununterbrochen auf festem und ebenem Boden zu stehen, ohne sich abzustützen.

p) Gehen

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Verwendung geeigneter Hilfsmittel (z. B. Prothesen, Orthesen, Unterarmgehstützen) nicht mehr selbstständig in der Lage ist, innerhalb von höchstens 20 Minuten eine Strecke von 400 Metern auf einem festen und ebenen Boden und ohne eine Pause, die länger als eine Minute dauert, gehend zurückzulegen.

Ist dies nur noch mit Hilfe eines Rollators möglich, liegt auch ein Verlust der Grundfähigkeit Gehen im Sinne dieser Bedingungen vor.

q) Treppensteigen

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person auch mit Festhalten (z. B. an einem Treppengeländer) und auch bei Verwendung geeigneter Hilfsmittel (z. B. Prothesen, Orthesen, Unterarmgehstützen) nicht mehr selbstständig in der Lage ist, eine Treppe von 12 Stufen mit für Wohngebäude üblicher Stufenhöhe von 18 bis 20 cm und üblichem Bodenbelag hinauf- und hinabzusteigen, ohne eine Pause machen zu müssen, die länger als eine Minute dauert.

r) Gleichgewicht

Ein Verlust liegt vor, wenn der Gleichgewichtssinn der versicherten Person dermaßen gestört ist, dass sie nicht mehr auf der obersten Stufe einer dreistufigen Haushaltsleiter 5 Minuten frei stehenbleiben kann, ohne sich abzustützen oder festzuhalten.

Die Störung muss durch

- eine Verletzung oder organische Erkrankung des Gehirns (z. B. Multiple Sklerose, Schädelhirntrauma, Schlaganfall, Hirntumor, Epilepsie) oder
- eine nachweisbare Schädigung des Gleichgewichtsorgans oder
- eine Schädigung der kleinen Nerven der Füße und Unterschenkel (Polyneuropathie)

verursacht worden sein. Ausgeschlossen sind Polyneuropathien und Epilepsien, die nachweisbar auf Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch zurückzuführen sind.

s) Geistige Leistungsfähigkeit

Ein Verlust liegt vor, wenn die geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person so schwer gestört ist, dass sie alltagsrelevante Tätigkeiten nicht mehr ausüben kann. Zur geistigen Leistungsfähigkeit gehören zum Beispiel das Gedächtnis, die Konzentration, die Aufmerksamkeit, die Auffassung, die Handlungsplanung, die zeitliche und räumliche Orientierung oder die Orientierung zur eigenen Person. Ursachen der Störungen können beispielsweise eine Hirnschädigung oder eine Psychose sein.

Zu den alltagsrelevanten Tätigkeiten zählen unter anderem:

- Essenszubereitung,
- Führung des Haushalts,
- Vereinbarung von Terminen und
- Strukturierung des Tages.

Die Störung der geistigen Leistungsfähigkeit muss unter Verwendung normierter psychometrischer Testverfahren festgestellt werden, die

- durch einen Facharzt für Neurologie oder einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie durchgeführt werden und
- den geltenden Leitlinien entsprechen.

Beispiele für solche Testverfahren sind:

- Kognitive Basistestung, kurz COGBAT,
- Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung, kurz TAP,
- Wechsler Memory Scale, kurz WMS,
- Wisconsin Card Sorting Test, kurz WCST,
- Kaufman-Neuropsychologischer Kurztest, kurz K NEK.

Die Ergebnisse der Testverfahren müssen beim Vergleich mit der zur Normierung verwendeten Stichprobe ergeben, dass die versicherte Person in ihrem Altersbereich zu den schwächsten 10 % gehört.

t) Eigenverantwortliches Handeln

Ein Verlust der Fähigkeit eigenverantwortlich zu handeln liegt vor, wenn die versicherte Person aufgrund einer gerichtlichen Entscheidung anhand eines psychiatrischen Gutachtens mindestens 6 Monate lang ununterbrochen gesetzlich betreut werden muss oder seit mindestens 6 Monaten ununterbrochen gesetzlich betreut wird.

Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle, bei denen der Verlust der Fähigkeit eigenverantwortlich zu handeln ganz oder teilweise auf Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch zurückzuführen ist.

u) Bildschirmtätigkeit

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person auch unter Verwendung geeigneter Hilfsmittel nicht mehr über einen zusammenhängenden Zeitraum von mehr als 2 Stunden Wörter und Symbole an einem Bildschirm erkennen kann. Hierbei müssen die in der Arbeitsstättenverordnung zur Bildschirmarbeit (ArbStättV) beschriebenen Spezifikationen eingehalten werden. Es gilt die zum Zeitpunkt der Beantragung der Leistungen gültige Fassung der ArbStättV. Geeignete Hilfsmittel sind zum Beispiel eine Brille, Kontaktlinsen oder eine Bildschirmlupe.

v) Herzfunktion

Ein Verlust liegt vor, wenn die Pumpleistung des Herzens der versicherten Person durch eine Verletzung oder eine Erkrankung wie zum Beispiel Herzinfarkt, Herzklappenerkrankungen oder Entzündungen des Herzmuskels erheblich gemindert ist. Eine erhebliche Minderung der Pumpleistung liegt vor, wenn

- die Ejektionsfraktion kleiner oder gleich 30 % oder
- das Fractional Shortening kleiner oder gleich 15 % ist.

Ejektionsfraktion und Fractional Shortening sind Messgrößen für die Pumpleistung des Herzens. Die Normalwerte sind ungefähr doppelt so hoch wie die vorgenannten Werte.

Die Pumpleistung des Herzens muss unumkehrbar gemindert und auch durch Medikamente nicht dauerhaft über das oben beschriebene Maß verbesserbar sein.

Wir zahlen die Rente auch weiter, wenn sich die Funktionswerte durch eine Transplantation verbessern.

w) Lungenfunktion

Ein Verlust liegt vor, wenn die Leistungsfähigkeit der Lunge der versicherten Person durch eine Verletzung oder Erkrankung (z. B. schweres Asthma, Emphyseme, chronische Entzündungen) dauerhaft und unumkehrbar erheblich eingeschränkt ist.

Das heißt,

- die versicherte Person hat eine Sauerstoff-Langzeit-Therapie mit einem Umfang von mindestens 8 Stunden pro Tag begonnen und diese Therapie dauert noch an und
- die verordnete Sauerstoff-Langzeit-Therapie erfolgt nach den gültigen medizinischen Leitlinien.

Wir zahlen die Rente auch weiter, wenn sich die Lungenfunktion durch eine Transplantation von Lungengewebe verbessert.

x) Autofahren

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person aus gesundheitlichen Gründen nicht zum Führen eines Personenkraftwagens (PKW) in der Lage ist. Dies muss ein verkehrsmedizinisches Gutachten bestätigen. Zudem muss der Führerschein nachweislich bei der zuständigen Behörde unaufgefordert abgegeben oder die Fahrerlaubnis nach deutschen verwaltungsrechtlichen Vorschriften entzogen oder nicht erteilt worden sein.

Hat die versicherte Person zum Zeitpunkt des Verlustes das für sie geltende gesetzliche Mindestalter zum Erwerb der PKW-Fahrerlaubnis um mehr als 20 Jahre überschritten, gilt der Verlust nicht als Versicherungsfall, wenn die versicherte Person zuvor noch nie einen PKW-Führerschein besessen hat.

Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle, bei denen der Verlust der Fähigkeit zum

Autofahren ganz oder teilweise auf Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch zurückzuführen ist.

y) Nutzung des öffentlichen Personennah- oder Personenfernverkehrs

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person auch unter Verwendung geeigneter Hilfsmittel nicht mehr in der Lage ist,

- ohne fremde Hilfe in ein Verkehrsmittel des öffentlichen Personennah- oder Personenfernverkehrs in Deutschland ein- oder auszusteigen oder
- 20 Minuten darin während des Fahrbetriebs zu sitzen.

