

Allgemeine Bedingungen für die Selbstständige Existenz-Versicherung

(Tarifbezeichnungen: SKV, 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?	4
§ 3 Was ist eine schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen?	5
§ 4 Welche Leistungen erbringen wir bei einer schweren Krankheit?	6
§ 5 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	6
§ 6 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	7
§ 7 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	7
§ 8 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	8

Auszahlung von Leistungen

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

Nachversicherungsgarantien

§ 16 Welche Bedeutung hat die Nachversicherungsgarantie?	11
§ 17 Welche Bedeutung hat die Verlängerungsgarantie bei Erhöhung der Regelaltersgrenze?	13

BU-Option

§ 18 Wann ist ein Wechsel in eine selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung möglich (BU-Option)?	13
--	----

Anschluss-Pflegeversicherung

§ 19 Was gilt für die Anschluss-Pflegeversicherung beim Tarif SKV+?	13
---	----

Beiträge

§ 20 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?	14
§ 21 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	15
§ 22 Was gilt bei erhöhtem Leistungsbedarf?	15

Kündigung und Beitragsfreistellung

§ 23 Wann können Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen oder kündigen?	16
--	----

Kosten

§ 24 Welche Kosten sind in Ihrem Vertrag vereinbart?	17
--	----

Sonstige Vertragsbestimmungen

§ 25 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?	18
§ 26 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?	18
§ 27 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?	18
§ 28 Wo ist der Gerichtsstand?	18
§ 29 Was gilt bei Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen?	18

§ 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,
- Geistige Leistungsfähigkeit,
- Gebrauch der Arme,
- Heben und Tragen,
- Gebrauch der Hände,
- Fingerfertigkeit und Geschicklichkeit,
- Schreiben,
- Gehen,
- Treppensteigen,
- Stehen,
- Knien und Bücken,
- Sitzen,
- Gleichgewicht,
- Autofahren,
- Eigenverantwortliches Handeln.

(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. d sowie für den Verlust der Fähigkeit eigenverantwortlich zu handeln gemäß Absatz 5 Buchst. q.

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 medizinischen Wissensstand üblichen Befunderhebungen und Testverfahren nachzuweisen.

Welche Nachweise Sie im Einzelnen vorlegen müssen, ist unter § 9 Abs. 4 beschrieben. Welche ärztlichen Empfehlungen und Maßnahmen die versicherte Person zu beachten hat, ist unter § 9 Abs. 6 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 (Brille, Kontaktlinsen) oder anderen therapeutischen Maßnahmen 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 Hilfsgeräten (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 Worte mehr formen 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) Geistige Leistungsfähigkeit

Ein Verlust liegt vor, wenn die geistige Leistungsfähigkeit in Bezug auf

- die Auffassungsgabe oder
- die Konzentration bzw. Aufmerksamkeit oder

- das Gedächtnis oder
- die Handlungsplanung oder
- die zeitliche und räumliche Orientierung oder Orientierung zur eigenen Person

der versicherten Person so schwer gestört ist (z. B. durch eine Hirnschädigung, Psychose), dass sie alltagsrelevante Tätigkeiten (z. B. Körperhygiene, Ankleiden, Vereinbarung von Terminen) nicht mehr ausüben kann.

Hierfür muss eine körperliche und psychiatrische Untersuchung unter Verwendung normierter und validierter psychometrischer Testverfahren (z. B. Mini-Mental-Status-Test) erfolgen. Die Ergebnisse der Testverfahren müssen im Bereich der unteren 10 % der zur Normierung verwendeten vergleichbaren Altersstichprobe liegen.

e) Gebrauch der Arme

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.

f) Heben und Tragen

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, mit der rechten oder linken Hand einen mit einem Griff versehenen und in Hüfthöhe abgestellten, 2 Kilogramm schweren Gegenstand (z. B. Eimer) zu heben und diesen 5 Meter weit über einen ebenen und festen Boden zu tragen.

g) Gebrauch der Hände

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

- ein leeres, auf einem Tisch stehendes Wasserglas zu greifen und so umzudrehen, dass es auf der geöffneten Seite steht oder
- ein leeres Wasserglas 5 Minuten zu halten, auch nicht, wenn der Unterarm abgestützt wird.

h) Fingerfertigkeit und Geschicklichkeit

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

- 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.

