

Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung

§ 1 Was ist vorläufig versichert?

§ 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

§ 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

§ 4 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

mit den nachfolgenden Bedingungen wenden wir uns an Sie als Antragsteller und künftigen Versicherungsnehmer.

§ 1 Was ist vorläufig versichert?

(1) Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich auf die für den Todesfall beantragten Leistungen.

(2) Wenn Sie eine Unfall-Zusatzversicherung beantragt haben, zahlen wir zusätzlich die Unfallversicherungssumme, wenn ein Unfall

a) während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eingetreten ist und

b) innerhalb eines Jahres nach dem Unfalltage zum Tode oder - sofern Sie eine Unfall-Zusatzversicherung mit Leistung bei Erwerbsunfähigkeit oder Todesfall beantragt haben - zur Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person führt.

c) Die Unfall-Zusatzversicherung erlischt, wenn die versicherte Person stirbt oder die Unfall-Zusatzversicherungssumme auf Grund unfallbedingter Erwerbsunfähigkeit fällig wird.

d) Bei mehreren unabhängigen Unfallereignissen kann eine Leistung aus der Unfall-Zusatzversicherung nur einmal beansprucht werden.

(3) Haben Sie den Einschluss einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung beantragt und tritt während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes Berufsunfähigkeit ein, so gilt:

a) Eine Berufsunfähigkeits-Rente zahlen wir nur, wenn uns die Berufsunfähigkeit innerhalb von drei Monaten seit ihrem Eintritt angezeigt worden ist.

b) Die Leistungen aus der Beitragsbefreiung erbringen wir nur, wenn die Hauptversicherung zu Stande gekommen ist und solange sie nicht weggefallen ist.

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

(4) Haben Sie den Einschluss einer Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung beantragt und tritt während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes Erwerbsunfähigkeit ein, so gilt:

a) Eine Erwerbsunfähigkeits-Rente zahlen wir nur, wenn uns die Erwerbsunfähigkeit innerhalb von drei Monaten seit ihrem Eintritt angezeigt worden ist.

b) Die Leistungen aus der Beitragsbefreiung erbringen wir nur, wenn die Hauptversicherung zu Stande gekommen ist und solange sie nicht weggefallen ist.

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

(5) Auf Grund des vorläufigen Versicherungsschutzes zahlen wir einschließlich der Leistungen aus der Unfall-Zusatzversicherung höchstens 100.000,- EUR, bei einer Berufsunfähigkeits- sowie einer Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung beträgt die Höchstrente 1.000,- EUR monatlich; die Beitragsbefreiung gilt höchstens für eine Versicherungs-

§ 5 Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?

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

summe von 100.000,- EUR. Diese Begrenzungen gelten auch dann, wenn höhere Leistungen beantragt oder mehrere Anträge derselben zu versichernden Person bei uns gestellt worden sind.

§ 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz ist, dass

a) der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als zwei Monate nach der Unterzeichnung des Antrags liegt;

b) der erste Beitrag für die beantragte Versicherung gezahlt oder uns eine Ermächtigung zum Beitragseinzug mittels eines SEPA-Lastschriftmandats erteilt worden ist, wobei auf dem angegebenen Konto ausreichende Deckung vorhanden sein muss;

c) Sie das Zustandekommen der beantragten Versicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht haben und die Risiko- und Gesundheitserklärung der zu versichernden Person im Antragsformular vollständig ausgefüllt ist;

d) Ihr Antrag sich im Rahmen der von uns gebotenen Tarife und Bedingungen bewegt;

e) die versicherte Person bei Unterzeichnung des Antrags das 1. Lebensjahr schon und das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet hat;

f) frühere Anträge der versicherten Person von uns nicht abgelehnt, nicht zurückgestellt wurden oder nicht zu erschwerten Bedingungen (Mehrbeitrag oder Klausel) zu Stande gekommen wären;

g) frühere Verträge durch uns nicht wegen Nichtzahlung oder Zahlungsrückständen gemäß §§ 37, 38 VVG gekündigt wurden;

h) wir bei früheren Verträgen keinen Rücktritt bzw. keine Anfechtung erklärt haben.

§ 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

(1) Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem Ihr Antrag bei uns eingeht.

(2) Der vorläufige Versicherungsschutz endet, wenn

a) der Versicherungsschutz aus der beantragten Versicherung begonnen hat;

b) wir Ihren Antrag abgelehnt haben;

c) Sie Ihren Antrag angefochten oder bereits vor oder gleichzeitig mit dem Eingang bei uns zurückgenommen haben;

d) der Einzug des ersten Beitrags aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht möglich war oder dem SEPA-Lastschritteinzug widersprochen worden ist;

e) Sie nach Abschluss des Versicherungsvertrages von Ihrem Lösungsrecht Gebrauch gemacht haben;

f) entweder Sie oder wir erklärt haben, dass an einer Weiterverfolgung des Antrags kein Interesse mehr besteht;

g) Sie den Hauptvertrag oder den weiteren Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz mit einem anderen Versicherer schließen. Über den Vertragsschluss mit einem anderen Versicherer haben Sie uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) zu informieren.

(3) Sowohl Sie als auch wir können den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Unsere Kündigungserklärung wird jedoch erst nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang bei Ihnen wirksam.

(4) Ist der vorläufige Versicherungsschutz wegen eines unter Absatz 2 und 3 genannten Grundes beendet worden, so bedarf es zur Wiederherstellung unserer ausdrücklichen Bestätigung.

§ 4 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Unsere Leistungspflicht ist – soweit nicht etwas anderes vereinbart ist – ausgeschlossen für Versicherungsfälle, zu deren Eintritt gefahrerhebliche Erkrankungen, Beschwerden oder Gesundheitsstörungen ursächlich beigetragen haben, die Ihnen bzw. der zu versichernden Person bei Antragstellung bekannt waren, auch wenn diese im Antrag angegeben wurden. Gefahrerheblich sind solche Erkrankungen, Beschwerden oder Gesundheitsstörungen, die geeignet sind, auf unseren Entschluss, den Vertrag überhaupt oder zu dem vereinbarten Inhalt abzuschließen, einen Einfluss auszuüben. Erkrankungen, Beschwerden oder Gesundheitsstörungen, nach denen wir bei Antragstellung ausdrücklich und in Textform gefragt haben, gelten im Zweifel als erheblich.

(2) Bei Selbsttötung der versicherten Person besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist.

(3) Bei Ableben der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit Kriegs- bzw. Bürgerkriegsereignissen oder mit inneren Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat, entfällt unsere Leistungspflicht. Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht entfällt, wenn die versicherte Person während eines Auslandsaufenthaltes überraschend von Kriegs- bzw. Bürgerkriegsereignissen oder von inneren Unruhen, an welchen sie nicht aktiv beteiligt ist, betroffen wird, bis zum Ende des zehnten Tages nach deren Beginn. Nach Ablauf des zehnten Tages gilt für Gefahren aus Kriegs- bzw. Bürgerkriegsereignissen oder inneren Unruhen wiederum der Ausschluss gemäß Satz 1, es sei denn, die versicherte Person ist aus objektiven Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, gehindert, das Gefahrengebiet zu verlassen. Für Angehörige der deutschen Bundeswehr oder anderer staatlich organisierter Kriseneinsatzkräfte wie z. B. der Polizei oder des Bundesgrenzschutzes ist das unmittelbar oder mittelbar durch die Teilnahme an mandatierten Missionen der Vereinten Nationen, Einsätzen im Rahmen von Bündnisverpflichtungen oder Einsätzen unter Führung überstaatlicher Institutionen und Einrichtungen sowie Auslandseinsätzen unter nationaler Verantwortung mit vergleichbarem Gefährdungspotential verursachte Ableben nicht mitversichert.

(4) Bei Ableben der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen entfällt unsere Leistungspflicht, sofern mit deren Einsatz oder dem Freisetzen eine nicht vorhersehbare Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den Technischen Berechnungsgrundlagen derart verbunden ist, dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.

§ 5 Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir zwar keinen besonderen Beitrag. Erbringen wir aber Leistungen auf Grund des vorläufigen Versicherungsschutzes, so behalten wir ein Entgelt ein. Das Entgelt entspricht dem Beitrag für eine Versicherungsperiode. Wir berechnen Ihnen jedoch nicht mehr als den Tarifbeitrag für die Höchstsumme und -rente gemäß § 1 Abs. 5. Bereits gezahlte Beträge rechnen wir an.

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

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

(2) Ein im Antrag festgelegtes Bezugsrecht gilt auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

Allgemeine Bedingungen für die Risikoversicherung

Leistungsbeschreibung und Versicherungsschutz

- § 1 Welche Leistungen erbringen wir?
- § 2 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?
- § 3 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Beitragszahlung

- § 4 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
- § 5 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

Kündigung und Beitragsfreistellung

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

Kosten

- § 7 Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
als Versicherungsnehmer sind Sie unser unmittelbarer Vertragspartner.

Auf den folgenden Seiten finden Sie wichtige Informationen, die für Ihren Versicherungsvertrag von Bedeutung sind.

Dabei bilden die Versicherungsbedingungen die rechtliche Grundlage für unser gemeinsames Vertragsverhältnis. In ihnen werden u. a. die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien geregelt sowie die vertraglichen Leistungen beschrieben. Informationen zur steuerlichen Behandlung der Versicherung finden Sie in den separat vorliegenden Steuerinformationen.

Im Rahmen der Risikoversicherung können Sie zwischen drei verschiedenen Produktvarianten mit unterschiedlichen Leistungskomponenten wählen. Die nachfolgenden Bedingungen gelten für den Basis-Schutz und bilden zudem die Grundlage für die darauf aufbauenden Produktvarianten Comfort-Schutz und Comfort Plus mit Generali Vitality. Den Comfort Plus-Schutz können Sie nur in Verbindung mit dem Generali Vitality Programm abschließen.

Um Ihnen das Lesen der Versicherungsbedingungen zu erleichtern, möchten wir Ihnen vorab einige Begrifflichkeiten kurz erläutern:

Beitragsfreistellung

Eine beitragsfreie Versicherung ist eine Versicherung, für die keine Beiträge mehr zu zahlen sind. In diesem Fall wandelt sich die Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit entsprechender Reduzierung der Versicherungssumme um.

Bezugsberechtigter

Der Bezugsberechtigte ist die von Ihnen als Versicherungsnehmer benannte Person, die die Leistung aus dem Vertrag erhalten soll. Grundsätzlich kann jede beliebige Person benannt werden.

Beitragsverrechnung

Die Überschüsse werden mit den garantierten Tarifbeiträgen verrechnet, so dass Ihr Zahlbeitrag geringer ausfällt.

Text- und Schriftform

Ist für eine Erklärung die Textform vorgesehen, muss diese Erklärung zum Beispiel per Brief, Fax oder E-Mail abgegeben werden. Ist hingegen für eine Vereinbarung die Schriftform erforderlich, benötigen wir von Ihnen ein eigenhändig unterschriebenes Schriftstück.

Versicherte Person

Die versicherte Person ist die Person, auf deren Leben die Versicherung

Pflichten, Ausschlüsse und Leistungsempfänger

- § 8 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?
- § 9 Was gilt bei Wehrdienst, Unruhen, Krieg oder beim Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen/ -Stoffen?
- § 10 Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?
- § 11 Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?
- § 12 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?
- § 13 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?
- § 14 Wer erhält die Leistung?

Sonstige Regelungen

- § 15 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?
- § 16 Wo ist der Gerichtsstand und wann verjähren Ihre Ansprüche?
- § 17 Welche Vertragsbestimmungen können geändert werden?

genommen wird. Dies müssen nicht notwendigerweise Sie als Versicherungsnehmer sein.

Versicherungsdauer

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

Versicherungsschein

Der Versicherungsschein dokumentiert den zustande gekommenen Versicherungsvertrag und die zu Vertragsbeginn vereinbarten Versicherungsleistungen.

Leistungsbeschreibung und Versicherungsschutz

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

(1) Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme – bei Risikoversicherungen mit fallendem Verlauf die für das jeweilige Versicherungsjahr vereinbarte Versicherungssumme –, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer stirbt.