Geeignete Hilfsmittel sind dabei zum Beispiel Gehhilfen, Haltegriffe oder reservierte Sitze für Personen mit eingeschränkter Mobilität.

Tätigkeitsverbot wegen Infektionsgefahr

(6) Eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit liegt auch vor, solange die versicherte Person ihren Beruf nicht ausüben kann, weil für sie wegen einer Infektion oder wegen einer Fremdgefährdung aufgrund einer Infektion ein vollständiges Tätigkeitsverbot nach dem Infektionsschutzgesetz besteht. Dieses Tätigkeitsverbot muss für mindestens 6 Monate von der zuständigen Behörde gegenüber der versicherten Person ausgesprochen werden.

Pflegebedürftigkeit

(7) Eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit liegt ebenfalls vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls voraussichtlich mindestens 6 Monate oder seit mindestens 6 Monaten so hilflos ist, dass sie für 2 oder mehr der folgenden gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens - auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel - täglich Hilfe durch eine andere Person benötigt.

Mobilität

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - nur mit Unterstützung einer anderen Person in der Lage ist, sich auf ebenem Grund in Räumen fortzubewegen.

An- und Auskleiden

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung - die Hilfe einer anderen Person benötigt, um sich an- oder auszukleiden und ggf. ein medizinisches Korsett oder eine Prothese anzulegen und zu befestigen.

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - zubereitete und servierte Mahlzeiten nicht ohne Hilfe einer anderen Person zu sich nehmen kann.

Körperpflege

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Hilfe einer anderen Person beim Waschen, bei der Zahnreinigung, beim Kämmen und beim Rasieren benötigt.

Baden und Duschen

Hilfebedarf liegt vor, wenn sich die versicherte Person ohne die Hilfe einer anderen Person weder baden noch duschen kann.

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 weil
- der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

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

Demenz

(8) Als eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit betrachten wir auch einen Autonomieverlust infolge Demenz. Dieser liegt vor, wenn die versicherte Person infolge einer demenzbedingten Hirnleistungsstörung

- tägliche Beaufsichtigung oder Anleitung bei mindestens vier der in Absatz 7 aufgeführten Verrichtungen des täglichen Lebens benötigt oder
- kontinuierliche Beaufsichtigung benötigt, weil sie sich oder andere sonst in erheblichem Umfang gefährden würde.

Als Demenz gelten „mittelschwere Leistungseinbußen“ ab dem Schweregrad 5, ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg, oder ab einem entsprechenden Schweregrad einer alternativen, anerkannten Demenzbeurteilungsskala.

Psychische Erkrankung

(9) Haben Sie mit uns den Baustein „PSYCHE PLUS“ vereinbart, so liegt eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit auch dann vor, wenn die versicherte Person allein aufgrund einer psychischen Erkrankung

- voraussichtlich in den nächsten 12 Monaten ununterbrochen oder
- bereits seit mindestens 12 Monaten ununterbrochen keine 3 Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen bzw. als Schüler keine 3 Stunden täglich an einem regulären Schulunterricht teilnehmen kann.

Eine Besserung für maximal 3 Monate gilt nicht als Unterbrechung.

(10) Unter Erwerbstätigkeit verstehen wir jede Tätigkeit, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt üblich ist, und alle selbstständigen Tätigkeiten.

Keine Rolle spielen

- die Verhältnisse auf dem Arbeitsmarkt und die Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen,
- der zuletzt ausgeübte Beruf und
- die bisherige Lebensstellung oder das bisher erzielte Einkommen der versicherten Person.

Wir sind nicht an den Bescheid eines Sozialversicherungsträgers gebunden.

(11) Kann die versicherte Person bereits seit 12 Monaten allein aufgrund einer psychischen Erkrankung keine 3 Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen bzw. als Schüler keine 3 Stunden täglich an einem regulären Schulunterricht teilnehmen, so gilt dies von Beginn an als Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit. Das bedeutet, dass wir in diesem Fall auch rückwirkend leisten.

(12) Die Diagnose der psychischen Erkrankung muss ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie mit den nach aktuellem medizinischem Wissensstand üblichen Befunderhebungen feststellen.

(13) Der Beginn der 12-Monatsfrist muss in der Laufzeit des Bausteins „PSYCHE PLUS“ liegen.

(14) Welche Nachweise Sie im Einzelnen vorlegen müssen, ist unter § 7 Abs. 4 beschrieben. Welche ärztlichen Empfehlungen und Maßnahmen die versicherte Person zu beachten hat, ist unter § 7 Abs. 7 beschrieben.

(15) Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle, in denen die psychische Erkrankung aufgrund von Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch entstanden ist.

Hinweis zu den verwendeten Begriffen

(16) Bitte beachten Sie, dass die verwendeten Begriffe der Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit nicht mit den Begriffen der Berufsunfähigkeit, Erwerbsminderung oder Pflegebedürftigkeit im sozialrechtlichen Sinne oder den entsprechenden Begriffen im Sinne der Versicherungsbedingungen der privaten Krankenversicherung übereinstimmen.

§ 2 Welche Leistungen erbringen wir bei einer Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit?

Vereinbarte Leistungen

(1) Tritt bei der versicherten Person während der Dauer dieser Versicherung eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit gemäß § 1 ein, erbringen wir folgende Leistungen:

- a) Zahlung der vereinbarten Rente monatlich im Voraus;
- b) volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht.

Das Vorliegen mehrerer Leistungsvoraussetzungen führt nicht zu einer höheren Rentenleistung.

(2) Bei Vereinbarung einer garantierten Rentensteigerung erhöht sich die Rente im Leistungsbezug zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens ein Jahr nach Beginn der Rentenzahlung, um den vereinbarten Prozentsatz.

(3) Zusätzlich zu den im Versicherungsschein beschriebenen garantierten Leistungen können Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung erhalten (siehe § 3).

Leistungsbeginn

(4) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit eingetreten ist, frühestens jedoch zum vereinbarten Beginn dieser Versicherung.

Leistungsende

(5) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente gemäß Absatz 1 erlischt,

- wenn die versicherte Person stirbt,
- bei Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer oder
- wenn die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit wegfällt.

Stirbt die versicherte Person oder erlebt sie den Ablauf der Versicherungsdauer, ohne dass eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit eingetreten ist, wird keine Rente fällig.

Weltweiter Versicherungsschutz

(6) Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

§ 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) an den Überschüssen und ggf. an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt.

Die zum Zeitpunkt des Jahresabschlusses vorliegenden Bewertungsreserven werden im Anhang des Geschäftsberichtes ausgewiesen. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

(1) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

(a) Überschüsse können entstehen, wenn die Aufwendungen für das Risiko des Eintritts einer Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit oder einer schweren Krankheit oder die Kosten niedriger oder die Kapitalerträge höher sind als bei der Tarifikalkulation angenommen. An solchen Überschüssen beteiligen wir die Versicherungsnehmer. Dabei beachten wir die aufsichtsrechtlichen Vorgaben, derzeit insbesondere die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung).

(b) Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Bestandsgruppen zusammengefasst. 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 so genannten 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 § 140 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 140 Abs. 1 VAG können wir die Rückstellung im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder - sofern die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen - zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen.

(c) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Beiträge sind so kalkuliert, dass sie für die Deckung des versicherten Risikos benötigt werden (vgl. § 20 Abs. 6). 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, fließt ein Teil davon den Versicherungsnehmern gemäß § 153 Abs. 3 VVG nach dem in Abs. 2 Buchst. c beschriebenen Verfahren zu. Die Bewertungsreserven werden jährlich im Geschäftsbericht ausgewiesen, unterjährig aktualisiert und am Monatsanfang zur Verteilung festgelegt. Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

(2) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags

(a) Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen derjenigen Bestandsgruppe, die in Ihrem Versicherungs-

schein genannt ist. Die Überschussanteilsätze werden jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen sie in unserem Geschäftsbericht, den Sie auf unserer Internetseite finden können.