i) Schreiben

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person aufgrund von motorischen Einschränkungen weder mit der rechten noch mit der linken Hand mindestens 5 sinnvolle Wörter mit jeweils mindestens 10 Buchstaben

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

j) 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, 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.

k) 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 höchstens 20 cm und üblichem Bodenbelag hinauf- und hinabzusteigen, ohne eine Pause machen zu müssen, die länger als eine Minute dauert.

l) Stehen

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

m) Knien und Bücken

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, sich aus eigener Kraft zu bücken oder hinzuknien, um mit den Fingern den Boden zu berühren, und sich danach aus eigener Kraft, auch mit Abstützen am Boden, wieder aufzurichten.

n) 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.

o) Gleichgewicht

Ein Verlust liegt vor, wenn der Gleichgewichtssinn der versicherten Person dermaßen gestört ist, dass ein Besteigen von Leitern oder Gerüsten nicht mehr ohne stark erhöhte Unfallgefahr möglich ist. 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, die nachweisbar auf Alkoholmissbrauch zurückzuführen sind.

p) 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 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.

q) 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.

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 Bett-schüssel 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.

Schwere Depression und Schizophrenie

(9) Haben Sie mit uns den Baustein „Psyche PLUS“ vereinbart, so betrachten wir auch eine schwere Depression gemäß Buchstabe a) sowie eine Schizophrenie gemäß Buchstabe b) als eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit.

a) Eine schwere Depression im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist:

- Die versicherte Person leidet unter einer schweren depressiven Episode, die bereits 12 Monate andauert.
- Bei der versicherten Person sind mehrere schwere depressive Episoden mit einer Gesamtdauer von mindestens 12 Monaten aufgetreten, wobei zwischen zwei schweren depressiven Episoden ein Zeitraum von höchstens 6 Monaten lag.

b) Eine Schizophrenie im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist:

- Die versicherte Person leidet unter einer Schizophrenie, die bereits 12 Monate ununterbrochen andauert und aufgrund welcher in diesem Zeitraum bereits mindestens ein stationärer Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik stattgefunden hat.
- Die versicherte Person leidet unter einer Schizophrenie, wegen der sie bereits für mindestens 8 Wochen in einer psychiatrischen Klinik ununterbrochen stationär behandelt wurde.

Der Beginn der schweren Depression oder Schizophrenie muss in der Laufzeit dieser Versicherung liegen.

Die Diagnose der schweren Depression oder Schizophrenie muss ein Facharzt für Psychiatrie mit den nach aktuellem medizinischen Wissensstand üblichen Befunderhebungen feststellen.

Wir leisten, solange eine schwere Depression oder Schizophrenie wie oben beschrieben vorliegt. Das bedeutet:

- Wir leisten rückwirkend ab Beginn der schweren Depression oder Schizophrenie.

- Wir stellen bei einer schweren Depression die Leistungen erst ein, wenn über einen Zeitraum von 6 Monaten keine schwere depressive Episode mehr vorlag.
- Wir stellen bei einer Schizophrenie die Leistung erst ein, wenn von einem Facharzt für Psychiatrie bescheinigt wird, dass die Diagnosekriterien für Schizophrenie über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr nicht mehr erfüllt sind. Insbesondere darf in diesem Zeitraum kein erneuter stationärer Aufenthalt aufgrund von Schizophrenie stattgefunden haben.

Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle, bei denen die schwere Depression oder die Schizophrenie ganz oder teilweise auf Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch zurückzuführen ist.

Hinweis zu den verwendeten Begriffen

(10) 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) Haben Sie mit uns das „Pflege PLUS“ (Tarif SKV+) vereinbart, so erbringen wir eine zusätzliche lebenslange Pflegerente in vereinbarter Höhe, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer pflegebedürftig im Sinne von § 1 Abs. 7 wird oder ein Autonomieverlust infolge Demenz im Sinne von § 1 Abs. 8 vorliegt.

(3) 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.

(4) Zusätzlich zu den im Versicherungsschein beschriebenen garantierten Leistungen können Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung erhalten (siehe § 5).

Leistungsbeginn

(5) 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.

Diese Regelung gilt sinngemäß für die zusätzliche Pflegerente gemäß Absatz 2.

Leistungsende

(6) 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.

Der Anspruch auf die zusätzliche Pflegerente gemäß Absatz 2 erlischt,

- wenn die versicherte Person stirbt oder
- wenn keine Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 1 Abs. 7 und kein Autonomieverlust infolge Demenz im Sinne von § 1 Abs. 8 mehr vorliegt.