(2) Nähere Informationen zu den bei Abschluss des Comfort- bzw. des Comfort Plus-Schutzes enthaltenen zusätzlichen Versicherungsleistungen (z.B. vorgezogene Todesfall-Leistung, Sofortleistung) können Sie den jeweiligen Besonderen Bedingungen für die Risikoversicherung entnehmen, die die vorliegenden Allgemeinen Bedingungen ergänzen.

(3) Nähere Informationen zur Höhe der vereinbarten bzw. jährlich vereinbarten Versicherungssumme können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Mit der Zahlung der vereinbarten Versicherungssumme endet dieser Versicherungsvertrag.

Nachversicherungs-Garantie

(4) Sie haben – außer bei der Risikoversicherung mit fallendem Verlauf (vgl. Absatz 1) – das Recht, eine Erhöhung der Versicherungssumme ohne erneute Gesundheitsprüfung (Nachversicherungs-Garantie) innerhalb von drei Monaten (bei Geburt oder Adoption eines Kindes bzw. Kauf oder Baubeginn einer eigengenutzten Wohnimmobilie innerhalb von sechs Monaten) nach Eintritt eines der nachfolgend genannten Ereignisse betreffend die versicherte Person zu beantragen:

- Heirat bzw. Eintragung einer Lebenspartnerschaft,
- Geburt oder Adoption eines Kindes,

- Kauf oder Baubeginn einer eigengenutzten Wohnimmobilie,
- Tod des erwerbstätigen Ehepartners bzw. eingetragenen Lebenspartners,
- erstmalige Aufnahme einer auf Dauer ausgerichteten beruflichen Tätigkeit bei Studenten nach Abschluss des Studiums,
- erstmalige Aufnahme einer auf Dauer ausgerichteten beruflichen Tätigkeit nach Abschluss einer Berufsausbildung,
- Gehaltserhöhung bei Nichtselbständigen, wenn aus nichtselbständiger Tätigkeit eine dauerhafte Erhöhung des monatlichen Brutogrundgehalts um mindestens 20 Prozent gegenüber den Durchschnittsbrutogrundgehältern der letzten 24 Monate erreicht wird,
- Wegfall oder Verringerung des Hinterbliebenenschutzes aus einer betrieblichen Versorgung,
- erstmalige Überschreitung der jährlichen Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung mit Einkommen aus nichtselbständiger Tätigkeit,
- Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherungspflicht als selbständiger Handwerker.

Das Recht auf Nachversicherung kann in den vorgenannten Fällen – außer bei Geburt oder Adoption – jeweils einmalig in Anspruch genommen werden. Ist Ihre Versicherung beitragsfrei gestellt, entfällt dieses Recht.

Eine Erhöhung Ihres Versicherungsschutzes aus ggf. eingeschlossenen Zusatzversicherungen erfolgt auf Grund der Nachversicherungs-Garantie nicht.

(5) Die maximale Erhöhung je Ereignis beträgt 20 Prozent der ursprünglich vereinbarten, in Ihrem Versicherungsschein dokumentierten, Versicherungssumme. Die Mindesterrhöhung beträgt 5.000,- EUR je Ereignis.

Die Nachversicherungs-Garantie kann fünfmal in Anspruch genommen werden, wobei die maximale Gesamterhöhung 250.000,- EUR beträgt.

Der Nachversicherungsanlass ist uns mittels geeignetem Nachweis (z. B. Urkunde oder amtliche Bestätigung, Arbeitsvertrag, Gehaltsabrechnung) anzuzeigen.

(6) Die Nachversicherungs-Garantie besteht längstens bis zum Ablauf des 20. Versicherungsjahres. Bei Vereinbarung des Comfort-Schutzes ist eine Erhöhung nicht mehr möglich, wenn zum Zeitpunkt der Beantragung bereits Leistungen wegen einer schweren Krankheit der versicherten Person im Sinne des § 1 der Besonderen Bedingungen für die Risikoversicherung – Comfort-Schutz beantragt wurden.

(7) Die Erhöhung des Versicherungsschutzes wird mit der ausstehenden Restversicherungsdauer Ihres Vertrages nach dem für Ihren Vertrag gültigen Tarif abgeschlossen. Der Beitrag für den hinzukommenden Versicherungsschutz berechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnungsmäßigen Alter der versicherten Person, der restlichen Beitragszahlungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag. Vereinbarte Leistungseinschränkungen gelten auch für die Nachversicherung.

(8) Die Erhöhung des Versicherungsschutzes wird zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung vorgenommen. Bei Vereinbarung des Comfort-Schutzes erfolgt die Erhöhung auf Grund

- Geburt oder Adoption eines Kindes bzw.
- Kauf oder Baubeginn einer eigengenutzten Wohnimmobilie

nach Wegfall des Bau- bzw. des Kinder-Bonus (vgl. § 4 der Besonderen Bedingungen für die Risikoversicherung – Comfort-Schutz).

§ 2 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

Sie erhalten gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) eine Überschussbeteiligung. Diese umfasst eine Beteiligung an den Überschüssen und ggf. an den Bewertungsreserven. Die Überschüsse und die Bewertungsreserven ermitteln wir nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches (HGB). Ansprüche auf eine bestimmte Höhe

der Beteiligung Ihres Vertrages an den Überschüssen und ggf. an den Bewertungsreserven ergeben sich hieraus noch nicht.

Die Überschussbeteiligung veröffentlichen wir jährlich im Anhang des Geschäftsberichts bzw. in einer gesonderten Anlage.

(1) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

a) Überschussquellen

Überschüsse können aus drei verschiedenen Quellen entstehen:

- dem Risikoergebnis,
- dem übrigen Ergebnis und
- den Erträgen der Kapitalanlagen.

Wir beteiligen unsere Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit an diesen Überschüssen; dabei beachten wir die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) in der jeweils geltenden Fassung.

– Risikoergebnis

In der Risikolebensversicherung hängt die Höhe der Überschüsse vor allem von der Anzahl der eingetretenen Versicherungsfälle ab. Überschüsse entstehen insbesondere, wenn die Sterblichkeit niedriger ist als bei der Tarifikalkulation zugrunde gelegt. In diesem Fall müssen wir weniger Leistungen für Todesfälle als ursprünglich angenommen zahlen und können daher die Versicherungsnehmer an dem entstehenden Risikoergebnis beteiligen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 90 Prozent beteiligt.

– Übriges Ergebnis

Am übrigen Ergebnis werden die Versicherungsnehmer nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 50 Prozent beteiligt. Überschüsse aus dem übrigen Ergebnis können beispielsweise entstehen, wenn die tatsächlichen Kosten geringer sind als bei der Tarifikalkulation angenommen.

– Erträge der Kapitalanlagen

Von den Nettoerträgen der nach der Mindestzuführungsverordnung maßgeblichen Kapitalanlagen erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den dort genannten prozentualen Anteil. In der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung sind grundsätzlich 90 Prozent vorgeschrieben. Aus diesem Betrag werden zunächst die Mittel entnommen, die für die garantierten Leistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer.

Die Beiträge einer Risiko-Lebensversicherung sind allerdings so kalkuliert, wie sie zur Deckung des Todesfallrisikos und der Kosten benötigt werden. Es stehen daher keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung, um Kapital zu bilden, aus dem Kapitalerträge entstehen können.

b) Überschusszuführung

Die auf die Versicherungsnehmer entfallenden Überschüsse führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit sie nicht in Form der sog. Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben werden.

Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dient dazu, Schwankungen der Überschüsse auszugleichen. 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. Dies dürfen wir nur, soweit die Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 140 Abs. 1 VAG können wir im Interesse der Versicherten die Rückstellung für Beitragsrückerstattung heranziehen, um:

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

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

c) Bewertungsreserven

Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Beiträge einer Risikoversicherung sind allerdings so kalkuliert, dass sie für die Deckung von Sterbefällen benötigt werden. Darüber hinaus stehen kalkulatorisch keine Beitragsteile für die Bildung von Kapitalerträgen zur Verfügung. Daher entstehen dem Grunde nach keine Bewertungsreserven, welche den Verträgen zugeordnet werden könnten.

(2) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages

a) Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Diese bilden wir beispielsweise, um das versicherte Risiko – in diesem Fall das Todesfallrisiko – zu berücksichtigen. Die Überschüsse verteilen wir auf die einzelnen Bestandsgruppen nach einem verursachungsorientierten Verfahren und zwar in dem Maß, wie die Bestandsgruppen zur Entstehung von Überschüssen beigetragen haben. Dies hat zur Folge, dass einer Bestandsgruppe, die nicht zur Entstehung von Überschüssen beigetragen hat, auch keine Überschüsse zugewiesen werden.

Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen der Bestandsgruppe 112. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt.

Wir veröffentlichen die für das Neugeschäft zum Berichtszeitpunkt geltenden Überschussanteilsätze jährlich in unserem Geschäftsbericht, den Sie jederzeit bei uns anfordern können. Die für Bestandsverträge geltenden Überschussanteilsätze können Sie jederzeit bei uns erfragen.

b) Die einzelne Versicherung erhält ab Beginn laufende Überschussanteile, die monatlich zugeteilt werden. Die Überschussanteile werden in Prozent des Bruttobeitrags festgesetzt und mit den laufenden Beiträgen verrechnet. Bei beitragsfreien Versicherungen besteht die Überschussbeteiligung aus einem Todesfallbonus, der in Prozent der jeweiligen Versicherungssumme bemessen wird und bei Tod der versicherten Person fällig wird.

(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. Wichtigster Einflussfaktor ist dabei die Entwicklung des Todesfallrisikos. Aber auch die Entwicklung der Kosten ist beispielsweise von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden.

(4) Comfort Plus mit Generali Vitality

Beim Generali Vitality Programm wird das gesundheitsbewusste Verhalten der versicherten Person auf Basis der an die Generali Vitality GmbH übermittelten Daten und einer Punktestruktur bewertet. Innerhalb dieser Punktestruktur wird – in den jeweils aktuellen Teilnahmebedingungen der Generali Vitality GmbH – jährlich festgelegt, welche Aktivitäten der versicherten Person als gesundheitsbewusstes Verhalten gelten und mit welcher Punktezahl sie belohnt werden. Der aus dieser Bewertung resultierende Generali Vitality Status wird uns übermittelt und im Rah-

men der Überschussbeteiligung bei Ihrem Comfort Plus-Schutz zusätzlich berücksichtigt.

Aufbauend auf den in den Absätzen 1 bis 3 genannten Grundsätzen zur Überschussbeteiligung finden Sie weitergehende Regelungen zur Überschussbeteiligung im Rahmen des Comfort Plus-Schutzes in den Besonderen Bedingungen für die Risikoversicherung – Comfort Plus mit Generali Vitality.

§ 3 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 ersten Beitrags (vgl. § 4 Abs. 3 und 4 sowie § 5).

Beitragszahlung

§ 4 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Für Ihre Versicherung sind laufende Beiträge für jede Versicherungsperiode zu entrichten. Versicherungsperiode ist entsprechend der von Ihnen ausgewählten Zahlweise ein Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr.

(2) Zahlen Sie Ihren Beitrag nicht in jährlicher Form, erheben wir für zusätzliche Verwaltungsaufwendungen höhere Verwaltungskosten. Diese können Sie dem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten entnehmen.

(3) Der erste Beitrag ist unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten – im Versicherungsschein angegebenen – Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden jeweils zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig. Die Beiträge sind für die vereinbarte Beitragszahlungsdauer, längstens jedoch bis zum Tod der versicherten Person, zu entrichten.

(4) Sie haben den Beitrag rechtzeitig gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag (vgl. Absatz 3) alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht.

Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto mittels eines SEPA-Lastschriftmandats vereinbart, gilt die Zahlung in folgendem Fall als rechtzeitig:

- Der Beitrag konnte am Fälligkeitstag eingezogen werden und
- Sie haben einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen.

Konnten wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) nach unserer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des SEPA-Lastschrifteinzugs zu verlangen.

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

(6) Für eine Stundung der Beiträge ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich.

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

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

Erster Beitrag

(1) Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Vertrag 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 erste Beitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie das Ausbleiben der Zahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag

(3) Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir Ihnen in Textform eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der von uns gesetzten Zahlungsfrist, so entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Auf diese Rechtsfolgen werden wir Sie im Rahmen der Fristsetzung ausdrücklich hinweisen.