Die Bemessungsgrößen für die Überschussanteilsätze und für die Beteiligung an den Bewertungsreserven werden nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik ermittelt. Die dafür geltenden Rechnungsgrundlagen liegen der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (Bereich Versicherungen) vor.

(b) Überschusszuteilung und Überschussverwendung vor Eintritt des Versicherungsfalles

Die Überschussanteile können je nach Vereinbarung insbesondere wie folgt alternativ verwendet werden:

1. Als Rabatt auf den fälligen Beitrag. Falls die Versicherung beitragsfrei gestellt wird, werden die Überschussanteile danach für beitragsfreie Zusatzrenten verwendet.
2. Als zusätzliche Leistung (Bonusrente). Diese wird gleichzeitig mit der vereinbarten Leistung fällig; sie ist während des Rentenbezugs der Höhe nach garantiert und wie die vereinbarte Rente am Überschuss (siehe Buchstabe d) beteiligt.
3. Sie können verzinslich angesammelt werden.
4. Sie können zum Kauf von Fondsanteilen verwendet und als Fondsvermögen geführt werden (Fondsansammlung).

Bei der verzinslichen Ansammlung bzw. der Fondsansammlung erfolgt die Überschusszuteilung zum Ende eines jeden Versicherungsjahres. Das angesammelte Guthaben bzw. der Geldwert des Fondsvermögens wird mit der ersten Rentenzahlung, spätestens bei Beendigung der Versicherung (Ablauf, Kündigung, Tod der versicherten Person) ausgezahlt.

Wir werden Sie jährlich über den Stand der Überschussbeteiligung informieren, sobald sich der Wert der bereits zuge teilten Überschussanteile geändert hat.

(c) Beteiligung an den Bewertungsreserven

Für Ihren Vertrag wird eine Bemessungsgröße berechnet, die widerspiegelt, in welchem Umfang Ihr Vertrag zur Bildung der Bewertungsreserven beigetragen hat. Ihrem Vertrag wird rechnerisch der Anteil der Bewertungsreserven zugeordnet, der dem Anteil seiner Bemessungsgröße an der Summe der Bemessungsgrößen aller anspruchsberechtigten Verträge entspricht. Bei Beendigung der Versicherung, spätestens zum Rentenbeginn, wird Ihrem Vertrag die Hälfte dieses Betrags zugeteilt; auf die andere Hälfte haben Sie keinen Anspruch. Der Zuteilungsbetrag wird bei Beendigung der Versicherung ausgezahlt bzw. bei Rentenbeginn wie laufende Überschüsse verwendet.

Auch während des Rentenbezugs werden wir Sie an den Bewertungsreserven beteiligen.

Da die Bewertungsreserven auch kurzfristig starken Schwankungen bis hin zur vollständigen Auflösung unterliegen können, ist eine Prognose der Höhe der Zuteilung aus den Bewertungsreserven nicht möglich.

(d) Form und Verwendung der Überschussanteile während des Rentenbezugs

Im Rentenbezug erhält Ihre Versicherung nach mindestens einjähriger Zahlungsdauer zum Ende eines jeden Versicherungsjahres laufende Überschussanteile. Diese werden für beitragsfreie Zusatzrenten verwendet und erhöhen so die vereinbarte Rente.

(3) Höhe der Überschussbeteiligung

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Einflussfaktoren sind die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten sowie des Kapitalmarkts. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch null Euro betragen.

§ 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag abgeschlossen worden ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Einlösungsbeitrags (siehe § 16 Abs. 2 und § 17 Abs. 2).

§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zum Versicherungsfall gekommen ist.

(2) Soweit nichts anderes vereinbart ist, leisten wir jedoch nicht, wenn die Ansprüche unmittelbar oder mittelbar verursacht sind:

- a) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person. Bei einfach und grob fahrlässig begangenen Verstößen und allen Ordnungswidrigkeiten (z. B. im Straßenverkehr) leisten wir uneingeschränkt;
- b) durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- c) durch Kriegseignisse (diese Einschränkung unserer Leistungspflicht gilt nicht, wenn der Versicherungsfall in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen eintritt, denen die versicherte Person während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war);
- d) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder von 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 den Versicherungsfall herbeigeführt haben;
- f) 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 mit dem Einsatz oder der Freisetzung eine nicht vorhersehbare Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen derart verbunden ist, dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Leistungen nicht mehr gewährleistet ist, und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.

Wir leisten jedoch uneingeschränkt, wenn es sich um ein räumlich und zeitlich begrenztes Ereignis handelt, bei dem nicht mehr als 1.000 Menschen unmittelbar sterben oder voraussichtlich mittelbar innerhalb von fünf Jahren nach dem Ereignis sterben oder dauerhaft schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen erleiden werden. Die Voraussetzungen einer uneingeschränkten Leistungspflicht werden wir innerhalb von 6 Monaten seit dem Ereignis von einem unabhängigen Gutachter prüfen und

ggf. bestätigen lassen. Ansprüche auf die uneingeschränkte Versicherungsleistung werden frühestens nach Ablauf dieser Frist fällig.

§ 6 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

(1) Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme, in Textform stellen.

(2) Soll das Leben einer anderen Person versichert werden, ist auch diese - neben Ihnen - zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.

(3) Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie so behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

Rechtsfolgen der Anzeigepflichtverletzung

(4) Nachfolgend informieren wir Sie, unter welchen Voraussetzungen wir bei einer Verletzung der Anzeigepflicht

- vom Vertrag zurücktreten,
- den Vertrag kündigen,
- den Vertrag ändern oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten können.

Rücktritt

(5) Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, können wir vom Vertrag zurücktreten. Das Rücktrittsrecht besteht nicht, wenn weder eine vorsätzliche noch eine grob fahrlässige Anzeigepflichtverletzung vorliegt. Selbst wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir trotzdem kein Rücktrittsrecht, falls wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

(6) Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz. Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalles zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung trotzdem bestehen: Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der

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

Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch auch im vorstehend genannten Fall, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.

(7) Wenn der Vertrag durch Rücktritt aufgehoben wird, erlischt er, ohne dass ein Rückkaufswert anfällt. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

(8) Wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgt ist, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

(9) Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefährerheblichen Umstände geschlossen hätten. Darüber hinaus verzichten wir auf unser Kündigungsrecht, wenn Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten haben.

(10) Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt er sich nach Maßgabe des § 19 in einen beitragsfreien Vertrag um.

Vertragsänderung

(11) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefährerheblichen Umstände geschlossen hätten (Absatz 5 Satz 3 und Absatz 9), werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Wir verzichten auf das Recht den Vertrag anzupassen, wenn Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten haben.

(12) Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung über die Vertragsänderung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn

- wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 % erhöhen oder
- wir die Gefahrsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

Auf dieses Recht werden wir Sie in der Mitteilung über die Vertragsänderung hinweisen.

Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

(13) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

(14) Wir haben kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

(15) Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats 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 angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

(16) Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

(17) Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere

Entscheidung zur Annahme des Vertrags durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst 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 7 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung und Wiederherstellung der Versicherung

(18) Die Absätze 1 bis 17 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert oder wiederhergestellt wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung vorgenommen wird. Die Fristen nach Absatz 16 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung des Vertrags bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

Erklärungsempfänger

(19) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsänderung sowie zur Anfechtung üben wir durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Tod ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist kein Bezugsberechtigter vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins als bevollmächtigt ansehen, die Erklärung entgegenzunehmen.

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

§ 7 Was ist zu beachten, wenn Leistungen aus dieser Versicherung verlangt werden?

Meldung des Anspruchs

(1) Ihre Anspruchstellung sollte unverzüglich - d. h. ohne schuldhaftes Zögern - erfolgen, wenn die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit eingetreten ist. Auch bei späterer Anzeige leisten wir rückwirkend für die nachgewiesene Zeit der Beeinträchtigung.