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

(7) Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

§ 3 Was ist eine schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Die in Absatz 2 genannten Krankheiten gelten als schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen, wenn sie die im Einzelnen genannten Voraussetzungen erfüllen. Der Eintritt einer der versicherten schweren Krankheiten ist durch einen Facharzt der entsprechenden Fachrichtung mit den nach aktuellem medizinischen Wissensstand üblichen Befunderhebungen nachzuweisen.

(2) Für die folgenden Krankheiten besteht Versicherungsschutz:

- Krebs,
- Herzinfarkt,
- Schlaganfall,
- Multiple Sklerose,
- Koma,
- Querschnittslähmung,
- Chronisches Nierenversagen,
- Fortgeschrittene Lungenerkrankung.

a) Krebs

Krebs im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn

- ein solider Tumor in einer malignen (bösartigen) Form ab Tumorgroße T2 oder
- ein Tumor mit Lymphknoten- oder Fernmetastasen oder
- ein Gehirntumor ab WHO II oder
- Leukämie, Morbus Hodgkin oder maligne (bösartige) Lymphome

nachgewiesen werden.

Nicht bösartige Gehirntumore gelten auch als schwere Krankheiten im Sinne dieser Bedingungen, sofern eindeutig dauerhafte neurologische Ausfallerscheinungen nachgewiesen werden.

Zwischen Versicherungsbeginn und Erstdiagnosestellung muss ein Zeitraum von mindestens 6 Monaten gelegen haben.

b) Herzinfarkt

Ein Herzinfarkt im Sinne dieser Bedingungen ist das Absterben von Herzmuskelgewebe infolge unzureichender Blutzufuhr in die betroffenen Bereiche des Herzmuskels wegen Verengung oder Verschlusses eines oder mehrerer Herzkranzgefäße.

Es muss sich um einen während der Laufzeit des Vertrags akut aufgetretenen Infarkt mit einer voraussichtlich mindestens drei Monate bestehenden behandlungsbedürftigen Funktionsstörung handeln. Der Infarkt muss mit den dann geltenden kardiologischen Nachweisverfahren eindeutig belegt werden.

Ein stummer Herzinfarkt sowie andere akute Koronarsyn-drome (z. B. Angina pectoris) gelten nicht als schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen.

c) Schlaganfall

Ein Schlaganfall im Sinne dieser Bedingungen ist das Absterben von Hirngewebe, verursacht durch eine Durchblutungsstörung des Gehirns infolge eines Hirninfarkts oder einer intrakraniellen oder subarachnoidalen Blutung.

Es muss sich um einen während der Laufzeit des Vertrags akut aufgetretenen Schlaganfall mit einem voraussichtlich mindestens drei Monate bestehenden motorischen und objektivierbaren Funktionsausfall handeln. Der Funktionsausfall muss dabei in einem Bereich auftreten, der durch die vom Schlaganfall betroffene Hirnregion gesteuert wird.

Der Schlaganfall muss mit entsprechenden bildgebenden Verfahren (Computertomografie, Kernspintomographie) eindeutig belegt werden.

Vorübergehende Hirndurchblutungsstörungen (TIA, PRIND), die sich ohne Folgen zurückbilden, sowie migränebedingte neurologische Ausfallerscheinungen gelten nicht als schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen.

d) Multiple Sklerose

Multiple Sklerose im Sinne dieser Bedingungen liegt vor bei einer entzündlichen Erkrankung des zentralen Nervensystems mit Entmarkungsherden in der weißen Substanz des Gehirns oder Rückenmarks. Dafür müssen die folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

- es wird mit einer zum Zeitpunkt des Leistungsantrags geltenden Diagnosetechnik (z. B. mittels Computertomographie oder Magnetresonanztomographie) mindestens ein typischer Entmarkungsherd im Gehirn oder Rückenmark (Zerstörung des Nervengewebes) nachgewiesen und
- es besteht weiterhin eine dadurch erklärbare neurologische Einschränkung, die einem Wert von 4,5 in der Expanded Disability Status Scale oder einer vergleichbaren Skala entspricht.

e) Koma

Koma im Sinne dieser Bedingungen liegt vor bei einem Versagen der Hirnfunktion, das zu einem Zustand tiefer Bewusstlosigkeit ohne Reaktion auf externe Reize führt. Der Zustand muss mindestens 4 Tage unter dauerndem Einsatz von lebenserhaltenden Systemen bestehen. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Neurologie/Psychiatrie nachgewiesen werden.