(4) Nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn Sie sich noch immer mit den geschuldeten Beträgen in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Sie wird dann automatisch mit Ablauf der Frist wirksam, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt noch immer mit der Zahlung in Verzug sind. Auf diese Rechtsfolge müssen wir Sie ebenfalls hinweisen. Mit Wirksamkeit der Kündigung wird Ihre Versicherung in einen beitragsfreien Vertrag mit herabgesetzter Versicherungsleistung umgewandelt.

(5) Sie können den angeforderten Betrag auch dann noch nachzahlen, wenn unsere Kündigung wirksam geworden ist. Nachzahlen können Sie nur

- innerhalb eines Monats nach der Kündigung,
- oder wenn die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf.

Zahlen Sie innerhalb dieses Zeitraums, wird unsere Kündigung unwirksam und der Vertrag besteht fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Zahlung eintreten, besteht kein oder nur ein verminderter Versicherungsschutz.

Teilzahlungen im Rahmen Ihres Vertrages

(6) Beiträge sowie sonstige Beträge, die Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, sind von Ihnen in voller Höhe zu zahlen. Sollten Sie dennoch lediglich Teilzahlungen leisten, werden wir diese zuerst auf die Kosten und Zinsen, sodann auf die Hauptversicherung und einen gegebenenfalls verbleibenden Betrag auf etwaig vorhandene Zusatzversicherungen anrechnen.

Kündigung und Beitragsfreistellung

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

(1) Sie können Ihre beitragspflichtige Versicherung jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode

- ganz oder teilweise in Textform kündigen bzw.
- in Textform verlangen, von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden (bzgl. einer Risikoversicherung mit fallendem Verlauf vgl. Absatz 5).

(2) Eine teilweise Kündigung Ihrer Versicherung ist allerdings nur möglich, wenn die verbleibende beitragspflichtige Versicherungssumme mindestens 20.000,- EUR beträgt. Wird diese Mindestsumme nicht erreicht, hat das zur Folge, dass Ihre Teilkündigung unwirksam ist. Wenn Sie in diesem Fall Ihre Versicherung beenden wollen, müssen Sie diese also ganz kündigen.

(3) Aus der gekündigten Versicherung oder – bei Teilkündigung – aus dem gekündigten Teil der Versicherung fällt kein Rückkaufswert an. Die Versicherung wandelt sich ganz bzw. teilweise in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Versicherungssumme um (bzgl. einer Risikoversicherung mit fallendem Verlauf vgl. Absatz 5).

(4) Die Mindestsumme für eine vollständige Beitragsfreistellung beträgt hierbei 200,- EUR. Wird diese Mindestsumme bei einer Beitragsfreistellung in Folge einer Kündigung bzw. bei einer von Ihnen verlangten Befreiung von der Beitragszahlungspflicht nicht erreicht, so wird – soweit vorhanden – der Rückkaufswert (vgl. Absatz 8) ausgezahlt und der Vertrag endet.

(5) Bei einer Risikoversicherung mit fallendem Verlauf

- fällt bei einer Kündigung kein Rückkaufswert an bzw.
- ist eine Beitragsfreistellung nicht möglich.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

(6) Bei einer Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung setzen wir die vereinbarte Versicherungssumme auf eine beitragsfreie Summe herab, die nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode errechnet wird. Das aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Summe zur Verfügung stehende Deckungskapital (vgl. Absatz 8) mindert sich um rückständige Beiträge. Die Berechnung der beitragsfreien Versicherungssumme berücksichtigt zudem die für die Verwaltung des beitragsfreien Vertrages einkalkulierten Kosten.

Hinweis zur Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

(7) Die Umwandlung Ihres Vertrages in eine beitragsfreie Versicherung kann für Sie mit Nachteilen verbunden sein. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung sind wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (siehe § 7) keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme zur Verfügung. Nähere Informationen zur beitragsfreien Versicherungssumme und ihrer Höhe können Sie der Kundeninformation bzw. der Anlage zu Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Rückkaufswert bei Nichterreichen der beitragsfreien Mindestsumme

(8) Wird die beitragsfreie Mindestsumme nicht erreicht, so wird entsprechend § 169 VVG – soweit vorhanden – der Rückkaufswert ausgezahlt. Dieser entspricht dem nachfolgend definierten Deckungskapital, vermindert um rückständige Beiträge. Das Deckungskapital der Versicherung für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechnet sich nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation. Mindestens legen wir jedoch das Deckungskapital zu Grunde, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmertsätze (vgl. § 7 Abs. 2 S. 3) angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt.

Beitragsrückzahlung

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

Vorauszahlung

(10) Vorauszahlungen auf die Versicherungsleistung können Sie nicht erhalten.

Kosten

§ 7 Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?

(1) Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Diese sind im Rahmen der

Tarifikalkulation berücksichtigt und werden Ihnen daher nicht gesondert in Rechnung gestellt. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten.

Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören insbesondere die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen.

Zu den übrigen Kosten gehören insbesondere die Kosten für die laufende Verwaltung.

Die Höhe der einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten können Sie dem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten entnehmen.

(2) Wir wenden auf Ihren Vertrag das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung an. Dies bedeutet, dass wir die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten heranziehen. Dies gilt jedoch nicht für den Teil der ersten Beiträge, der für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und auf Grund von gesetzlichen Regelungen für die Bildung einer Deckungsrückstellung bestimmt ist. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 Prozent der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt.

(3) Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden über die gesamte Beitragszahlungsdauer, die übrigen Kosten über die gesamte Vertragslaufzeit verteilt.

(4) **Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung keine oder nur geringe Mittel zur Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme bzw. ggf. eines Rückkaufswerts zur Verfügung stehen.** Nähere Informationen können Sie der Kundeninformation bzw. der Anlage zu Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Pflichten, Ausschlüsse und Leistungsempfänger

§ 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 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 eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – zur wahrheitsgemäßen und vollständigen Beantwortung der Fragen verpflichtet.

Rechtsfolgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

(3) Rücktritt

a) Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nichtangezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

b) Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalls erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung

oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

c) Wenn der Vertrag durch Rücktritt aufgehoben wird, erlischt die Versicherung, ohne dass ein Rückkaufswert anfällt. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

(4) Kündigung

a) Beruhte die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, verzichten wir auf eine Kündigung.

b) Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

c) Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt sich dieser mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung gemäß § 6 Abs. 3 bis 6 um. Bei Risikoversicherungen mit fallendem Verlauf erlischt die Versicherung gemäß § 6 Abs. 7.

(5) Rückwirkende Vertragsanpassung

a) Ein Rücktritts- bzw. Kündigungsrecht besteht nicht, wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht nicht vorsätzlich verletzt wurde und wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Die anderen Bedingungen werden auf unser Verlangen rückwirkend ab Vertragsbeginn Bestandteil des Vertrages.

Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, verzichten wir auf eine Vertragsanpassung.

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

(6) Ausübung unserer Rechte

a) Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung 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.

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

c) Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung. 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.

(7) Anfechtung

Haben Sie durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmehemmung Einfluss genommen, können wir den Vertrag auch anfechten. In diesem Fall sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. 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 3 c) gilt entsprechend.

(8) Leistungserweiterung/ Wiederherstellung der Versicherung

Die Absätze 1 bis 7 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert oder wiederhergestellt wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung vorgenommen wird. Die Fristen nach Absatz 6 c) beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung des Vertrages bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

(9) Erklärungsempfänger

a) Wir üben unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsanpassung sowie zur Anfechtung durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben.

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

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

(1) Grundsätzlich leisten wir unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Wir leisten auch dann, wenn die versicherte Person in der Bundesrepublik Deutschland bei Ausübung des Polizei- oder Wehrdienstes oder bei inneren Unruhen gestorben ist.

(2) Stirbt die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen, besteht kein Versicherungsschutz. Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht entfällt, wenn die versicherte Person während eines Auslandsaufenthaltes überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird, bis zum Ende des zehnten Tages nach deren Beginn. Ist die versicherte Person aus objektiven Gründen gehindert, das Gefahrengebiet zu verlassen, besteht der Versicherungsschutz auch nach Ablauf des zehnten Tages weiter. Die Hinderungsgründe dürfen in diesem Fall nicht durch Interessen der versicherten Person entstanden sein.

(3) Für Angehörige der deutschen Bundeswehr oder anderer staatlich organisierter Kriseneinsatzkräfte wie z. B. der Polizei gilt für beruflich bedingte Auslandsaufenthalte Folgendes:

Wir leisten, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland stirbt, an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

(4) Bei Ableben der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei, sofern mit dem Einsatz oder dem Freisetzen eine nicht vorhersehbare Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den Technischen Berechnungsgrundlagen derart verbunden ist, dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.

§ 10 Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?

(1) Bei vorsätzlicher Selbsttötung vor Ablauf von drei Jahren nach Abschluss des Vertrages besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist. Anderenfalls sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei.

(2) Bei Selbsttötung nach Ablauf der Dreijahresfrist bleiben wir zur Leistung verpflichtet.

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

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

(1) Wird eine Leistung aus dem Vertrag beansprucht, können wir verlangen, dass uns der Versicherungsschein vorgelegt wird.

(2) Der Tod der versicherten Person ist uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) anzuzeigen. Folgende Unterlagen sind uns einzureichen:

- eine amtliche Sterbeurkunde mit Angabe von Alter und Geburtsort,
- eine ausführliche ärztliche oder amtliche Bescheinigung über die Todesursache. Aus der Bescheinigung müssen sich Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tod der versicherten Person geführt hat, ergeben.

(3) Wir können weitere Nachweise und Auskünfte verlangen, wenn dies erforderlich ist, um unsere Leistungspflicht zu klären.

(4) Die mit den Nachweisen verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Versicherungsleistung beansprucht.

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

(6) Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums trägt die empfangsberechtigte Person auch die damit verbundene Gefahr.

§ 12 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

(1) Wir können Ihnen den Versicherungsschein in Textform 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 Versicherungsvertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber der Urkunde seine Berechtigung nachweist.

(3) In den Fällen des § 14 Abs. 4 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die Anzeige des bisherigen Berechtigten in Textform vorliegt.

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

(1) Haben Sie gemäß den Versicherungsbedingungen bestimmte Formvorschriften zu beachten, werden Sie in den entsprechenden Paragraphen explizit darauf hingewiesen.

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

(3) Bei Änderung Ihres Namens gilt Absatz 2 entsprechend. Jedoch muss uns Ihre Namensänderung durch geeignete Nachweise angezeigt werden.

(4) Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, sollten Sie uns, auch in Ihrem Interesse, in Textform eine im Inland ansässige Person benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen (Zustellungsbevollmächtigter).

§ 14 Wer erhält die Leistung?

(1) Als unser Versicherungsnehmer können Sie bestimmen, wer die Leistung erhält. Falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die bei Eintritt des Versicherungsfalls die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll (Bezugsberechtigter), erbringen wir die Leistung an Sie oder an Ihre Erben.

Bezugsberechtigung

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

- Wenn Sie ein Bezugsrecht widerruflich bestimmen, erwirbt der Bezugsberechtigte das Recht auf die Leistung erst mit dem Eintritt des Versicherungsfalls. Deshalb können Sie Ihre Bestimmung bis zum Eintritt des Versicherungsfalls jederzeit widerrufen.
- Sie können aber auch ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich das Recht auf die Leistung erhält. In diesem Fall werden wir Ihnen in Textform 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 unwiderruflich Bezugsberechtigten geändert werden.

Abtretung und Verpfändung

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

Anzeige

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

Sonstige Regelungen

§ 15 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 16 Wo ist der Gerichtsstand und wann verjähren Ihre Ansprüche?

(1) Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag können gegen uns bei dem Gericht geltend gemacht werden, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben, ferner bei dem für unseren Geschäftssitz örtlich zuständigen Gericht. Wenn Sie eine juristische Person sind, können Sie – außer bei dem für unseren Geschäftssitz örtlich zuständigen Gericht – Ihre Ansprüche auch bei dem Gericht geltend machen, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

(2) Sofern Sie nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegen, ist das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk wir unseren Geschäftssitz haben.