(2) Falls die Leistungsdauer über die Versicherungsdauer hinausgeht, können Ansprüche, die durch den Eintritt einer Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit vor Ablauf der Versicherungsdauer entstanden sind, auch nach deren Ablauf geltend gemacht werden.

Zinslose Stundung während der Leistungsprüfung

(3) Wenn Sie eine Rente wegen einer Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit beantragen, bieten wir Ihnen bis zur endgültigen Entscheidung über unsere Leistungspflicht die zinslose Stundung der Beiträge an. Stellt sich heraus, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht vorliegen, sind die gestundeten Beiträge unverzinst nachzuzahlen. Diese können Sie in Form einer einmaligen Zahlung oder in maximal 24 Monatsraten nachentrichten. Sofern Sie es wünschen und dies tariflich möglich ist, kann der Ausgleich auch durch eine Verrechnung mit dem vorhandenen Deckungskapital erfolgen. Hierbei können Sie zwischen einer Verringerung der Leistungen oder einer Erhöhung des Beitrags wählen.

Bei festgestellter Leistungspflicht zahlen wir die über den Monat des Eintritts der Beeinträchtigung hinaus gezahlten Beiträge unverzinst zurück.

Mitwirkungspflichten

(4) Werden Leistungen aus dieser Versicherung verlangt, sind uns unverzüglich - d. h. ohne schuldhaftes Zögern - auf Kosten des Ansprucherhebenden folgende Unterlagen einzureichen:

- a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt des Versicherungsfalles;
- b) ausführliche Berichte der Ärzte und anderer Heilbehandler, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln oder bisher behandelt oder untersucht haben. Die Berichte müssen folgende Punkte enthalten:
 - Ursache des Leidens,
 - Beginn des Leidens,
 - Art des Leidens,
 - Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens,
 - wenn Pflegebedürftigkeit vorliegt, Art und Umfang der notwendigen Pflege,
 - wenn Demenz vorliegt, Art und Umfang der notwendigen Beaufsichtigung sowie den Schweregrad sowie
 - wenn Sie mit uns den Baustein „PSYCHE PLUS“ vereinbart haben und eine psychische Erkrankung vorliegt, Angaben und Nachweise über die Auswirkung der psychischen Erkrankung auf die Erwerbs- bzw. Schulfähigkeit;
- c) bei Anordnung gesetzlicher Betreuung der gerichtliche Beschluss über die Anordnung der Betreuung oder der Betreuerausweis;
- d) bei Vorliegen eines vollständigen Tätigkeitsverbots nach dem Infektionsschutzgesetz eine amtlich beglaubigte Kopie der Verfügung;
- e) bei Verlust der Fähigkeit des Autofahrens (PKW) beglaubigte Kopien der amtlichen Unterlagen über den Entzug oder die Nichterteilung der Fahrerlaubnis oder die Abgabe des Führerscheins sowie Kopien der verkehrsmedizinischen Berichte und Gutachten;
- f) Unterlagen über den Beruf der versicherten Person zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses und des Eintritts des Versicherungsfalles sowie über die eingetretenen Veränderungen;
- g) bei Pflegebedürftigkeit oder Autonomieverlust infolge Demenz zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die die versicherte Person pflegt oder beaufsichtigt. Aus dieser Bescheinigung müssen Art und Umfang der Pflege oder der Notwendigkeit der Beaufsichtigung hervorgehen.

Darüber hinaus können wir verlangen, dass uns die Auskunft nach § 22 vorgelegt wird.

Weitere Untersuchungen und Nachweise

(5) Wir können außerdem weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte unabhängige Ärzte sowie notwendige Nachweise verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen auch über den Gesundheitszustand der versicherten Person vor oder nach Ihrer Vertragsklärung.

Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen medizinischen Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden.

Hat die versicherte Person ihren Wohnsitz in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union, dem Vereinigten Königreich, in Island, Norwegen, der Schweiz, USA oder Kanada, prüfen wir auf Ihren Wunsch hin, ob dort eine qualitativ gleichwertige Untersuchung möglich und eine Reise vermeidbar ist.

Wir übernehmen alle notwendigen Kosten, die im Zusammenhang mit diesen Untersuchungen entstehen (z. B.

Untersuchungs-, Reise-, Unterbringungs- und Verpflegungskosten).

(6) Sämtliche Unterlagen sind uns in deutscher Sprache oder beglaubigter Übersetzung vorzulegen.

Ärztliche Empfehlungen und Maßnahmen

(7) Lässt die versicherte Person operative Behandlungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt anordnet, um die Heilung zu fördern oder die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit zu mindern, nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Leistungen dieser Versicherung nicht entgegen.

Die versicherte Person ist allerdings aufgrund der allgemeinen gesetzlichen Schadenminderungspflicht verpflichtet, zumutbaren ärztlichen Anweisungen Folge zu leisten. Zumutbar sind dabei Maßnahmen,

- die gefahrlos sind,
- die nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und
- von denen eine wesentliche Besserung der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Hierbei handelt es sich um Maßnahmen wie z. B.:

- die Verwendung von orthopädischen oder anderen Heil- und Hilfsmitteln (z. B. Tragen von Prothesen, Verwendung von Seh- und Hörhilfen),
- die Durchführung von logopädischen Maßnahmen oder
- das Tragen von Stützstrümpfen.

Wenn Sie mit uns den Baustein „PSYCHE PLUS“ vereinbart haben und die Voraussetzungen für eine Leistung, wie unter § 1 Abs. 9 bis 15 beschrieben, erfüllt sind, erbringen wir die Leistung nur, wenn sich die versicherte Person nach den Behandlungsleitlinien für die vorliegende psychische Erkrankung behandeln lässt. Hierzu gehört zum Beispiel eine Psychotherapie oder auch die Einnahme von Medikamenten. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass die Behandlung für die versicherte Person nicht zumutbar ist.

§ 8 Welche Unterstützung erhalten Sie von uns im Leistungsfall?

Wir unterstützen Sie gerne im Leistungsfall bei Fragen

- zur Beantragung von Leistungen,
- zum Verfahren der Leistungsprüfung,
- zum Umfang der Leistungen,
- zum Nachweis des Versicherungsfalles sowie
- zu den beizubringenden Unterlagen.

Gerne können Sie uns hierzu auch anrufen. Alle erforderlichen Formulare, mit denen Sie Leistungen beantragen können, erhalten Sie direkt von uns.

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

(1) Während der Prüfung werden wir Sie regelmäßig, in Abständen von maximal drei Wochen, über den Sachstand informieren und fehlende Unterlagen unverzüglich anfordern. Nach Vorliegen aller für unsere Leistungsentscheidung erforderlichen Unterlagen erklären wir innerhalb von fünf Arbeitstagen in Textform, ob und in welchem Umfang wir eine Leistungspflicht anerkennen.

(2) Wir verzichten auf das Recht gemäß § 173 Abs. 2 VVG, ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis auszusprechen.

(3) Wenn derjenige, der den Anspruch auf die Leistungen geltend macht, mit unserer Leistungsentscheidung nicht einverstanden ist, hat er die Möglichkeit, dagegen rechtlich vorzugehen. Beachten Sie bitte hierbei, wie bei allen Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag, dass diese in drei

Jahren verjähren. Es gelten die zivilrechtlichen Verjährungsregeln der §§ 194 ff. des Bürgerlichen Gesetzbuches.

§ 10 Wer erhält die Leistungen?

(1) Die Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer oder an Ihre Erben, falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die bei Eintritt des Versicherungsfalles die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll (Bezugsberechtigter). Bis zum Eintritt des Versicherungsfalles können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen.

(2) Wenn Sie nicht selbst die versicherte Person dieser Versicherung sind, kann die Versicherung der Versicherungsteuerpflicht unterliegen.

Damit auf die Beiträge Ihrer Versicherung keine Versicherungsteuer anfällt, gilt für die Benennung des Bezugsberechtigten Folgendes:

Sie können als Bezugsberechtigten nur die versicherte Person oder einen Angehörigen der versicherten Person benennen.