Ein künstlich hervorgerufenen Koma sowie ein Koma infolge von Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch oder Drogenkonsum gelten nicht als schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen.

f) Querschnittslähmung

Querschnittslähmung im Sinne dieser Bedingungen liegt vor bei vollständiger und dauerhafter Lähmung beider Beine, verursacht durch eine Schädigung der Nervenleitungen im Rückenmark.

g) Chronisches Nierenversagen

Chronisches Nierenversagen im Sinne dieser Bedingungen liegt vor bei einem dauerhaften Verlust der selbstständigen Funktionsfähigkeit der Nieren, wenn zusätzlich eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist:

- die Notwendigkeit einer dauerhaften und regelmäßigen Dialyse wird durch einen nephrologischen Bericht belegt oder
- eine Nierentransplantation ist erfolgt.

h) Fortgeschrittene Lungenerkrankung

Eine fortgeschrittene Lungenerkrankung im Sinne dieser Bedingungen liegt vor bei einer unabänderlichen, chronischen, hochgradigen Atemfunktionsstörung, bei der auch unter optimaler Therapie die Erforderlichkeit einer dauerhaften Sauerstofftherapie von mindestens acht Std./Tag nachgewiesen wird.

Das Schlafapnoe-Syndrom (SAS) gilt nicht als schwere Krankheit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen.

§ 4 Welche Leistungen erbringen wir bei einer schweren Krankheit?

(1) Sofern Sie mit uns den Baustein „Erste Hilfe PLUS“ vereinbart haben, erbringen wir die im Versicherungsschein genannte Einmalleistung, wenn bei der versicherten Person während der Dauer dieser Versicherung eine schwere Krankheit gemäß § 3 eintritt.

(2) Der Anspruch auf die Einmalleistung entsteht

- nach Ablauf von 30 Tagen nach Diagnosestellung der schweren Krankheit durch einen Facharzt gemäß § 3 Abs. 1 bzw.

- bei chronischem Nierenversagen gemäß § 3 Abs. 2 Buchst. g nach Ablauf von 30 Tagen nach der ersten Dialysebehandlung bzw. der erfolgten Nierentransplantation,

sofern die versicherte Person diesen Zeitpunkt erlebt.

(3) Stirbt die versicherte Person oder erlebt sie den Ablauf der Versicherungsdauer, ohne dass eine schwere Krankheit eingetreten ist, wird - ggf. bis auf die Auszahlung der angesammelten Überschüsse gemäß § 5 Abs. 2 Buchst. b, Nr. 3 oder 4 - keine Einmalleistung fällig.

(4) Ihre Versicherung besteht auch nach Anerkennung einer Leistungspflicht wegen einer schweren Krankheit gemäß § 3 fort.

Wenn bei der versicherten Person nacheinander mehrere versicherte schwere Krankheiten gemäß § 3 eintreten, besteht unsere Leistungspflicht also grundsätzlich auch für diese weiteren schweren Krankheiten. Dabei sind folgende Einschränkungen zu beachten:

- Nach Eintritt einer schweren Krankheit gemäß § 3 gilt eine Wartezeit von 3 Monaten, d. h. der Eintritt einer weiteren schweren Krankheit während dieses Zeitraums begründet keinen neuen Anspruch auf Einmalleistung nach Absatz 1.

- Wenn eine schwere Krankheit gemäß § 3, die bereits zur Leistungspflicht geführt hat, ein weiteres Mal eintritt oder zu einer anderen schweren Krankheit gemäß § 3 führt, so entsteht kein neuer Anspruch auf Einmalleistung nach Absatz 1.

- Nach einem Herzinfarkt gemäß § 3 Abs. 2 Buchst. b, einem Schlaganfall gemäß § 3 Abs. 2 Buchst. c oder einem chronischen Nierenversagen gemäß § 3 Abs. 2 Buchst. g entsteht bei späterem Eintritt einer der jeweiligen beiden anderen schweren Krankheiten kein neuer Anspruch auf Einmalleistung nach Absatz 1. Bei Eintritt eines Herzinfarkts, eines Schlaganfalls oder eines chronischen Nierenversagens besteht Ihre Versicherung daher ohne Anspruch auf Einmalleistung für die schweren Krankheiten Schlaganfall, Herzinfarkt und chronisches Nierenversagen fort.