(3) Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann.

§ 17 Welche Vertragsbestimmungen können geändert werden?

(1) Ist eine Bestimmung in diesen Allgemeinen 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 Vertrages 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.

(2) Die neue Regelung nach Absatz 1 wird zwei Wochen, nachdem wir Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt haben, Vertragsbestandteil.

Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung - Basis-Schutz

Leistungsbeschreibung und Ausschlüsse

- § 1 Welche Leistungen erbringen wir?
- § 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?
- § 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?
- § 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Rechte und Pflichten

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

Leistungsbeschreibung und Ausschlüsse

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

Leistung bei Berufsunfähigkeit

(1) Wird die versicherte Person (das ist die Person, auf deren Berufsunfähigkeit diese Zusatzversicherung abgeschlossen ist) während der Versicherungsdauer dieser Zusatzversicherung berufsunfähig im Sinne des § 2, erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

- a) Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht (Befreiungsrente) für die Hauptversicherung und die eingeschlossenen Zusatzversicherungen, längstens für die vereinbarte Leistungsdauer.
- b) Wir zahlen eine Berufsunfähigkeits-Rente (Barrente), wenn diese mit-versichert ist, längstens für die vereinbarte Leistungsdauer. Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus.

Die Versicherungsdauer ist der Zeitraum, innerhalb dessen Versicherungsschutz besteht. Mit Leistungsdauer wird der Zeitraum bezeichnet, bis zu dessen Ablauf eine während der Versicherungsdauer anerkannte Leistung längstens erbracht wird.

Sonstige Regelungen

(2) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 eingetreten ist. Bei verspäteter Meldung des Versicherungsfalls leisten wir ab dem Zeitpunkt der Meldung bis zu drei Jahren rückwirkend. Bei einer unverschuldet verspäteten Anzeige des Versicherungsfalls werden die Leistungen jedoch ohne Einschränkung rückwirkend erbracht.

(3) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rentenzahlung endet, wenn

- Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 nicht mehr vorliegt,
- die versicherte Person stirbt oder
- die vereinbarte Leistungsdauer abläuft.

(4) Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden die zuviel gezahlten Beiträge jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückerzahlen.

Auf Ihren Antrag hin werden die Beiträge ab dem nächsten Monat, der auf die Stellung des Stundungsantrags folgt, bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos gestundet. Die Rückzahlung kann gemäß Ihrem Wunsch auf bis zu zwölf Monate verteilt werden.

(5) Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

(6) Zu den im Absatz 1 geregelten garantierten Leistungen erhalten Sie – sofern vorhanden – weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (vgl. § 3).

- § 6 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?
- § 7 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?
- § 8 Was gilt nach Anerkennung der Berufsunfähigkeit?
- § 9 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?

Sonstige Regelungen

- § 10 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

Berufsunfähigkeit

(1) Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich dauernd zu mindestens 50 Prozent außer Stande ist, ihren zuletzt ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Leistungsbeeinträchtigung ausgestaltet war – auszuüben.

Berufsunfähigkeit liegt dagegen nicht vor, wenn die versicherte Person eine andere Tätigkeit ausübt, die ihren Kenntnissen und Fähigkeiten sowie ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht. Die zu berücksichtigenden Kenntnisse und Fähigkeiten sind auf die Ausbildung und Erfahrung begrenzt. Bei der Lebensstellung werden das bisherige Einkommen sowie das gesellschaftliche Ansehen berücksichtigt. Die dabei für die versicherte Person zumutbare Einkommensreduzierung beträgt maximal 20 Prozent und richtet sich nach den individuellen Gegebenheiten gemäß der höchstrichterlichen Rechtsprechung.

– Berufsunfähigkeit bei Studenten

Bei Studenten gilt das zuletzt betriebene Studium als Beruf.

Nach der Hälfte der vorgesehenen Studienzeit wird auch die Ausübbarkeit eines möglichen Zielberufs hinsichtlich der gesundheitlichen Beeinträchtigung berücksichtigt.

– Berufsunfähigkeit bei Auszubildenden

Bei Auszubildenden gilt die Tätigkeit in der zuletzt betriebenen Berufsausbildung als Beruf.

Berufsausbildung ist ein berufliches Ausbildungsverhältnis im Sinne des Berufsbildungsgesetzes.

Nach der Hälfte der vorgesehenen Ausbildungszeit wird auch die Ausübbarkeit des Zielberufs hinsichtlich der gesundheitlichen Beeinträchtigung berücksichtigt.

– Berufsunfähigkeit bei Selbstständigen

Bei Selbstständigen bzw. Freiberuflern ist zusätzlich nachzuweisen, dass keine zumutbare Umorganisation ihres Betriebs oder ihrer Praxis möglich ist.

Zumutbar ist eine Umorganisation, wenn sie betrieblich und wirtschaftlich sinnvoll ist und die versicherte Person unter Berücksichtigung ihrer Gesundheitsverhältnisse, Ausbildung und Erfahrung und der bisherigen Lebensstellung weiterhin leitend tätig ist oder sein könnte. Hierbei werden die Umstände des Einzelfalls und die höchstrichterliche Rechtsprechung berücksichtigt.

Eine Umorganisation ist nicht zumutbar, wenn sich dadurch das jährliche Einkommen aus beruflicher Tätigkeit um mehr als 20 Prozent

gegenüber dem vor Eintritt der Berufsunfähigkeit erzielten durchschnittlichen jährlichen Einkommen aus beruflicher Tätigkeit der letzten drei Jahre vermindert.

Bei weisungsgebundenen Arbeitnehmern wird nicht geprüft, ob eine Umorganisation möglich ist.

– Berufsunfähigkeit bei Beamten

Auch die Berufsunfähigkeit von Beamten beurteilt sich allein nach der Regelung des § 2 – unabhängig von einer etwaigen Dienstunfähigkeit im beamtenrechtlichen Sinne.

– Berufsunfähigkeit bei Infektionen

Berufsunfähigkeit liegt dann vor, wenn eine auf gesetzlichen Vorschriften oder behördlicher Anordnung beruhende Verfügung der versicherten Person verbietet, wegen einer von ihr ausgehenden Infektionsgefahr ihre hauptberufliche Tätigkeit auszuüben (vollständiges Tätigkeitsverbot) und sich dieses vollständige Tätigkeitsverbot auf einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erstreckt hat.

(2) Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, zu mindestens 50 Prozent außer Stande gewesen, ihren zuletzt ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Leistungsbeeinträchtigung ausgestaltet war – auszuüben, so gilt die Fortdauer dieses Zustands als Berufsunfähigkeit.

Berufsunfähigkeit liegt dagegen nicht vor, wenn die versicherte Person in dieser Zeit eine andere Tätigkeit ausgeübt hat, die ihren Kenntnissen und Fähigkeiten sowie ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht. Die zu berücksichtigenden Kenntnisse und Fähigkeiten sind auf die Ausbildung und Erfahrung begrenzt. Bei der Lebensstellung werden das bisherige Einkommen sowie das gesellschaftliche Ansehen berücksichtigt. Die dabei für die versicherte Person zumutbare Einkommensreduzierung beträgt maximal 20 Prozent und richtet sich nach den individuellen Gegebenheiten gemäß der höchstrichterlichen Rechtsprechung.

Die in Absatz 1 getroffenen Regelungen zur Berufsunfähigkeit bei Studenten, Auszubildenden, Selbstständigen und Beamten sowie die Infektionsklausel gelten entsprechend.

(3) Übt die versicherte Person bei Eintritt der Berufsunfähigkeit ihre berufliche Tätigkeit vorübergehend nicht aus und ist eine Wiederaufnahme vorgesehen (z. B. Elternzeit, Wehrdienst, Zivildienst), so gilt die zuletzt bei vorübergehendem Ausscheiden aus dem Berufsleben ausgeübte Tätigkeit gemäß Absatz 1 als versichert. Scheidet die versicherte Person aus dem Berufsleben aus und werden später Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt, so kommt es bei der Anwendung der Absätze 1 und 2 darauf an, dass die versicherte Person zu mindestens 50 Prozent außer Stande ist, eine Tätigkeit auszuüben, die auf Grund ihrer Kenntnisse und Fähigkeiten ausgeübt werden kann und ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht. Die zu berücksichtigenden Kenntnisse und Fähigkeiten sind auf die Ausbildung und Erfahrung begrenzt.

Berufsunfähigkeit auf Grund Pflegebedürftigkeit

(4) Berufsunfähigkeit auf Grund Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich dauerhaft so hilflos ist, dass sie für mindestens drei der in Absatz 6 genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf.

(5) Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen berufsunfähig auf Grund Pflegebedürftigkeit im Sinne von Absatz 4 gewesen und deswegen täglich gepflegt worden, so gilt die Fortdauer dieses Zustands als Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen.

(6) Bewertungsmaßstab für die Einstufung des Pflegefalls ist die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung wird die nachstehende Punktetabelle zu Grunde gelegt:

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

a) Fortbewegen im Zimmer 1 Punkt

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

b) Aufstehen und Zubettgehen 1 Punkt

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

c) An- und Auskleiden 1 Punkt

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

d) Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken 1 Punkt

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

e) Waschen, Kämmen oder Rasieren 1 Punkt

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

f) Verrichten der Notdurft 1 Punkt

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

– sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,

– ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil

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

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

(7) Der Pflegefall wird nach der Anzahl der Punkte eingestuft. Unabhängig von der Bewertung auf Grund der Punkteanzahl liegt Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor, wenn die versicherte Person

– wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf.

– dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann oder wenn die versicherte Person der Bewahrung bedarf. Bewahrung liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann.

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

§ 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

Sie erhalten gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) eine Überschussbeteiligung. Diese umfasst eine Beteiligung an den Überschüssen und ggf. an den Bewertungsreserven. Die Überschüsse und die Bewertungsreserven ermitteln wir nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches (HGB). Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrages an den Überschüssen und ggf. an den Bewertungsreserven ergeben sich hieraus noch nicht.

Die Überschussbeteiligung veröffentlichen wir jährlich im Anhang des Geschäftsberichts bzw. in einer gesonderten Anlage.

(1) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

a) Überschussquellen

Überschüsse können aus drei verschiedenen Quellen entstehen:

- dem Risikoergebnis,
- dem übrigen Ergebnis und
- den Erträgen der Kapitalanlagen.

Wir beteiligen unsere Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit an diesen Überschüssen; dabei beachten wir die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) in der jeweils geltenden Fassung.

– Risikoergebnis

In der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung hängt die Höhe der Überschüsse vor allem von der Anzahl der eingetretenen Versicherungsfälle ab. Überschüsse entstehen insbesondere, wenn die Aufwendungen für das Berufsunfähigkeitsrisiko niedriger sind als bei der Tarifikalkulation unterstellt. In diesem Fall müssen wir weniger Leistungen für Berufsunfähigkeitsfälle als ursprünglich angenommen zahlen und können daher die Versicherungsnehmer an dem entstehenden Risikoergebnis beteiligen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 90 Prozent beteiligt.

– Übriges Ergebnis

Am übrigen Ergebnis werden die Versicherungsnehmer nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 50 Prozent beteiligt. Überschüsse aus dem übrigen Ergebnis können beispielsweise entstehen, wenn die tatsächlichen Kosten geringer sind als bei der Tarifikalkulation angenommen.

– Erträge der Kapitalanlagen

Von den Nettoerträgen der nach der Mindestzuführungsverordnung maßgeblichen Kapitalanlagen erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den dort genannten prozentualen Anteil. In der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung sind grundsätzlich 90 Prozent vorgeschrieben. Aus diesem Betrag werden zunächst die Mittel entnommen, die für die garantierten Leistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer.

Die Beiträge einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung sind allerdings so kalkuliert, wie sie zur Deckung des Berufsunfähigkeitsrisikos und der Kosten benötigt werden. Es stehen daher keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung, um Kapital zu bilden, aus dem Kapitalerträge entstehen können.

b) Überschusszuführung

Die auf die Versicherungsnehmer entfallenden Überschüsse führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit sie nicht in Form der sog. Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben werden.

Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dient dazu, Schwankungen der Überschüsse auszugleichen. 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. Dies dürfen wir nur, soweit die Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 140 Abs. 1 VAG können wir im Interesse der Versicherten die Rückstellung für Beitragsrückerstattung heranziehen, um:

- einen drohenden Notstand abzuwenden,
- unvorhersehbare Verluste aus den überschussberechtigten Verträgen auszugleichen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder

- die Deckungsrückstellung zu erhöhen, wenn die Rechnungsgrundlagen auf Grund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen.

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

c) Bewertungsreserven

Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Beiträge einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung sind allerdings so kalkuliert, dass sie für die Deckung von Berufsunfähigkeitsfällen benötigt werden. Darüber hinaus stehen kalkulatorisch keine Beitragsteile für die Bildung von Kapitalerträgen zur Verfügung. Daher entstehen dem Grunde nach keine Bewertungsreserven, welche den Verträgen zugeordnet werden könnten.

(2) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages

a) Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Diese bilden wir beispielsweise, um das versicherte Risiko – in diesem Fall das Berufsunfähigkeitsrisiko – zu berücksichtigen. Die Überschüsse verteilen wir auf die einzelnen Bestandsgruppen nach einem verursachungsorientierten Verfahren und zwar in dem Maß, wie die Bestandsgruppen zur Entstehung von Überschüssen beigetragen haben. Dies hat zur Folge, dass einer Bestandsgruppe, die nicht zur Entstehung von Überschüssen beigetragen hat, auch keine Überschüsse zugewiesen werden.

Ihre Zusatzversicherung erhält Anteile an den Überschüssen der Bestandsgruppe 114. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt.

Wir veröffentlichen die für das Neugeschäft zum Berichtszeitpunkt geltenden Überschussanteilsätze jährlich in unserem Geschäftsbericht, den Sie jederzeit bei uns anfordern können. Die für Bestandsgruppen geltenden Überschussanteilsätze können Sie jederzeit bei uns erfragen.

b) Beitragspflichtige Zusatzversicherungen zu Risiko-Lebensversicherungen erhalten jedoch grundsätzlich ab Beginn für den Zeitraum, in dem keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit fällig werden (leistungsfreie Zeit), laufende Überschussanteile, die monatlich zugeteilt werden. Diese werden in Prozent des Bruttobeitrags für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung festgelegt und mit den laufenden Beiträgen verrechnet.

Beitragsfreie Zusatzversicherungen zu Risiko-Lebensversicherungen erhalten für die leistungsfreie Zeit einen nicht garantierten Schluss-Überschussanteil – in Prozent der jährlichen Barrente –, welcher in Abhängigkeit von den jeweiligen Kosten und Risikogewinnen jährlich für die Leistungsfälle eines Geschäftsjahres deklariert und auch für bereits abgelaufene Jahre jeweils neu festgelegt werden kann.

Ist Berufsunfähigkeit eingetreten und ist in der Zusatzversicherung nur die Befreiung von der Beitragszahlung für die Hauptversicherung versichert, so besteht die Überschussbeteiligung für die Dauer der Berufsunfähigkeit in einem nicht garantierten Schluss-Überschussanteil, der in Prozent der Befreiungsrente für die betroffenen Jahre ausgedrückt wird. Die Höhe des Schluss-Überschussanteils wird in Abhängigkeit von den jeweiligen Kosten und Risikogewinnen jährlich für die Leistungsfälle eines Geschäftsjahres deklariert, wobei die Schluss-Überschussanteilsätze auch für die abgelaufenen Jahre – in denen eine Berufsunfähigkeit vorlag – jeweils neu festgelegt werden können.

Ein vorhandener Schluss-Überschussanteil wird grundsätzlich fällig, wenn die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung endet.

Wird wegen Berufsunfähigkeit eine Barrente gezahlt, so besteht die Überschussbeteiligung in einer prozentualen Erhöhung der Barrente,

die zu Beginn des Versicherungsjahres, erstmals nachdem die Barrente für ein volles Versicherungsjahr geleistet wurde, erfolgt.

(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. Wichtigster Einflussfaktor ist dabei die Entwicklung des Berufsunfähigkeitsrisikos. Aber auch die Entwicklung der Kosten ist beispielsweise von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden.

§ 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache die Berufsunfähigkeit beruht.

(2) Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, besteht jedoch kein Versicherungsschutz, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:

a) durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person;

b) durch folgende von der versicherten Person vorgenommene Handlungen:

- absichtliche Herbeiführung von Krankheit,
- absichtliche Herbeiführung von mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls,
- absichtliche Selbstverletzung oder
- versuchte Selbsttötung;

Wir werden jedoch leisten, wenn uns nachgewiesen wird, dass die versicherte Person diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat.

c) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;

d) durch Strahlen auf Grund Kernenergie;

Wenn die versicherte Person berufsmäßig diesem Risiko ausgesetzt ist oder eine Bestrahlung für Heilzwecke durch einen Arzt oder unter ärztlicher Aufsicht erfolgt, werden wir leisten.

e) unmittelbar oder mittelbar durch künftige Kriegs- bzw. Bürgerkriegsereignisse oder durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;

Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht entfällt, wenn die versicherte Person während eines Auslandsaufenthaltes überraschend von Kriegs- bzw. Bürgerkriegsereignissen oder von inneren Unruhen, an welchen sie nicht aktiv beteiligt ist, betroffen wird, bis zum Ende des zehnten Tages nach deren Beginn. Nach Ablauf des zehnten Tages gilt für Gefahren aus Kriegs- bzw. Bürgerkriegsereignissen oder inneren Unruhen wiederum der Ausschluss gemäß Satz 1, es sei denn, die versicherte Person ist aus objektiven Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, gehindert, das Gefahrengebiet zu verlassen.

Für Angehörige der deutschen Bundeswehr oder anderer staatlich organisierter Kriseneinsatzkräfte wie z. B. der Polizei ist die unmittelbar oder mittelbar durch die Teilnahme an mandatierten Missionen der Vereinten Nationen, Einsätzen im Rahmen von Bündnisverpflichtungen oder Einsätzen unter Führung überstaatlicher Institutionen und Einrichtungen sowie Auslandseinsätzen unter nationaler Verantwortung mit vergleichbarem Gefährdungspotential verursachte Berufsunfähigkeit, vorbehaltlich einer anderweitigen ausdrücklichen schriftlichen Vereinbarung, nicht mitversichert.

f) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern mit deren Einsatz oder dem Freisetzen

eine nicht vorhersehbare Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen derart verbunden ist, dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.

Rechte und Pflichten

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

(1) Werden Leistungen aus dieser Zusatzversicherung beansprucht, müssen uns auf Kosten des Anspruchserhebenden folgende Auskünfte, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, gegeben und Nachweise zur Verfügung gestellt werden:

a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;

b) ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens der versicherten Person sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit;

c) eine Beschreibung des zuletzt ausgeübten Berufs der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über danach eingetretene Veränderungen;

d) Einkommens-Nachweise aus beruflicher Tätigkeit;

e) bei Berufsunfähigkeit auf Grund Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege;

f) eine Aufstellung

– der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war, ist oder – sofern bekannt – sein wird,

– der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger oder sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Berufsunfähigkeit geltend machen könnte,

– über den derzeitigen Arbeitgeber und frühere Arbeitgeber der versicherten Person.

(2) Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – zur Feststellung unserer Leistungspflicht verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen.

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

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

(1) Nach Vorliegen aller für unsere Leistungsentscheidung erforderlichen Unterlagen erklären wir innerhalb von vier Wochen in Textform, ob, in welchem Umfang und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen. Während unserer Leistungsprüfung informieren wir Sie spätestens alle vier Wochen über den aktuellen Bearbeitungsstand.

(2) Wir können unsere Leistungspflicht einmalig – längstens jedoch für einen Zeitraum von 18 Monaten – zeitlich befristet anerkennen. Bis zum Ablauf der Begrenzung ist dieses Anerkenntnis für uns bindend.

§ 7 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 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 eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – zur wahrheitsgemäßen und vollständigen Beantwortung der Fragen verpflichtet.

Rechtsfolgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

(3) Rücktritt

a) Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, können wir von der Zusatzversicherung zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nichtangezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

b) Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalls erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

c) Wenn die Zusatzversicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, erlischt sie, ohne dass ein Rückkaufwert anfällt. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

(4) Kündigung

a) Beruhte die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit, können wir die Zusatzversicherung unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, verzichten wir auf eine Kündigung.

b) Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

c) Wenn wir die Zusatzversicherung kündigen, wandelt sich die Versicherung mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung gemäß § 10 Abs. 4 um.

(5) Rückwirkende Vertragsanpassung

a) Ein Rücktritts- bzw. Kündigungsrecht besteht nicht, wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht nicht vorsätzlich verletzt wurde und wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Die anderen Bedingungen werden auf unser Verlangen rückwirkend ab Vertragsbeginn Bestandteil des Vertrages.

Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, verzichten wir auf eine Vertragsanpassung.

b) Erhöht sich durch die Vertragsanpassung Ihr Beitrag für die Zusatzversicherung um mehr als 10 Prozent oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie die Zusatzversicherung innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen. In unserer Mitteilung werden wir Sie auf Ihr Kündigungsrecht hinweisen.

(6) Ausübung unserer Rechte

a) Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung 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.

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

c) Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss bzw. Einschluss der Zusatzversicherung erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung. 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.

(7) Anfechtung

Haben Sie durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmehentscheidung Einfluss genommen, können wir die Zusatzversicherung auch anfechten. In diesem Fall sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. 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 3 c) gilt entsprechend.

(8) Leistungserweiterung/ Wiederherstellung der Zusatzversicherung

Die Absätze 1 bis 7 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz aus der Zusatzversicherung nachträglich erweitert oder wiederhergestellt wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung vorgenommen wird. Die Fristen nach Absatz 6 c) beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Zusatzversicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

(9) Erklärungsempfänger

a) Wir üben unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsanpassung sowie zur Anfechtung durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben.

b) Auf den Rücktritt, die Kündigung, die Vertragsanpassung oder Anfechtung der Zusatzversicherung können wir uns auch dritten Berechtigten gegenüber berufen.

§ 8 Was gilt nach Anerkennung der Berufsunfähigkeit?

Nachprüfung

(1) Wenn wir unsere Leistungspflicht unbefristet anerkannt haben oder sie gerichtlich festgestellt worden ist, sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 nachzuprüfen. Dabei können wir erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von § 2 ausübt, wobei neu erworbene berufliche Fähigkeiten zu berücksichtigen sind.

(2) Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte anfordern und einmal jährlich verlangen, dass sich die versicherte Person durch von uns beauftragte Ärzte umfassend untersuchen lässt. Hierbei anfallende Kosten sind von uns zu tragen.

Mitteilungspflicht

(3) Sie bzw. die versicherte Person müssen uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) mitteilen, wenn sich der Gesundheitszustand der versicherten Person bessert oder diese eine berufliche Tätigkeit aufnimmt.

Leistungsfreiheit

(4) Wir sind leistungsfrei, wenn wir feststellen, dass die in § 1 und § 2 genannten Voraussetzungen der Leistungspflicht entfallen sind und wir

Ihnen diese Veränderung in Textform darlegen.

Unsere Leistungen können wir mit Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen einstellen. Zu diesem Zeitpunkt müssen Sie auch die Beitragszahlung wieder aufnehmen.

(5) Wenn wir bei der Nachprüfung feststellen, dass eine Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 bereits vor Durchführung der Nachprüfung nicht mehr bestanden hat, verzichten wir auf die Rückzahlung der für diesen Zeitraum erbrachten Leistungen.

Dies gilt nicht bei einer Verletzung Ihrer Informationspflicht über die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit der versicherten Person aus Absatz 3.

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

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 8 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, leisten wir nicht. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

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

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

Sonstige Regelungen

§ 10 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

(1) Die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Spätestens wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet, endet auch die Zusatzversicherung.