Wer zu den Angehörigen der versicherten Person gehört, ist in § 15 Abgabenordnung und § 7 Pflegezeitgesetz geregelt. Zum Stand 01.06.2023 gehören hierzu folgende Personen:

- Ehegatten und Lebenspartner, auch dann, wenn die die Angehörigenstellung begründende Ehe oder Lebenspartnerschaft nicht mehr besteht,
- Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft,
- Verlobte,
- Verwandte und Verschwägere in gerader Linie, auch dann, wenn die die Angehörigenstellung begründende Ehe oder Lebenspartnerschaft nicht mehr besteht, sowie Adoptivkinder,
- Kinder, Adoptivkinder oder Pflegekinder des Ehepartners oder Lebenspartners,
- Geschwister,
- Nichten und Neffen,
- Schwäger und Schwägerinnen, auch dann, wenn die die Angehörigenstellung begründende Ehe oder Lebenspartnerschaft nicht mehr besteht,
- Onkel und Tanten,
- Pflegeeltern und Pflegekinder, auch dann, wenn die häusliche Gemeinschaft nicht mehr besteht, die Personen aber weiterhin, wie Eltern und Kind miteinander verbunden sind.

Benennen Sie eine Person, die nicht zum oben genannten Personenkreis gehört, ist die Benennung des Bezugsberechtigten unwirksam. In diesem Fall erbringen wir die Leistungen an die versicherte Person oder an ihre gesetzlichen Erben.

Sollte sich die Eigenschaft des Bezugsberechtigten als Angehöriger während der Laufzeit ändern, wie zum Beispiel bei Auflösung einer eheähnlichen Gemeinschaft oder eines Verlöbnisses, wird das Bezugsrecht unwirksam und es gelten die oben genannten Regelungen.

Die oben genannten Einschränkungen gelten nicht, wenn die Versicherung im Rahmen der betrieblichen Altersvorsorge abgeschlossen wurde.

(3) Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll. Wir werden Ihnen schriftlich bestätigen, dass der Widerruf des Bezugsrechts ausgeschlossen ist. Sobald Ihnen unsere Bestätigung zugegangen ist, kann das bis zu diesem Zeitpunkt noch

widerrufliche Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.

(4) Die Einräumung und der Widerruf eines widerruflichen Bezugsrechts (vgl. Absatz 1) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie; es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits vorher Verfügungen vorgenommen haben.

Das Gleiche gilt für die Abtretung und Verpfändung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag, soweit derartige Verfügungen überhaupt rechtlich möglich sind.

(5) Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.

§ 11 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

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

(2) Den Inhaber der Urkunde können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Vertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber der Urkunde seine Berechtigung nachweist.

§ 12 Was gilt für die Nachprüfung unserer Leistungspflicht?

Nachprüfung

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Leistungsvoraussetzungen nachzuprüfen; dies gilt nicht für Einmalleistungen.

(2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende unabhängige Ärzte verlangen.

(3) Die Erteilung und Wiedererteilung der Fahrerlaubnis (siehe § 1 Abs. 5 Buchst. x) und der Wegfall der Betreuung (siehe § 1 Abs. 5 Buchst. t) sind uns unverzüglich anzuzeigen.

Einstellung der Leistungen

(4) Ist die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit weggefallen, endet unsere Leistungsverpflichtung; entsprechend beginnt Ihre Beitragszahlungspflicht wieder, sofern die vereinbarte Beitragszahlungsdauer noch nicht abgelaufen ist.

Die Einstellung unserer Leistungen und den Wiederbeginn der Beitragszahlungspflicht legen wir Ihnen in Textform dar und teilen sie dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss ggf. auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.

Vorübergehende Besserung

(5) Bei der Frage nach einer Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit bleiben vorübergehende akute Erkrankungen oder vorübergehende Besserungen unberücksichtigt. Eine

Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach 3 Monaten noch anhält.

§ 13 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten im Anspruchsfall oder bei Nachprüfung unserer Leistungspflicht?

Solange eine Mitwirkungspflicht im Anspruchsfall (§ 7) oder bei Nachprüfung unserer Leistungspflicht (§ 12) von Ihnen, der versicherten Person oder dem Ansprucherhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist.

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

Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 14 Welche Bedeutung hat die Nachversicherungsgarantie?

Individuelle Nachversicherungsgarantie

(1) Haben Sie mit uns die Individuelle Nachversicherungsgarantie vereinbart, können Sie innerhalb der ersten fünf Versicherungsjahre die vereinbarte Rente entsprechend der Einkommensentwicklung der versicherten Person ohne erneute Gesundheitsprüfung bis auf den vereinbarten Betrag anheben.

Zur Ausübung der Individuellen Nachversicherungsgarantie sind uns aktuelle Einkommensbestätigungen einzureichen.

Ereignisabhängige Nachversicherungsgarantie

(2) Sie haben das Recht, die vereinbarte Leistung während der Beitragszahlungsdauer bei nachstehenden Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen.

Die persönliche Situation der versicherten Person verändert sich durch:

- a) Heirat,
- b) Geburt eines Kindes,
- c) Adoption eines Kindes,
- d) Eintritt der Volljährigkeit,
- e) Scheidung bzw. Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft,
- f) Tod des Ehepartners bzw. des eingetragenen Lebenspartners oder
- g) Erwerb und Finanzierung einer Immobilie mit einem Finanzierungsbetrag von mindestens 50.000 Euro.

Die berufliche Situation der versicherten Person verändert sich durch:

- h) Erstmöglichen Beginn einer Ausbildung oder eines Studiums,
- i) Abschluss einer Berufsausbildung oder eines Studiums,
- j) Abschluss einer beruflichen Qualifikation wie zum Beispiel Meisterbrief,
- k) Abschluss einer akademischen Weiterqualifizierung wie zum Beispiel Facharztausbildung, Promotion, Master, sofern die versicherte Person eine der Weiterqualifizierung entsprechende berufliche Tätigkeit ausübt,

- l) Abschluss einer beruflichen Qualifikation für in einem Kammerberuf selbstständig Tätige wie zum Beispiel Fachanwalt, Wirtschaftsprüfer,
- m) Erhöhung des regelmäßigen jährlichen Bruttoeinkommens um mindestens 10 % aufgrund eines Karriere-sprungs wie zum Beispiel Beförderung, Gehaltserhöhung oder Wechsel des Arbeitgebers,
- n) Wechsel in die volle berufliche Selbstständigkeit oder
- o) Einkommenssprung bei Selbstständigen. Dieser liegt vor, wenn der durchschnittliche Gewinn vor Steuern der letzten drei Jahre um mindestens 30 % höher ist als der durchschnittliche Gewinn des davorliegenden Dreijahreszeitraums.

Die Versorgungssituation der versicherten Person verändert sich durch:

- p) Ausscheiden aus der gesetzlichen Rentenversicherung, wenn die versicherte Person zum Beispiel als Handwerker die Mindestpflichtversicherungszeit erfüllt,
- q) erstmalige Überschreitung der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung, sofern die versicherte Person in der gesetzlichen Rentenversicherung oder in einem berufsständischen Versorgungswerk versichert ist, oder
- r) Reduzierung oder Wegfall der Absicherung gegen Berufsunfähigkeit aus einer arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Altersversorgung oder einem berufsständischen Versorgungswerk, in dem die versicherte Person aufgrund einer Kammerzugehörigkeit pflichtversichert ist.