(5) Zusätzlich zu den im Versicherungsschein beschriebenen garantierten Leistungen können Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung erhalten (siehe § 5).

(6) Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

§ 5 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 Bewertungsreserven werden dabei 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 entstehen dann, wenn die Aufwendungen für das Risiko des Eintritts einer Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit oder einer schweren Krankheit und die Kosten niedriger sind, als bei der Tarifikalkulation angenommen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer nach der Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) angemessen beteiligt und zwar nach derzeitiger Rechtslage am Risikoergebnis (Risiko des Eintritts einer Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit oder einer schweren Krankheit) grundsätzlich zu mindestens 90 % und am übrigen Ergebnis (einschließlich Kosten) grundsätzlich zu mindestens 50 % (§ 4 Abs. 4 und 5, § 5 Mindestzuführungsverordnung).

Weitere Überschüsse stammen aus den Erträgen der Kapitalanlagen. Von den Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige Leistungen vorgesehen sind (§ 3 Mindestzuführungsverordnung), erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in dieser Verordnung genannten Prozentsatz. In der derzeitigen Fassung der Verordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben (§ 4 Abs. 3, § 5 Mindestzuführungsverordnung); aus diesem Betrag werden zunächst die Beträge finanziert, die für die garantierten Leistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer.

(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 vorüberge-

henden 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. § 23 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 zur Kapitalausstattung bleiben unberührt.

(2) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags

(a) Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen derjenigen Bestandsgruppe, die in Ihrem Versicherungsschein 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 beitragsfreigestellt 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 zuteilten 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) Information über die 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 Zinsentwicklung des Kapitalmarkts sowie die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch null Euro betragen.

§ 6 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 § 20 Abs. 2 und § 21 Abs. 2).

§ 7 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 alle Ordnungswidrigkeiten (z. B. im Straßenverkehr) leisten wir uneingeschränkt;
- b) durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- c) durch Kriegereignisse (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 Bun-

desrepublik 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.

§ 8 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 gefahrerheblichen 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 § 23 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 gefahrerheblichen 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.

tigt ansehen, die Erklärung entgegenzunehmen.

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

§ 9 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.

Entsprechendes gilt für die zusätzliche Pflegerente gemäß § 2 Abs. 2.

(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.

Entsprechendes gilt für die zusätzliche Pflegerente gemäß § 2 Abs. 2.

Zinslose Stundung während der Leistungsprüfung

(3) Wenn Sie eine Rente wegen einer Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit beantragen, haben Sie das Recht, bis zur endgültigen Entscheidung über unsere Leistungspflicht die zinslose Stundung der Beiträge zu verlangen.

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 verzinst mit jährlich 0,9 % 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 Depression oder Schizophrenie vorliegt, Angaben zur Dauer und zum Schweregrad;

- c) bei Anordnung gesetzlicher Betreuung der gerichtliche Bestellungsbeschluss 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 § 26 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 Vertragserklärung.

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, 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).

Ärztliche Empfehlungen und Maßnahmen

(6) 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 Schadensminderungspflicht verpflichtet, zumutbaren ärztlichen Anweisungen zur Besserung ihrer gesundheitlichen Verhältnisse Folge zu leisten. Zumutbar sind dabei Maßnahmen, die

- gefahrlos sind,
- nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und
- Aussicht auf Verbesserung des Gesundheitszustands bieten.

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

- Suchtentzug,

- 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 beschrieben, erfüllt sind, erbringen wir die Leistung nur, wenn sich die versicherte Person nach den Behandlungsleitlinien für schwere Depressionen oder Schizophrenien 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.

(7) Die Absätze 4 bis 6 gelten sinngemäß, wenn beim Tarif SKV+ die zusätzliche Pflegerente gemäß § 2 Abs. 2 verlangt wird.

§ 10 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.

§ 11 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 8 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.

§ 12 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) 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.

(3) 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.

(4) 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.

§ 13 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.

§ 14 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. p) und der Wegfall der Betreuung (siehe § 1 Abs. 5 Buchst. q) 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.

Beim Tarif SKV+ endet unsere Leistungsverpflichtung für die zusätzliche Pflegerente, wenn die Leistungsvoraussetzungen gemäß § 2 Abs. 2 weggefallen sind.

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 drei Monaten noch anhält. Haben Sie mit uns den Baustein „Psyche PLUS“ vereinbart, gilt abweichend § 1 Abs. 9.