Kündigung der Zusatzversicherung bzw. des Vertrages

(2) Wenn Sie für Ihre Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung laufende Beiträge zahlen, können Sie die Zusatzversicherung für sich allein – ganz oder teilweise – in Textform kündigen. Einen Rückkaufswert aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung – soweit vorhanden – erhalten Sie jedoch nur, wenn Sie diese zusammen mit der Hauptversicherung kündigen. Die Zusatzversicherung wird dann zusammen mit der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung gemäß Absatz 4 umgewandelt. § 6 Abs. 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Risikoversicherung ist sinngemäß anzuwenden.

(3) Eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, für die keine Beiträge mehr zu zahlen sind (beitragsfreie Zusatzversicherung) bzw. die sich im Leistungsbezug befindet, ist nicht kündbar.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

(4) Die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln. Das Verhältnis zwischen der Berufsunfähigkeits-Rente und der Leistung aus der Hauptversicherung wird durch die Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung nicht verändert. Die beitragsfreie Berufsunfähigkeits-Rente errechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode. Das hierbei aus der Zusatzversicherung für die Bildung der beitragsfreien Rente zur Verfügung stehende Deckungskapital mindert sich um rückständige Beiträge (vgl. § 6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Risikoversicherung bzgl. der Berechnung der beitragsfreien Versicherungssumme). Die Berechnung der beitragsfreien Rente berücksichtigt zudem die für die Verwaltung des beitragsfreien Vertrages einkalkulierten Kosten.

Wird die beitragsfreie Mindestrente – gerechnet auf das Jahr – in Höhe von 300,- EUR nicht erreicht, verwenden wir das zur Verfügung stehende Deckungskapital der Zusatzversicherung – vermindert um rückständige Beiträge – zur Erhöhung der beitragsfreien Versicherungssumme der Hauptversicherung (vgl. § 6 Abs. 4 bis 6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Risikoversicherung).

Sonstige Regelungen

(5) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung gelten die Absätze 2 bis 4 entsprechend.

(6) Erbringen wir Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, berechnen wir die Leistung aus der Hauptversicherung (Rückkaufswert, beitragsfreie Versicherungsleistung und Überschussbeteiligung der Hauptversicherung) so, als ob Sie den Beitrag unverändert weitergezahlt hätten.

(7) Ansprüche aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, die auf einer bereits vor der Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung eingetretenen Berufsunfähigkeit beruhen, werden durch die Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung nicht berührt.

(8) Ansprüche aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung können Sie nicht abtreten oder verpfänden.

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

Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung - Comfort-Schutz

Leistungsbeschreibung und Ausschlüsse

- § 1 Welche Leistungen erbringen wir?
- § 2 Was ist Berufsunfähigkeit bzw. eine schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen?
- § 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?
- § 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Rechte und Pflichten

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

Leistungsbeschreibung und Ausschlüsse

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

Leistung bei Berufsunfähigkeit

(1) Wird die versicherte Person (das ist die Person, auf deren Berufsfähigkeit diese Zusatzversicherung abgeschlossen ist) während der Versicherungsdauer dieser Zusatzversicherung berufsunfähig im Sinne des § 2, erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

- a) Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht (Befreiungsrente) für die Hauptversicherung und die eingeschlossenen Zusatzversicherungen, längstens für die vereinbarte Leistungsdauer.
- b) Wir zahlen eine Berufsunfähigkeits-Rente (Barrente), wenn diese mitversichert ist, längstens für die vereinbarte Leistungsdauer. Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus.

Die Versicherungsdauer ist der Zeitraum, innerhalb dessen Versicherungsschutz besteht. Mit Leistungsdauer wird der Zeitraum bezeichnet, bis zu dessen Ablauf eine während der Versicherungsdauer anerkannte Leistung längstens erbracht wird.

Sonstige Regelungen

(2) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 eingetreten ist. Bei verspäteter Meldung des Versicherungsfalles leisten wir ab dem Zeitpunkt der Meldung bis zu drei Jahren rückwirkend. Bei einer unverschuldet verspäteten Anzeige des Versicherungsfalles werden die Leistungen jedoch ohne Einschränkung rückwirkend erbracht.

- (3) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rentenzahlung endet, wenn
 - Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 nicht mehr vorliegt,
 - die versicherte Person stirbt oder
 - die vereinbarte Leistungsdauer abläuft.

(4) Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

(5) Zu den im Absatz 1 geregelten garantierten Leistungen erhalten Sie – sofern vorhanden – weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (vgl. § 3).

Leistung bei schwerer Krankheit (Sofortleistung)

(6) Erkrankt die versicherte Person unter Beachtung von Absatz 7 während der Vertragslaufzeit an einer schweren Krankheit im Sinne dieser Bedingungen (vgl. § 2 Abs. 8), erbringen wir auf Ihren Antrag hin eine einmalige Kapitalleistung (Sofortleistung) in Höhe der dreifachen monatlichen Berufsunfähigkeits-Rente. Die Sofortleistung kann während der vereinbarten Vertragslaufzeit nur einmal in Anspruch genommen werden und erfolgt unabhängig von einer Rentenzahlung wegen Berufsunfähigkeit.

- § 6 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?
- § 7 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?
- § 8 Was gilt nach Anerkennung der Berufsunfähigkeit?
- § 9 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?

Sonstige Regelungen

- § 10 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?
- § 11 Wann kann die Nachversicherungsgarantie in Anspruch genommen werden?

(7) Im ersten Versicherungsjahr besteht nur bei einer unfallbedingten schweren Krankheit (Koma oder Querschnittslähmung) Versicherungsschutz. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person nach Vertragsschluss durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Beitragsstundung

(8) Für Ihre Versicherung sind laufende Beiträge für jede Versicherungsperiode zu entrichten (vgl. § 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Risikoversicherung).

Beitragsstundung bei kurzfristigen Zahlungsschwierigkeiten

(9) Bei kurzfristigen Zahlungsschwierigkeiten auf Grund eines der nachfolgend genannten Ereignisse können Sie zur nächsten Beitragsfälligkeit für maximal sechs Monate eine zinslose Stundung der Beiträge zu Ihrer Versicherung einschließlich der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung unter Aufrechterhaltung des vollen Versicherungsschutzes verlangen:

- Arbeitslosigkeit,
- gesetzliche Kurzarbeit,
- gesetzliche Elternzeit,
- gesetzliche Pflegezeit für Angehörige,
- Sabbatjahr (berufliche Auszeit),
- Bezug von Krankengeld,
- Privatinsolvenz,
- Immobilienkauf,
- Scheidung.

Das jeweilige Ereignis ist uns in Textform anzuzeigen. Wir behalten uns im Rahmen der Beitragsstundung vor, geeignete Nachweise anzufordern.

(10) Eine Beitragsstundung ist nur auf Antrag möglich und kann von Ihnen mehrmals in Anspruch genommen werden. Voraussetzung ist, dass die Beiträge für das erste Versicherungsjahr vollständig gezahlt wurden, Ihr Vertrag keinen Beitragsrückstand aufweist (z. B. auch bereits zuvor gestundete Beiträge vollständig zurückgezahlt worden sind), Ihr Vertrag nicht gekündigt wurde und die verbleibende Vertragsdauer nach Ablauf der Stundung noch mindestens ein Jahr beträgt.

(11) Nach Ablauf der Stundung sind die gestundeten Beiträge in bis zu sechs Monatsraten nachzuzahlen.

Bei Zahlungsschwierigkeiten, die über einen längeren Zeitraum als sechs Monate andauern, wird Ihr Vertrag unter Berücksichtigung der bis zum Stundungsbeginn gezahlten Beiträge beitragsfrei (vgl. § 10 Abs. 4) gestellt.

Beitragsstundung bei Prüfung unserer Leistungspflicht

(12) Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden die zuviel gezahlten Beiträge jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht bei Berufsunfähigkeit zurückerzahlen.

Auf Ihren Antrag hin werden die Beiträge ab dem nächsten Monat, der auf die Stellung des Stundungsantrags folgt, bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos gestundet. Die Rückzahlung kann gemäß Ihrem Wunsch auf bis zu zwölf Monate verteilt werden.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit bzw. eine schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen?

Berufsunfähigkeit

(1) Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, bereits sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 Prozent außer Stande gewesen ist oder nach ärztlicher Prognose voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 Prozent außer Stande sein wird, ihren zuletzt ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Leistungsbeeinträchtigung ausgestaltet war – auszuüben. Die Berufsunfähigkeit tritt rückwirkend zu dem Zeitpunkt ein, ab dem die versicherte Person ununterbrochen zu mindestens 50 Prozent außer Stande war, ihren Beruf auszuüben. Berufsunfähigkeit liegt dagegen nicht vor, wenn die versicherte Person eine andere Tätigkeit ausübt, die ihren Kenntnissen und Fähigkeiten sowie ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht. Die zu berücksichtigenden Kenntnisse und Fähigkeiten sind auf die Ausbildung und Erfahrung begrenzt. Bei der Lebensstellung werden das bisherige Einkommen sowie das gesellschaftliche Ansehen berücksichtigt. Die dabei für die versicherte Person zumutbare Einkommensreduzierung beträgt maximal 20 Prozent und richtet sich nach den individuellen Gegebenheiten gemäß der höchstrichterlichen Rechtsprechung.

– Berufsunfähigkeit bei Studenten

Bei Studenten gilt das zuletzt betriebene Studium als Beruf.

Nach der Hälfte der vorgesehenen Studienzeits wird auch die Ausübbarkeit eines möglichen Zielberufs hinsichtlich der gesundheitlichen Beeinträchtigung berücksichtigt.

– Berufsunfähigkeit bei Auszubildenden

Bei Auszubildenden gilt die Tätigkeit in der zuletzt betriebenen Berufsausbildung als Beruf.

Berufsausbildung ist ein berufliches Ausbildungsverhältnis im Sinne des Berufsbildungsgesetzes.

Nach der Hälfte der vorgesehenen Ausbildungszeit wird auch die Ausübbarkeit des Zielberufs hinsichtlich der gesundheitlichen Beeinträchtigung berücksichtigt.

– Berufsunfähigkeit bei Selbstständigen

Bei Selbstständigen bzw. Freiberuflern ist zusätzlich nachzuweisen, dass keine zumutbare Umorganisation ihres Betriebs oder ihrer Praxis möglich ist.

Zumutbar ist eine Umorganisation, wenn sie betrieblich und wirtschaftlich sinnvoll ist und die versicherte Person unter Berücksichtigung ihrer Gesundheitsverhältnisse, Ausbildung und Erfahrung und der bisherigen Lebensstellung weiterhin leitend tätig ist oder sein könnte. Hierbei werden die Umstände des Einzelfalls und die höchstrichterliche Rechtsprechung berücksichtigt.

Eine Umorganisation ist nicht zumutbar, wenn sich dadurch das jährliche Einkommen aus beruflicher Tätigkeit um mehr als 20 Prozent gegenüber dem vor Eintritt der Berufsunfähigkeit erzielten durchschnittlichen jährlichen Einkommen aus beruflicher Tätigkeit der letzten drei Jahre vermindert.

Bei weisungsgebundenen Arbeitnehmern wird nicht geprüft, ob eine Umorganisation möglich ist.

– Berufsunfähigkeit bei Beamten

Auch die Berufsunfähigkeit von Beamten beurteilt sich allein nach der Regelung des § 2 – unabhängig von einer etwaigen Dienstunfähigkeit im beamtenrechtlichen Sinne.

– Berufsunfähigkeit bei Infektionen

Berufsunfähigkeit liegt dann vor, wenn eine auf gesetzlichen Vorschriften oder behördlicher Anordnung beruhende Verfügung der versicherten Person verbietet, wegen einer von ihr ausgehenden Infektionsgefahr ihre hauptberufliche Tätigkeit auszuüben (vollständiges Tätigkeitsverbot) und sich dieses vollständige Tätigkeitsverbot auf einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erstreckt.

(2) Übt die versicherte Person bei Eintritt der Berufsunfähigkeit ihre berufliche Tätigkeit vorübergehend nicht aus und ist eine Wiederaufnahme vorgesehen (z. B. Elternzeit, Wehrdienst, Zivildienst), so gilt die zuletzt bei vorübergehendem Ausscheiden aus dem Berufsleben ausgeübte Tätigkeit gemäß Absatz 1 als versichert. Scheidet die versicherte Person aus dem Berufsleben aus und werden später Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt, so kommt es bei der Anwendung des Absatzes 1 darauf an, dass die versicherte Person zu mindestens 50 Prozent außer Stande ist, eine Tätigkeit auszuüben, die auf Grund ihrer Kenntnisse und Fähigkeiten ausgeübt werden kann und ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht. Die zu berücksichtigenden Kenntnisse und Fähigkeiten sind auf die Ausbildung und Erfahrung begrenzt.