Weitere Regelungen

(3) Für die Erhöhungen gelten folgende Grenzen:

- Die neue Rente muss mindestens um 50 Euro monatlich höher sein als die vor der Erhöhung vereinbarte Rente.
- Für jedes Ereignis im Rahmen der Ereignisabhängigen Nachversicherungsgarantie gemäß Absatz 2 darf die Erhöhung für alle der bei uns bestehenden Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Grundfähigkeitsversicherungen in der Summe 500 Euro Monatsrente nicht überschreiten.
- Durch Erhöhungen im Rahmen der Ereignisabhängigen Nachversicherungsgarantie gemäß Absatz 2 darf die insgesamt bei uns vereinbarte Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Grundfähigkeitsrente 2.500 Euro monatlich nicht übersteigen.
- Die gesamte Anwartschaft auf Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Grundfähigkeitsrente einschließlich anderweitig bestehender privater und betrieblicher Anwartschaften darf nach der Erhöhung nicht mehr als 60 % des regelmäßigen jährlichen Bruttoeinkommens betragen.

(4) Eine Erhöhung ohne erneute Gesundheitsprüfung ist nur möglich, wenn bisher weder ein Versicherungsfall im Rahmen einer Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsversicherung eingetreten ist noch Leistungen aus einer dieser Versicherungen beantragt wurden.

Ohne erneute Gesundheitsprüfung bedeutet sowohl hier als auch an anderen Stellen innerhalb dieser Bedingungen, dass wir außerdem auch keine Fragen

- zu Größe und Gewicht,
- zum Rauchverhalten,
- zu riskanten Hobbies oder
- zu Auslandsaufenthalten der versicherten Person stellen.

(5) Die Ereignisabhängige Nachversicherungsgarantie gemäß Absatz 2 erlischt, wenn die versicherte Person das 50. Lebensjahr vollendet.

(6) Sie müssen die Ereignisabhängige Nachversicherungsgarantie gemäß Absatz 2 innerhalb von 12 Monaten nach Eintritt des Ereignisses ausüben.

(7) Wir können für das Vorliegen der jeweiligen Voraussetzungen aus Absatz 2 sowie für die Einhaltung der Obergrenzen aus Absatz 3 geeignete Nachweise (insbesondere Einkommensnachweise) verlangen.

(8) Für die Erhöhungen gelten die zum Nachversicherungszeitpunkt gültigen Tarife und Versicherungsbedingungen. Der Beitrag richtet sich nach dem von Ihnen gewählten Tarif und der Risikoeinstufung (insbesondere Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse) des zuletzt abgeschlossenen Vertrags.

War die versicherte Person bei Vertragsabschluss Schüler, ist außerdem die zum Nachversicherungszeitpunkt ausgeübte berufliche Tätigkeit maßgebend.

(9) Sofern die Überschüsse für eine Bonusrente verwendet werden und diese Bonusrente durch eine Verminderung der Überschussanteile sinkt, haben Sie innerhalb von 6 Monaten das Recht, die Rente ohne erneute Gesundheitsprüfung bis zu der vor der Überschussenkung gültigen Höhe aufzustoßen, sofern noch kein Versicherungsfall eingetreten ist und noch keine Leistungen wegen Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit beantragt wurden.

Späterer Einschluss und Wiedereinschluss von planmäßigen Erhöhungen

(10) Sie haben das Recht, ohne erneute Gesundheitsprüfung die Dynamikform I gemäß unseren „Besonderen Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung“ einzuschließen.

Sie können außerdem die Dynamikform I oder Q ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder einschließen, sofern die jeweilige Dynamikform bei Abschluss des Vertrags vereinbart wurde und das Recht auf weitere Erhöhungen erloschen ist, weil Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch gemacht haben. Für den Wiedereinschluss der Dynamikform Q gilt der ursprünglich vereinbarte Erhöhungssatz.

Das Recht auf (Wieder-)Einschluss besteht nur, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die versicherte Person hat das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet.
- Die gesamte Anwartschaft auf Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Grundfähigkeitsrente einschließlich anderweitig bestehender privater und betrieblicher Anwartschaften beträgt zum Zeitpunkt des (Wieder-)Einschlusses nicht mehr als 60 % des regelmäßigen jährlichen Bruttoeinkommens.

Die Rechnungsgrundlagen des ursprünglichen Vertrags werden durch den (Wieder-)Einschluss nicht berührt. Für die Erhöhung findet der Abschnitt „Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen und Beiträge?“ der „Besonderen Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung“ entsprechend Anwendung.

§ 15 Welche Bedeutung hat die Verlängerungsgarantie bei Erhöhung der Regelaltersgrenze?

Verlängerungsgarantie

(1) Wenn die Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung erhöht wird, haben Sie das Recht, die

Versicherungs- und Leistungsdauer dieser Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung zu verlängern.

Die Verlängerung ist dabei

- maximal um die Zeitspanne, um die sich die Regelaltersgrenze für die versicherte Person verschiebt, und
- maximal bis zur neuen Regelaltersgrenze, die für die versicherte Person gilt, möglich.

Ist die versicherte Person anspruchsberechtigtes Mitglied in einem berufsständischen Versorgungswerk, gilt Entsprechendes, wenn die dort geltende Regelaltersgrenze erhöht wird.

Die Anpassung erfolgt im bestehenden Vertrag mit den bestehenden Rechnungsgrundlagen. Durch den verlängerten Versicherungsschutz erhöht sich Ihr Beitrag. Die Risikoeinstufung (insbesondere Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse) des bestehenden Vertrags bleibt unverändert.

Fristen und Voraussetzungen

(2) Dieses Recht können Sie innerhalb von 12 Monaten nach Inkrafttreten einer gesetzlichen Regelung zur Erhöhung der Regelaltersgrenze in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) ausüben.

(3) Dieses Recht besteht nicht, wenn

- die bei Vertragsabschluss vereinbarte Versicherungsdauer vor der Vollendung des 60. Lebensjahrs der versicherten Person endet,
- die verbleibende Versicherungsdauer des Vertrags zum Zeitpunkt der Verlängerung weniger als 10 Jahre beträgt,
- der Vertrag beitragsfrei ist,
- die versicherte Person bereits Leistungen aus einer Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsversicherung erhalten hat oder
- Leistungen aus einer dieser Versicherungen beantragt wurden.

§ 16 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

Beitragszahlung

(1) Die Beiträge zu Ihrer Versicherung können Sie je nach Vereinbarung durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge (laufende Beiträge) entrichten. Die Versicherungsperiode umfasst ein Jahr, bei unterjähriger Beitragszahlung entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.

(2) Der erste Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.

(3) Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem in Absatz 2 genannten Termin eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen

werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

(4) Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

(5) Bei Fälligkeit der Leistungen werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

Stundung/Teilstundung

(6) Sie können mit uns vereinbaren, dass die Beiträge unter Beibehaltung des Versicherungsschutzes für maximal 24 Monate ganz oder teilweise gestundet werden. Voraussetzung hierfür ist, dass

- der Vertrag seit mindestens drei Jahren besteht,
- seit der letzten Stundung mindestens ein Jahr vergangen ist und
- kein Beitragsrückstand besteht.

Eine Beitragsstundung in den letzten fünf Versicherungsjahren ist ausgeschlossen. Insgesamt ist eine Stundung der Beiträge während der gesamten Vertragsdauer bis zu 24 Monaten möglich. Für die Stundung der Beiträge erheben wir Zinsen. Die Höhe der Stundungszinsen richtet sich nach unseren zu Beginn der Stundung gültigen Zinssätzen.

Nach Ablauf des Stundungszeitraums sind die gestundeten Beiträge und ggf. nicht gezahlten Stundungszinsen in einem Betrag oder auf Wunsch in bis zu 24 Monatsraten nachzuzahlen. Sofern Sie es wünschen und dies tariflich möglich ist, kann der Ausgleich auch durch eine Verrechnung mit dem vorhandenen Deckungskapital erfolgen. Hierbei können Sie zwischen einer Verringerung der Leistungen oder einer Erhöhung des Beitrags wählen.

Im Falle der Stundung während einer Elternzeit, Arbeitslosigkeit oder Kurzarbeit erheben wir keine Zinsen. Der maximale Stundungszeitraum während einer Elternzeit beträgt 36 Monate.