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

Solange eine Mitwirkungspflicht im Anspruchsfall (§ 9) oder bei Nachprüfung unserer Leistungspflicht (§ 14) von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist.

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

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

§ 16 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 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 85 % des regelmäßigen jährlichen Nettoeinkommens 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.

(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 aufzustocken, sofern noch kein Versicherungsfall eingetreten ist und noch keine Leistungen wegen Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit beantragt wurden.

(10) Die Einmalleistung gemäß § 4 Abs. 1 erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Rente gemäß § 2 Abs. 1. Beim Tarif SKV+ erhöht sich die zusätzliche Pflegerente (§ 2 Abs. 2) um den gleichen Betrag wie die Rente wegen einer Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit (§ 2 Abs. 1).

(11) 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 die Dynamikform I außerdem wieder einschließen, sofern die Dynamikform I 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.

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 85 % des regelmäßigen jährlichen Nettoeinkommens.

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.

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

Verlängerungsgarantie

(1) Wenn die Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung erhöht wird, haben Sie das Recht, Ihren Versicherungsvertrag ohne erneute Gesundheitsprüfung an die neue Regelaltersgrenze anzupassen.

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 nicht der zu diesem Zeitpunkt gültigen Regelaltersgrenze entspricht,
- die versicherte Person das 50. Lebensjahr vollendet hat,
- 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.

§ 18 Wann ist ein Wechsel in eine selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung möglich (BU-Option)?

(1) Sie haben das Recht, den bestehenden Vertrag ohne erneute Gesundheitsprüfung in eine selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung umzuwandeln, wenn alle unter Absatz 2 genannten Voraussetzungen erfüllt sind (BU-Option).

(2) Für die Ausübung der BU-Option müssen die folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

- Die versicherte Person nimmt nach erfolgreichem Abschluss einer Berufsausbildung oder eines Studiums an einer staatlich anerkannten Universität, Hochschule oder Fachhochschule der Europäischen Union, Islands, Norwegens, der Schweiz, Kanadas oder der USA eine dem Abschluss entsprechende berufliche Tätigkeit auf.
- Die versicherte Person hat zum Zeitpunkt der Tätigkeitsaufnahme das 30. Lebensjahr noch nicht vollendet.
- In den letzten zwei Jahren vor Ausübung der BU-Option wurden alle fälligen Beiträge gezahlt. In diesem Zeitraum lag weder eine Beitragsfreistellung gemäß § 23 noch eine Stundung oder Aussetzung der Beiträge gemäß § 20 vor.
- Bis zum Zeitpunkt des Wechsels war die versicherte Person weder berufsunfähig, erwerbsunfähig, pflegebedürftig oder schwerbehindert oder hat eine versicherte Grundfähigkeit verloren, noch wurden Leistungen aus einer entsprechenden Versicherung bei uns, einem an-

deren Versicherungsunternehmen oder einem Sozialversicherungssträger beantragt.

- Die monatliche Rente der selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung ist nicht höher als die monatliche Rente Ihrer Existenz-Versicherung zum Wechselzeitpunkt.
- Die monatliche Rente aus allen Berufsunfähigkeitsversicherungen, die für Sie im Rahmen der Wechseloption bei uns zustande kommen, beträgt zum Wechselzeitpunkt maximal 1.500 EUR.
- Ihre Existenz-Versicherung wurde ohne Ausschlussklauseln oder Risikozuschläge angenommen.
- Zum Zeitpunkt des Wechsels wird von uns eine Berufsunfähigkeitsversicherung für das Neugeschäft angeboten.
- Der von der versicherten Person ausgeübte Beruf ist bei uns versicherbar.

(3) Die BU-Option können Sie innerhalb von 12 Monaten nach Aufnahme der beruflichen Tätigkeit gemäß Absatz 2 beantragen. Vertragspartner für die Berufsunfähigkeitsversicherung ist die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a. G.

(4) Zur Ausübung der BU-Option müssen uns der erfolgreiche Abschluss einer Berufsausbildung bzw. eines Studiums sowie die Aufnahme der beruflichen Tätigkeit durch Vorlage geeigneter Nachweise (z. B. Abschlusszeugnis und Arbeitsvertrag) belegt werden.