Berufsunfähigkeit auf Grund Pflegebedürftigkeit

(3) Berufsunfähigkeit auf Grund Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich dauerhaft so hilflos ist, dass sie für mindestens drei der in Absatz 5 genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf.

(4) Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen berufsunfähig auf Grund Pflegebedürftigkeit im Sinne von Absatz 3 gewesen und deswegen täglich gepflegt worden, so gilt dieser Zustand ab Eintritt der Pflegebedürftigkeit als Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen.

(5) Bewertungsmaßstab für die Einstufung des Pflegefalls ist die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung wird die nachstehende Punktetabelle zu Grunde gelegt:

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

a) Fortbewegen im Zimmer 1 Punkt

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

b) Aufstehen und Zubettgehen 1 Punkt

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

c) An- und Auskleiden 1 Punkt

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

d) Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken 1 Punkt

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

e) Waschen, Kämmen oder Rasieren 1 Punkt

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

f) Verrichten der Notdurft 1 Punkt

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

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

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

(6) Der Pflegefall wird nach der Anzahl der Punkte eingestuft. Unabhängig von der Bewertung auf Grund der Punkteanzahl liegt Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor, wenn die versicherte Person

- wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf.
- dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann oder wenn die versicherte Person der Bewahrung bedarf. Bewahrung liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann.

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

Schwere Krankheit

(8) Die folgenden Krankheiten gelten als schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen, wenn sie die im Einzelnen genannten Voraussetzungen erfüllen und die versicherte Person unter Beachtung von § 1 Abs. 7 während der Vertragslaufzeit daran erkrankt:

a) Herzinfarkt

Es liegt ein akut aufgetretener Infarkt vor, der mit den im Zeitpunkt des Auftretens geltenden kardiologischen Nachweisverfahren eindeutig belegt worden ist.

Andere Erkrankungen des Herzmuskels, die nicht eindeutig als Herzinfarkt nachgewiesen werden können, gelten nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Bedingungen.

b) Koma

Es liegt eine schwere Funktionsstörung des Gehirns mit einem Schweregrad von höchstens acht Punkten nach der Glasgow-Coma-Scale für die Dauer von mindestens vier Tagen vor.

Ein „Künstliches Koma“ (Langzeitnarkose), das einen zu therapeutischen Zwecken medikamentös herbeigeführten Zustand darstellt, gilt nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Bedingungen.

c) Krebs, Leukämie

Bei einer Krebserkrankung muss

- ein solider Tumor ab einer Tumorgroße T2,
- ein Tumor mit Lymphknoten- oder Fernmetastasen,
- ein Gehirntumor ab WHO II oder
- eine Leukämie, ein Lymphom in allen Stadien

nachgewiesen werden.

d) Multiple Sklerose

Es liegt eine Multiple Sklerose vor.

Unklare Verdachtsfälle, wie z. B. „Klinisch isoliertes Syndrom“ oder „mögliche Multiple Sklerose“ gelten nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Bedingungen.

e) Schlaganfall

Es liegt ein Schlaganfall mit einem der folgenden Symptome vor, die über einen Zeitraum von mindestens sieben aufeinanderfolgenden Tagen bestanden haben müssen:

Halbseitige Lähmungen (Hemiplegie/ Hemiparese), Sprachstörungen (Aphasie), Sehstörungen, Schluckstörungen, Epilepsie oder Einschränkungen der alltäglichen Fähigkeiten auf unter 60 Punkte nach dem Barthel-Index (Index zur Bewertung von alltäglichen Fähigkeiten).

Kurz andauernde Schlaganfälle, die folgenlos ausheilen (TIA: transitorische ischämische Attacke), gelten nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Bedingungen.

f) Querschnittslähmung

Es liegt eine Querschnittslähmung vor, bei der die Lähmung bzw. der Verlust der Gebrauchsfähigkeit beider Beine über einen Zeitraum von mindestens sieben Tagen bestanden hat und nach aktuellem medizinischen Wissensstand voraussichtlich auf Dauer fortbesteht.

§ 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

Sie erhalten gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) eine Überschussbeteiligung. Diese umfasst eine Beteiligung an den Überschüssen und ggf. an den Bewertungsreserven. Die Überschüsse und die Bewertungsreserven ermitteln wir nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches (HGB). Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrages an den Überschüssen und ggf. an den Bewertungsreserven ergeben sich hieraus noch nicht.

Die Überschussbeteiligung veröffentlichen wir jährlich im Anhang des Geschäftsberichts bzw. in einer gesonderten Anlage.

(1) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

a) Überschussquellen

Überschüsse können aus drei verschiedenen Quellen entstehen:

- dem Risikoergebnis,
- dem übrigen Ergebnis und
- den Erträgen der Kapitalanlagen.

Wir beteiligen unsere Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit an diesen Überschüssen; dabei beachten wir die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) in der jeweils geltenden Fassung.

– Risikoergebnis

In der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung hängt die Höhe der Überschüsse vor allem von der Anzahl der eingetretenen Versicherungsfälle ab. Überschüsse entstehen insbesondere, wenn die Aufwendungen für das Berufsunfähigkeitsrisiko niedriger sind als bei der Tarifkalkulation unterstellt. In diesem Fall müssen wir weniger Leistungen für Berufsunfähigkeitsfälle als ursprünglich angenommen zahlen und können daher die Versicherungsnehmer an dem entstehenden Risikoergebnis beteiligen. An diesen Überschüsse werden die Versicherungsnehmer nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 90 Prozent beteiligt.

– Übriges Ergebnis

Am übrigen Ergebnis werden die Versicherungsnehmer nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 50 Prozent beteiligt. Überschüsse aus dem übrigen Ergebnis können beispielsweise entstehen, wenn die tatsächlichen Kosten geringer sind als bei der Tarifkalkulation angenommen.

– Erträge der Kapitalanlagen

Von den Nettoerträgen der nach der Mindestzuführungsverordnung maßgeblichen Kapitalanlagen erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den dort genannten prozentualen Anteil. In der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung sind

grundsätzlich 90 Prozent vorgeschrieben. Aus diesem Betrag werden zunächst die Mittel entnommen, die für die garantierten Leistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer.

Die Beiträge einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung sind allerdings so kalkuliert, wie sie zur Deckung des Berufsunfähigkeitsrisikos und der Kosten benötigt werden. Es stehen daher keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung, um Kapital zu bilden, aus dem Kapitalerträge entstehen können.

b) Überschusszuführung

Die auf die Versicherungsnehmer entfallenden Überschüsse führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit sie nicht in Form der sog. Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben werden.

Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dient dazu, Schwankungen der Überschüsse auszugleichen. 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. Dies dürfen wir nur, soweit die Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 140 Abs. 1 VAG können wir im Interesse der Versicherten die Rückstellung für Beitragsrückerstattung heranziehen, um:

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

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

c) Bewertungsreserven

Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Beiträge einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung sind allerdings so kalkuliert, dass sie für die Deckung von Berufsunfähigkeitsfällen benötigt werden. Darüber hinaus stehen kalkulatorisch keine Beitragsteile für die Bildung von Kapitalerträgen zur Verfügung. Daher entstehen dem Grunde nach keine Bewertungsreserven, welche den Verträgen zugeordnet werden könnten.

(2) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages

a) Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Diese bilden wir beispielsweise, um das versicherte Risiko – in diesem Fall das Berufsunfähigkeitsrisiko – zu berücksichtigen. Die Überschüsse verteilen wir auf die einzelnen Bestandsgruppen nach einem verursachungsorientierten Verfahren und zwar in dem Maß, wie die Bestandsgruppen zur Entstehung von Überschüssen beigetragen haben. Dies hat zur Folge, dass einer Bestandsgruppe, die nicht zur Entstehung von Überschüssen beigetragen hat, auch keine Überschüsse zugewiesen werden.

Ihre Zusatzversicherung erhält Anteile an den Überschüssen der Bestandsgruppe 114. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt.

Wir veröffentlichen die für das Neugeschäft zum Berichtszeitpunkt geltenden Überschussanteilsätze jährlich in unserem Geschäftsbericht,

den Sie jederzeit bei uns anfordern können. Die für Bestandsverträge geltenden Überschussanteilsätze können Sie jederzeit bei uns erfragen.

b) Beitragspflichtige Zusatzversicherungen zu Risiko-Lebensversicherungen erhalten jedoch grundsätzlich ab Beginn für den Zeitraum, in dem keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit fällig werden (leistungsfreie Zeit), laufende Überschussanteile, die monatlich zugeteilt werden. Diese werden in Prozent des Bruttobeitrags für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung festgelegt und mit den laufenden Beiträgen verrechnet.

Beitragsfreie Zusatzversicherungen zu Risiko-Lebensversicherungen erhalten für die leistungsfreie Zeit einen nicht garantierten Schluss-Überschussanteil – in Prozent der jährlichen Barrente –, welcher in Abhängigkeit von den jeweiligen Kosten und Risikogewinnen jährlich für die Leistungsfälle eines Geschäftsjahres deklariert und auch für bereits abgelaufene Jahre jeweils neu festgelegt werden kann.

Ist Berufsunfähigkeit eingetreten und ist in der Zusatzversicherung nur die Befreiung von der Beitragszahlung für die Hauptversicherung versichert, so besteht die Überschussbeteiligung für die Dauer der Berufsunfähigkeit in einem nicht garantierten Schluss-Überschussanteil, der in Prozent der Befreiungsrente für die betroffenen Jahre ausgedrückt wird. Die Höhe des Schluss-Überschussanteils wird in Abhängigkeit von den jeweiligen Kosten und Risikogewinnen jährlich für die Leistungsfälle eines Geschäftsjahres deklariert, wobei die Schluss-Überschussanteilsätze auch für die abgelaufenen Jahre – in denen eine Berufsunfähigkeit vorlag – jeweils neu festgelegt werden können.

Ein vorhandener Schluss-Überschussanteil wird grundsätzlich fällig, wenn die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung endet.

Wird wegen Berufsunfähigkeit eine Barrente gezahlt, so besteht die Überschussbeteiligung in einer prozentualen Erhöhung der Barrente, die zu Beginn des Versicherungsjahres, erstmals nachdem die Barrente für ein volles Versicherungsjahr geleistet wurde, erfolgt.

(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. Wichtigster Einflussfaktor ist dabei die Entwicklung des Berufsunfähigkeitsrisikos. Aber auch die Entwicklung der Kosten ist beispielsweise von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden.

§ 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache die Berufsunfähigkeit beruht.

(2) Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, besteht jedoch kein Versicherungsschutz, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:

- a) durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person;
- b) durch folgende von der versicherten Person vorgenommene Handlungen:
 - absichtliche Herbeiführung von Krankheit,
 - absichtliche Herbeiführung von mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls,
 - absichtliche Selbstverletzung oder
 - versuchte Selbsttötung;

Wir werden jedoch leisten, wenn uns nachgewiesen wird, dass die versicherte Person diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat.

c) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;

d) durch Strahlen auf Grund Kernenergie;

Wenn die versicherte Person berufsmäßig diesem Risiko ausgesetzt ist oder eine Bestrahlung für Heilzwecke durch einen Arzt oder unter ärztlicher Aufsicht erfolgt, werden wir leisten.

e) unmittelbar oder mittelbar durch künftige Kriegs- bzw. Bürgerkriegsereignisse oder durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;

Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht entfällt, wenn die versicherte Person während eines Auslandsaufenthaltes überraschend von Kriegs- bzw. Bürgerkriegsereignissen oder von inneren Unruhen, an welchen sie nicht aktiv beteiligt ist, betroffen wird, bis zum Ende des zehnten Tages nach deren Beginn. Nach Ablauf des zehnten Tages gilt für Gefahren aus Kriegs- bzw. Bürgerkriegsereignissen oder inneren Unruhen wiederum der Ausschluss gemäß Satz 1, es sei denn, die versicherte Person ist aus objektiven Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, gehindert, das Gefahrengebiet zu verlassen.