Aussetzung

(7) Sie können mit uns vereinbaren, dass die Beitragszahlung für maximal ein Jahr unter Wegfall des Versicherungsschutzes ausgesetzt wird. Nach Ablauf der Aussetzungsfrist leben die Beitragszahlungspflicht und der Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder auf. Aufgrund des dann höheren Alters ist nach der Aussetzungsfrist in der Regel ein höherer Beitrag zu zahlen.

Während der Aussetzung finden evtl. vereinbarte planmäßige Erhöhungen von Beitrag und Leistung nicht statt.

Beitragsurlaub

(8) Sie können mit uns vereinbaren, dass eine Verrechnung der fälligen Beiträge mit dem vorhandenen Überschussguthaben oder dem Fondsguthaben erfolgt. Dies ist nur möglich, wenn die Überschüsse verzinslich angesammelt oder zum Kauf von Fondsanteilen verwendet werden (siehe § 3 Abs. 2 Buchst. b, Nr. 3 und 4).

Der Versicherungsschutz bleibt in diesem Fall in vollem Umfang bestehen.

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

Erstbeitrag

(1) Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir - solange die Zahlung nicht bewirkt ist - vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten der zur Gesundheitsprüfung

durchgeführten ärztlichen Untersuchungen verlangen.

(2) Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die Nichtzahlung 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 nicht eingezogen werden konnte, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist, entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

§ 18 Was gilt bei erhöhtem Leistungsbedarf?

(1) Wir sind nach § 163 VVG zu einer Neufestsetzung der vereinbarten Prämie berechtigt, wenn

1. sich der Leistungsbedarf nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den Rechnungsgrundlagen der vereinbarten Prämie geändert hat,
2. die nach den berechtigten Rechnungsgrundlagen neu festgesetzte Prämie angemessen und erforderlich ist, um die dauernde Erfüllbarkeit der Leistungen zu gewährleisten, und
3. ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die Voraussetzungen der Ziffern 1 und 2 überprüft und bestätigt hat.

Eine Neufestsetzung der Prämie ist insoweit ausgeschlossen, als die Leistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies insbesondere anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen hätte erkennen müssen.

(2) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass anstelle einer Erhöhung der Prämie nach Absatz 1 die Leistungen entsprechend herabgesetzt werden.

(3) Bei beitragsfreien Versicherungen - allerdings nicht während einer Rentenzahlung - sind wir entsprechend den Voraussetzungen des Absatzes 1 dazu berechtigt, die Leistung zu senken. Der Versicherungsnehmer hat in diesem Fall das Recht, die Leistung ohne erneute Gesundheitsprüfung durch eine Zuzahlung auf den Wert vor der Anpassung anzuhäben.

(4) Wir werden Ihnen die Neufestsetzung der Prämie und die Herabsetzung der Leistung mitteilen und dabei die maßgeblichen Gründe für die Änderung darstellen. Zu Beginn des zweiten, auf die Mitteilung folgenden Monats werden die Änderungen wirksam.

(5) Ist eine Bestimmung in diesen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam,

wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.

(6) Die neue Regelung nach Absatz 5 wird zwei Wochen, nachdem wir Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt haben, Vertragsbestandteil.

§ 19 Wann können Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen oder kündigen?

Kündigung

(1) Sie können Ihren Vertrag

- bei beitragspflichtigen Versicherungen jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (siehe § 16 Abs. 1 Satz 2),
- bei beitragsfreien Versicherungen zu jedem Monatsende in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) kündigen.

(2) Mit der Kündigung erlischt die Versicherung, ohne dass ein Rückkaufwert fällig wird. Ansprüche aus der Versicherung auf Grund bereits vor der Kündigung eingetretener Versicherungsfälle bleiben unberührt.

Beitragsfreistellung

(3) Anstelle einer Kündigung nach Absatz 1 können Sie unter Beachtung der dort genannten Termine und Fristen verlangen, von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. Sofern aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Leistung Kapital zur Verfügung steht, ziehen wir davon evtl. rückständige Beiträge ab und vermindern es um einen Abzug in Höhe von 8 % der vereinbarten, jährlichen Rente. Verbleibt ein Restbetrag, bilden wir daraus nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik eine beitragsfreie Rente, sofern der Mindestbetrag gemäß Absatz 4 erreicht wird.

Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm u. a. die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. 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) Haben Sie die Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt und erreicht die nach Absatz 3 zu berechnende beitragsfreie Rente den Mindestbetrag von 25 Euro monatlich nicht, wird der gemäß Absatz 3 Satz 3 verbleibende Restbetrag ausgezahlt und die Versicherung erlischt.

Wichtiger Hinweis zur Höhe der beitragsfreien Rente

(5) Bei der Existenz-Versicherung ist keine oder eine - gemessen an der vereinbarten Leistung - geringe beitragsfreie Leistung vorhanden. Dies hat drei Gründe:

1. Eine Existenz-Versicherung bezweckt nicht die Bildung eines bestimmten Kapitals, das bei Ablauf der Versicherungsdauer ausgezahlt wird. Wir verwenden Ihre Beiträge nur zur Deckung der Leistungen im Versicherungsfall (Risikobeitrag) und der Abschluss- und Verwaltungskosten.

Der Risikobeitrag ist aufgrund des steigenden Alters der versicherten Person zu Vertragsbeginn geringer als in den letzten Vertragsjahren. Wir haben die Beiträge so kalkuliert, dass sie während der gesamten Beitragszahlungsdauer konstant bleiben. Daher werden sie zu Beginn nicht vollständig durch den Risiko- und Verwaltungskostenanteil aufgebraucht.

Der verbleibende Beitragsteil wird zunächst für die Tilgung der Abschlusskosten verwendet und danach angespart.

Dieses angesparte Kapital wird zur Deckung der höheren Risikobeiträge am Ende der Vertragslaufzeit verwendet. Ihr Beitrag ist so bemessen, dass bei Vertragsablauf die angesparten Beitragsteile vollständig aufgebraucht sind. Zur Bildung von beitragsfreien Leistungen steht nur dieses zwischenzeitlich angesparte Kapital zur Verfügung.

2. Die mit dem Abschluss Ihrer Versicherung entstehenden Kosten werden pauschal bei der Tariffkalkulation berücksichtigt. Ein Teil dieser Kosten wird gemäß § 20 Abs. 4 zunächst getilgt, bevor Beitragsteile angespart werden, die gemäß Ziffer 1 für die Bildung einer beitragsfreien Leistung zur Verfügung stehen.
3. Sofern während der Vertragslaufzeit Kapital gemäß Ziffer 1 und 2 angespart wurde und zur Bildung einer beitragsfreien Leistung zur Verfügung steht, kann dieses durch den in Absatz 3 beschriebenen Abzug vollständig oder zum größten Teil aufgebraucht werden.

Eine Beitragsfreistellung ist daher in der Regel mit dem Verlust oder einer erheblichen Verminderung Ihres Versicherungsschutzes verbunden.

Ob und in welcher Höhe beitragsfreie Leistungen vorhanden sind, können Sie für jedes Jahr der Versicherungsdauer Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

(6) Ansprüche aus der Versicherung auf Grund bereits vor Beitragsfreistellung eingetretener Versicherungsfälle bleiben unberührt.

Wiederherstellung nach der Beitragsfreistellung

(7) Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei gestellt haben und dieser nicht in Folge der Beitragsfreistellung erloschen ist, können Sie diesen innerhalb von sechs Monaten ab dem Termin, zu dem die Beitragsfreistellung wirksam wurde, ohne erneute Gesundheitsprüfung wiederherstellen.

Ab dem 7. bis zum 36. Monat ab diesem Termin ist die Wiederherstellung von einer erneuten Gesundheitsprüfung abhängig.

Die Wiederherstellung setzt voraus, dass der Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist und die verbleibende Beitragszahlungsdauer noch mindestens ein Jahr beträgt.

Der Vertrag wird mit dem Beitrag wiederhergestellt, der vor der Beitragsfreistellung vereinbart war. Der Versicherungsschutz ist aufgrund der seit der Beitragsfreistellung nicht gezahlten Beiträge geringer.