(5) Für den Wechsel in die Berufsunfähigkeitsversicherung gelten die zu diesem Zeitpunkt für das Neugeschäft geöffneten Tarife und Versicherungsbedingungen. Der Beitrag richtet sich nach dem Tarif, dem Alter der versicherten Person und dem zu versichernden Beruf zum Zeitpunkt des Wechsels. Die individuelle Gestaltung Ihrer Existenz-Versicherung (Beitragszahlung, Überschussverwendung, Bausteine, etc.) wird für die Berufsunfähigkeitsversicherung übernommen, soweit dies möglich ist.

Sofern der Beitrag für die Berufsunfähigkeitsversicherung den zuletzt für Ihre Existenz-Versicherung gezahlten Beitrag nicht übersteigt, erheben wir keine neuen Abschlusskosten.

(6) Für die Berufsunfähigkeitsversicherung gilt die in der Existenz-Versicherung vereinbarte Versicherungs- und Leistungsdauer. Lassen die Annahmerichtlinien für die ausgeübte berufliche Tätigkeit der versicherten Person nur eine geringere Versicherungs- oder Leistungsdauer zu, passen wir diese entsprechend an.

(7) Werden die Überschüsse verzinslich angesammelt oder zum Kauf von Fondsanteilen verwendet (siehe § 5 Abs. 2 Buchst. b, Nr. 3 und 4), wird dieses Guthaben in die Berufsunfähigkeitsversicherung übertragen. Ein ggf. vorhandenes Deckungskapital wird nicht angerechnet oder übertragen.

(8) Nach abgeschlossenem Wechsel endet Ihr Versicherungsschutz aus der Existenz-Versicherung.

§ 19 Was gilt für die Anschluss-Pflegeversicherung beim Tarif SKV+?

Anschluss-Pflegeversicherung bei Ablauf der Versicherungsdauer

(1) Sofern zum Ablauf der Versicherungsdauer keine zusätzliche Pflegerente gemäß § 2 Abs. 2 erbracht wird und diese Versicherung weder gekündigt noch beitragsfrei

gestellt wurde, haben Sie das Recht, für die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt eine Anschluss-Pflegeversicherung abzuschließen. Dieses Recht haben Sie auch, sofern Sie gem. § 2 Abs. 1 Buchst. b von der Beitragszahlungspflicht befreit sind.

Vertragspartner für die Anschluss-Pflegeversicherung ist die VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a. G. Wenn diese keinen geeigneten Tarif für die Anschluss-Pflegeversicherung anbietet, kann auch ein anderes Unternehmen des VOLKSWOHL BUND-Konzerns Vertragspartner sein.

Frist

(2) Sie können dieses Recht nur innerhalb von drei Monaten vor Ablauf der Versicherungsdauer ausüben.

Höhe der Pflegerente

(3) Die Höhe der Pflegerente für die Anschluss-Pflegeversicherung können Sie bestimmen. Der dafür zu zahlende Beitrag wird entsprechend dem dann gültigen Tarif für Anschluss-Pflegeversicherungen der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a. G. und der Risikoeinstufung der versicherten Person bei dieser Existenz-Versicherung (insbesondere Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse) berechnet. Obergrenze ist die zuletzt vereinbarte Höhe der zusätzlichen Pflegerente gemäß § 2 Abs. 2, maximal aber 2.000 Euro monatlich. Versicherungsbeginn ist der Ablauf dieser Existenz-Versicherung. Es erfolgt keine erneute Gesundheitsprüfung.

Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

(4) Wird die versicherte Person während der Dauer der Anschluss-Pflegeversicherung pflegebedürftig wie unter § 1 Abs. 7 beschrieben, so dass sie bei mindestens drei der dort genannten Alltagstätigkeiten hilfebedürftig ist, oder liegt ein Autonomieverlust infolge Demenz gemäß § 1 Abs. 8 vor, werden aus der Anschluss-Pflegeversicherung folgende Leistungen erbracht:

- a) Volle oder teilweise Zahlung der vereinbarten Pflegerente abhängig von der Anzahl der in § 1 Abs. 7 genannten Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens, bei denen die versicherte Person täglich Hilfe durch eine andere Person benötigt:
- Hilfebedarf bei allen 6 Verrichtungen oder bei Autonomieverlust infolge Demenz gemäß § 1 Abs. 8: volle Rentenhöhe,
 - Hilfebedarf bei 4 oder 5 Verrichtungen: 75 % der vollen Rentenhöhe,
 - Hilfebedarf bei 3 Verrichtungen: 50 % der vollen Rentenhöhe.
- b) Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht bei Hilfebedarf bei drei oder mehr Verrichtungen oder Autonomieverlust infolge Demenz.