Sie können den Vertrag auch mit dem Versicherungsschutz, wie er vor der Beitragsfreistellung bestanden hat, wiederherstellen. In diesem Fall wird der zu zahlende Beitrag ab der Wiederherstellung entsprechend erhöht.

Nach Ablauf von 36 Monaten kann der Versicherungsschutz nur durch den Abschluss eines neuen Vertrags wiederhergestellt werden. Aufgrund des dann höheren Alters und evtl. schlechteren Gesundheitszustandes der versicherten Person ist dies evtl. nur zu deutlich höheren Beiträgen oder gar nicht mehr möglich.

Herabsetzung des Beitrags

(8) Anstelle der Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung können Sie die Höhe der Beiträge reduzieren. Dabei gelten die in Absatz 1 genannten Termine.

(9) Im Falle einer Reduzierung der Beiträge werden die Leistungen herabgesetzt. Ihre Höhe wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik errechnet. Die Herabsetzung des Beitrags ist nur möglich, wenn

- die verbleibende Rente 50 Euro monatlich nicht unterschreitet und
- der verbleibende Jahresbeitrag 150 Euro nicht unterschreitet.

Beitragsrückzahlung

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

§ 20 Welche Kosten sind in Ihrem Vertrag vereinbart?

(1) Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten (Absätze 2 bis 6), Verwaltungskosten (Absätze 7 und 8) und anlassbezogene Kosten (Absätze 10 und 11). Die Abschluss- und Vertriebskosten sowie die Verwaltungskosten haben wir in den Beitrag einkalkuliert. Sie müssen von Ihnen daher nicht gesondert gezahlt werden. Die anlassbezogenen Kosten sind von Ihnen zusätzlich zum Beitrag zu entrichten.

Abschluss- und Vertriebskosten

(2) Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören insbesondere Abschlussprovisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschluss- und Vertriebskosten z. B. die Kosten für Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen.

(3) Die Abschluss- und Vertriebskosten haben wir in die Beiträge der ersten maximal acht Jahre der Beitragszahlungsdauer einkalkuliert.

(4) Auf einen Teil dieser Abschluss- und Vertriebskosten - maximal 2,5 % der Beitragssumme (das ist die Summe der während der Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Beiträge) - wenden wir das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung an. Das heißt, dass wir die ersten Beiträge zur Tilgung dieses Teils der Abschluss- und Vertriebskosten heranziehen. Dies gilt jedoch nicht für die Teile der ersten Beiträge, die für Leistungen im Versicherungsfall, für Verwaltungskosten gemäß den Absätzen 7 und 8 und - aufgrund von gesetzlichen Regelungen - für die Bildung einer Deckungsrückstellung bestimmt sind.

(5) Ist die Beitragszahlungsdauer länger als 5 Jahre, sind - soweit vorhanden - in die Beiträge der Jahre sechs bis acht in der Regel weitere Abschlusskosten einkalkuliert. Für jedes dieser Jahre sind die einkalkulierten Abschlusskosten auf 0,5 % der Beitragssumme begrenzt.

(6) Das beschriebene Verrechnungsverfahren trägt mit dazu bei, dass in der Regel keine beitragsfreie Leistung vorhanden ist. Ob und in welcher Höhe beitragsfreie Leistungen vorhanden sind, können Sie für jedes Jahr der Versicherungsdauer Ihrem Versicherungsschein entnehmen. Weitere Informationen zu den beitragsfreien Versicherungsleistungen finden Sie in § 19 Abs. 5.

Verwaltungskosten

(7) Die Verwaltungskosten sind die Kosten für die laufende Verwaltung Ihres Vertrags. Sie umfassen den auf Ihren Vertrag entfallenden Anteil an allen Sach- und Personalaufwendungen, die für den laufenden Versicherungsbetrieb erforderlich sind.

(8) Die Verwaltungskosten werden über die gesamte Vertragslaufzeit verteilt. Ihre Höhe kann für jedes Jahr der Vertragslaufzeit unterschiedlich sein.

Höhe der Kosten

(9) Die Höhe der einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten sowie der einkalkulierten Verwaltungskosten können Sie für jedes Jahr der Vertragslaufzeit dem Kundeninformationsblatt entnehmen.

Anlassbezogene Kosten

(10) Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag gesondert in Rechnung stellen. Dies gilt bei

- Ausstellung eines neuen Versicherungsscheins,
- Fristsetzung in Textform bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen,
- Verzug mit Beiträgen,
- Rücklastschriften,
- Durchführung von Vertragsänderungen, soweit nicht vertraglich vereinbarte Optionen ausgeübt werden,
- Bearbeitung von Abtretungen oder Verpfändungen,
- Ermittlung einer geänderten Postanschrift, sofern die Änderung uns nicht mitgeteilt wurde (vgl. § 21 Abs. 1).

Darüber hinaus belasten wir Sie nur dann mit Kosten, wenn dies nach gesetzlichen Vorschriften ausdrücklich zulässig ist.

(11) Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem pauschalen Abgeltungsbetrag zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern sind, entfällt bzw. vermindert sich der Abgeltungsbetrag.

§ 21 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?

(1) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Andernfalls können für Sie Nachteile entstehen, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden können. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

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

§ 22 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?

(1) Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung 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.

(2) Notwendige Informationen im Sinne von Absatz 1 sind beispielsweise Umstände, die für die Beurteilung

- Ihrer persönlichen steuerlichen Ansässigkeit,

- der steuerlichen Ansässigkeit dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, und
- der steuerlichen Ansässigkeit des Leistungsempfängers maßgebend sein können.

Dazu zählen insbesondere die deutsche oder ausländische(n) Steueridentifikationsnummer(n), das Geburtsdatum, der Geburtsort und der Wohnsitz.

(3) Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, gilt Folgendes: Bei einer entsprechenden gesetzlichen Verpflichtung melden wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden. Dies gilt auch dann, wenn ggf. keine steuerliche Ansässigkeit im Ausland besteht.

(4) Eine Verletzung Ihrer Auskunftspflichten gemäß den Absätzen 1 und 2 kann dazu führen, dass wir unsere Leistung nicht zahlen. Dies gilt so lange, bis Sie uns die für die Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt haben.

§ 23 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

(1) Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

(2) Für das Vertragsverhältnis gilt auch die Satzung der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a. G., die Sie auf unserer Internetseite finden können.

§ 24 Was können Sie bei Meinungsverschiedenheiten tun?

(1) Wenn Sie mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, stehen Ihnen insbesondere die nachfolgenden Beschwerdemöglichkeiten offen.

Versicherungsombudsmann

(2) Wenn Sie Verbraucher sind, können Sie sich an den Ombudsmann für Versicherungen wenden. Diesen erreichen Sie wie folgt:

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632
10006 Berlin
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Internet: www.versicherungsombudsmann.de

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

(3) Wenn Sie Verbraucher sind und diesen Vertrag online (z. B. über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben, können Sie sich mit Ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet.

Versicherungsaufsicht

(4) Sind Sie mit unserer Betreuung nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können Sie sich auch an die für uns zuständige Aufsicht wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de
Internet: www.bafin.de

Bitte beachten Sie, dass die BaFin keine Schiedsstelle ist und einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden kann.

Rechtsweg

(5) Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

(6) Für Klagen aus dem Vertrag gegen uns ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk unser Sitz oder die für den Vertrag zuständige Niederlassung liegt. Zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz haben. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

(7) Klagen aus dem Vertrag gegen Sie müssen wir bei dem Gericht erheben, das für Ihren Wohnsitz zuständig ist. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

(8) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts in das Ausland, sind für Klagen aus dem Vertrag die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

§ 25 Was gilt bei Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen?

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrags - gleich aus welchem Grund - unwirksam sein oder werden, berührt dies die Wirksamkeit des Vertrags im Übrigen nicht.