Sie können alternativ eine Anschluss-Pflegeversicherung mit geringeren Leistungen vereinbaren, sofern wir einen entsprechenden Anschluss-Tarif anbieten.

Automatische Fortsetzung als Anschluss-Pflegeversicherung

(5) Diese Existenz-Versicherung setzt sich automatisch als Anschluss-Pflegeversicherung mit den in Absatz 4 genannten Leistungen fort, sofern sie zum Ende der Versicherungsdauer beitragspflichtig ist. Sie erhalten drei Monate vor Ablauf der Versicherungsdauer einen Versicherungsschein, in dem wir Sie über den genauen Inhalt der An-

schluss-Pflegeversicherung informieren. Ferner werden wir Ihnen die für die Anschluss-Pflegeversicherung geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die gesetzlich vorgeschriebenen Produktinformationen zusenden.

Im Rahmen der automatischen Fortsetzung wird die Höhe der Pflegerente so berechnet, dass der Beitrag dem zuletzt für diese Existenz-Versicherung vereinbarten Beitrag entspricht, sofern dies im Rahmen der versicherbaren Höchstrente (vgl. Absatz 3) möglich ist. Die Pflegerente wird in der Regel niedriger sein als die zuvor vereinbarte Pflegerente. Bis zum Ende des dritten Monats nach Beginn der Anschluss-Pflegeversicherung können Sie den Versicherungsschutz bis zu der in Absatz 3 genannten Rente - ebenfalls ohne erneute Gesundheitsprüfung - erhöhen.

Sie haben die Möglichkeit, einer Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses als Anschluss-Pflegeversicherung innerhalb von vier Wochen nach Beginn der Anschluss-Pflegeversicherung zu widersprechen.

Abschluss einer Pflegeversicherung während der Versicherungsdauer

(6) Die Option gemäß Absatz 1 können Sie auch vor Ablauf der Versicherungsdauer, aber frühestens 10 Jahre nach Versicherungsbeginn ausüben. Die Pflegeversicherung beginnt in diesem Fall spätestens drei Monate nach Optionsausübung. Die Absätze 1, 3 und 4 gelten entsprechend.

Mit dem Versicherungsbeginn der selbstständigen Pflegeversicherung entfallen der Versicherungsschutz gemäß § 2 Abs. 2 sowie die Option gemäß den Absätzen 1 bis 5.

Hierdurch mindert sich Ihr Beitrag für die Existenz-Versicherung. Der Beitrag für die Pflegeversicherung ist aber in der Regel höher als die Beitragsminderung in der Existenz-Versicherung.

§ 20 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 eingezo-

gen 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 § 5 Abs. 2 Buchst. b, Nr. 3 und 4). Der Versicherungsschutz bleibt in diesem Fall in vollem Umfang bestehen.

§ 21 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.

§ 22 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 berichtigten 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 anzuheben.

(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.

§ 23 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 § 20 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 Rückkaufswert 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 5 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) Beim Tarif SKV+ vermindert sich bei Beitragsfreistellung die zusätzliche Pflegerente (§ 2 Abs. 2) im gleichen Verhältnis wie die Rente wegen einer Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit (§ 2 Abs. 1). Außerdem erlischt mit der Beitragsfreistellung das Recht, eine Anschluss-Pflegeversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung (§ 19 Abs. 1) abzuschließen.

(5) Haben Sie die Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt und erreicht die nach Absatz 3 zu berech-

nende 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

(6) 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. Beim Tarif SKV+ benötigen wir außerdem einen Teil Ihrer Beiträge als Optionsbeitrag für Ihr Recht auf eine Anschluss-Pflegeversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung gemäß § 19.

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 sowie den Optionsanteil beim Tarif SKV+ 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 Tarifikalkulation berücksichtigt. Ein Teil dieser Kosten wird gemäß § 24 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.

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

Wiederherstellung nach der Beitragsfreistellung

(8) 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

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

(10) 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

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

§ 24 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 § 23 Abs. 6.

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. § 25 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.

§ 25 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.

§ 26 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 zustän-

digen 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.

§ 27 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.

§ 28 Wo ist der Gerichtsstand?

(1) 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.

(2) 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.

(3) 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.

§ 29 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.