Für Angehörige der deutschen Bundeswehr oder anderer staatlich organisierter Kriseneinsatzkräfte wie z. B. der Polizei ist die unmittelbar oder mittelbar durch die Teilnahme an mandatierten Missionen der Vereinten Nationen, Einsätzen im Rahmen von Bündnisverpflichtungen oder Einsätzen unter Führung überstaatlicher Institutionen und Einrichtungen sowie Auslandseinsätzen unter nationaler Verantwortung mit vergleichbarem Gefährdungspotential verursachte Berufsunfähigkeit, vorbehaltlich einer anderweitigen ausdrücklichen schriftlichen Vereinbarung, nicht mitversichert.

f) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern mit deren Einsatz oder dem Freisetzen eine nicht vorhersehbare Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den Technischen Berechnungsgrundlagen derart verbunden ist, dass die Erfüllung der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.

Rechte und Pflichten

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

(1) Werden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aus dieser Zusatzversicherung beansprucht, müssen uns auf Kosten des Anspruchserhebenden folgende Auskünfte, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, gegeben und Nachweise zur Verfügung gestellt werden:

- a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
- b) ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens der versicherten Person sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit;
- c) eine Beschreibung des zuletzt ausgeübten Berufs der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über danach eingetretene Veränderungen;
- d) Einkommens-Nachweise aus beruflicher Tätigkeit;
- e) bei Berufsunfähigkeit auf Grund Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege;
- f) eine Aufstellung
 - der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war, ist oder – sofern bekannt – sein wird,
 - der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger oder sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Berufsunfähigkeit geltend machen könnte,
 - über den derzeitigen Arbeitgeber und frühere Arbeitgeber der versicherten Person.

(2) Wird die Sofortleistung wegen einer schweren Krankheit verlangt, ist ihr Eintritt – ebenfalls auf Kosten des Anspruchserhebenden – durch einen Facharzt der entsprechenden Fachrichtung gemäß der nach aktuellem medizinischen Wissensstand üblichen Befunderhebungen nachzuweisen.

(3) Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – zur Feststellung unserer Leistungspflicht verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen.

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

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

(1) Nach Vorliegen aller für unsere Leistungsentscheidung erforderlichen Unterlagen erklären wir innerhalb von vier Wochen in Textform, ob, in welchem Umfang und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen. Während unserer Leistungsprüfung informieren wir Sie spätestens alle vier Wochen über den aktuellen Bearbeitungsstand.

(2) Grundsätzlich sprechen wir kein zeitlich befristetes Anerkenntnis unserer Leistungspflicht aus. Nur in begründeten Einzelfällen können wir unsere Leistungspflicht einmalig – längstens jedoch für einen Zeitraum von 18 Monaten – befristen. Innerhalb dieses Zeitraums führen wir keine Nachprüfung der Berufsunfähigkeit durch. In unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht werden wir Ihnen die maßgeblichen Gründe für ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis mitteilen. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich begrenzte Anerkenntnis für uns bindend.

§ 7 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 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 eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – zur wahrheitsgemäßen und vollständigen Beantwortung der Fragen verpflichtet.

Rechtsfolgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

(3) Rücktritt

a) Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, können wir von der Zusatzversicherung zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nichtangezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

b) Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalls erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

c) Wenn die Zusatzversicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, erlischt sie, ohne dass ein Rückkaufswert anfällt. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

(4) Kündigung

a) Beruhte die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit, können wir die Zusatzversicherung unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, verzichten wir auf eine Kündigung.

b) Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

c) Wenn wir die Zusatzversicherung kündigen, wandelt sich die Versicherung mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung gemäß § 10 Abs. 4 um.

(5) Rückwirkende Vertragsanpassung

a) Ein Rücktritts- bzw. Kündigungsrecht besteht nicht, wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht nicht vorsätzlich verletzt wurde und wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Die anderen Bedingungen werden auf unser Verlangen rückwirkend ab Vertragsbeginn Bestandteil des Vertrages.

Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, verzichten wir auf eine Vertragsanpassung.

b) Erhöht sich durch die Vertragsanpassung Ihr Beitrag für die Zusatzversicherung um mehr als 10 Prozent oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie die Zusatzversicherung innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen. In unserer Mitteilung werden wir Sie auf Ihr Kündigungsrecht hinweisen.

(6) Ausübung unserer Rechte

a) Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung 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.

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

c) Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss bzw. Einschluss der Zusatzversicherung erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung. 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.

(7) Anfechtung

Haben Sie durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmendeckung Einfluss genommen, können wir die Zusatzversicherung auch anfechten. In diesem Fall sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. 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 3 c) gilt entsprechend.

(8) Leistungserweiterung/ Wiederherstellung der Zusatzversicherung

Die Absätze 1 bis 7 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz aus der Zusatzversicherung nachträglich erweitert oder wiederhergestellt wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung vorgenommen wird. Die Fristen nach Absatz 6 c) beginnen mit der Änderung oder Wieder-

herstellung der Zusatzversicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

(9) Erklärungsempfänger

a) Wir üben unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsanpassung sowie zur Anfechtung durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben.

b) Auf den Rücktritt, die Kündigung, die Vertragsanpassung oder Anfechtung der Zusatzversicherung können wir uns auch dritten Berechtigten gegenüber berufen.

§ 8 Was gilt nach Anerkennung der Berufsunfähigkeit?

Nachprüfung

(1) Wenn wir unsere Leistungspflicht unbefristet anerkannt haben oder sie gerichtlich festgestellt worden ist, sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 nachzuprüfen. Dabei können wir erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von § 2 ausübt, wobei neu erworbene berufliche Fähigkeiten zu berücksichtigen sind.

(2) Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte anfordern und einmal jährlich verlangen, dass sich die versicherte Person durch von uns beauftragte Ärzte umfassend untersuchen lässt. Hierbei anfallende Kosten sind von uns zu tragen.

Mitteilungspflicht

(3) Sie bzw. die versicherte Person müssen uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) mitteilen, wenn sich der Gesundheitszustand der versicherten Person bessert oder diese eine berufliche Tätigkeit aufnimmt.

Leistungsfreiheit

(4) Wir sind leistungsfrei, wenn wir feststellen, dass die in § 1 und § 2 genannten Voraussetzungen der Leistungspflicht entfallen sind und wir Ihnen diese Veränderung in Textform darlegen.

Unsere Leistungen können wir mit Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen einstellen. Zu diesem Zeitpunkt müssen Sie auch die Beitragszahlung wieder aufnehmen.

(5) Wenn wir bei der Nachprüfung feststellen, dass eine Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 bereits vor Durchführung der Nachprüfung nicht mehr bestanden hat, verzichten wir auf die Rückzahlung der für diesen Zeitraum erbrachten Leistungen.

Dies gilt nicht bei einer Verletzung Ihrer Informationspflicht über die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit der versicherten Person aus Absatz 3.

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

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 8 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, leisten wir nicht. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

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

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

Sonstige Regelungen

§ 10 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

(1) Die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Spätestens wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet, endet auch die Zusatzversicherung.

Kündigung der Zusatzversicherung bzw. des Vertrages

(2) Wenn Sie für Ihre Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung laufende Beiträge zahlen, können Sie die Zusatzversicherung für sich allein – ganz oder teilweise – in Textform kündigen. Einen Rückkaufswert aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung – soweit vorhanden – erhalten Sie jedoch nur, wenn Sie diese zusammen mit der Hauptversicherung kündigen. Die Zusatzversicherung wird dann zusammen mit der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung gemäß Absatz 4 umgewandelt. § 6 Abs. 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Risikoversicherung ist sinngemäß anzuwenden.

(3) Eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, für die keine Beiträge mehr zu zahlen sind (beitragsfreie Zusatzversicherung) bzw. die sich im Leistungsbezug befindet, ist nicht kündbar.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

(4) Die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln. Das Verhältnis zwischen der Berufsunfähigkeits-Rente und der Leistung aus der Hauptversicherung wird durch die Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung nicht verändert. Die beitragsfreie Berufsunfähigkeits-Rente errechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode. Das hierbei aus der Zusatzversicherung für die Bildung der beitragsfreien Rente zur Verfügung stehende Deckungskapital mindert sich um rückständige Beiträge (vgl. § 6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Risikoversicherung bzgl. der Berechnung der beitragsfreien Versicherungssumme). Die Berechnung der beitragsfreien Rente berücksichtigt zudem die für die Verwaltung des beitragsfreien Vertrages einkalkulierten Kosten.

Wird die beitragsfreie Mindestrente – gerechnet auf das Jahr – in Höhe von 300,- EUR nicht erreicht, verwenden wir das zur Verfügung stehende Deckungskapital der Zusatzversicherung – vermindert um rückständige Beiträge – zur Erhöhung der beitragsfreien Versicherungssumme der Hauptversicherung (vgl. § 6 Abs. 4 bis 6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Risikoversicherung).

Sonstige Regelungen

(5) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung gelten die Absätze 2 bis 4 entsprechend.

(6) Erbringen wir Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, berechnen wir die Leistung aus der Hauptversicherung (Rückkaufswert, beitragsfreie Versicherungsleistung und Überschussbeteiligung der Hauptversicherung) so, als ob Sie den Beitrag unverändert weitergezahlt hätten.

Während einer Beitragsstundung gemäß § 1 Abs. 9 bleiben die Leistungen aus der Hauptversicherung ebenfalls unverändert. Die Regelungen des § 1 Abs. 11 zur Nachzahlung der gestundeten Beiträge und zur Beitragsfreistellung bei weiter andauernden Zahlungsschwierigkeiten gelten auch für die Hauptversicherung.

(7) Ansprüche aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, die auf einer bereits vor der Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung eingetretenen Berufsunfähigkeit beruhen, werden durch die Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung nicht berührt.

(8) Ansprüche aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung können Sie nicht abtreten oder verpfänden.

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

§ 11 Wann kann die Nachversicherungsgarantie in Anspruch genommen werden?

Nachversicherungsgarantie ohne erneute Gesundheitsprüfung

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

- Heirat,
- Geburt (Mehrlingsgeburt gilt als ein Ereignis) oder Adoption eines Kindes,
- Kauf oder Baubeginn einer eigengenutzten Immobilie,
- Tod des erwerbstätigen Ehepartners,
- erstmalige Aufnahme einer dauerhaften beruflichen Tätigkeit bei Studenten nach Abschluss des Studiums,
- erstmalige Aufnahme einer dauerhaften beruflichen Tätigkeit nach Abschluss einer Berufsausbildung,
- erstmalige Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit der versicherten Person, sofern die versicherte Person aus dieser Tätigkeit ihr hauptsächliches Einkommen bezieht,
- Gehaltserhöhung bei Nichtselbstständigen, wenn aus nichtselbstständiger Tätigkeit eine dauerhafte Erhöhung des monatlichen Bruttogrundgehalts um mindestens 20 Prozent gegenüber den Durchschnittsbruttogrundgehältern der letzten 24 Monate erreicht wird,
- Wegfall oder Verringerung des Berufsunfähigkeitsschutzes aus einer betrieblichen Versorgung (nicht bei krankheitsbedingtem Wegfall oder Verringerung, z. B. durch Aufhebungsvertrag aus krankheitsbedingten Gründen),
- erstmalige Überschreitung der jährlichen Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung mit Einkommen aus nichtselbstständiger Tätigkeit,
- Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherungspflicht als selbstständiger Handwerker.

Das Recht auf Nachversicherung kann in den vorgenannten Fällen jeweils einmalig, bei Geburt oder Adoption auch zweimalig in Anspruch genommen werden.

(2) Die maximale Erhöhung der versicherten Berufsunfähigkeits-Rente je Ereignis beträgt 200,- EUR. Bei der erstmaligen Aufnahme einer dauerhaften beruflichen Tätigkeit nach Abschluss einer Berufsausbildung bzw. des Studiums beträgt die maximale Erhöhung der versicherten Berufsunfähigkeits-Rente 400,- EUR. Die Nachversicherungsgarantie kann drei Mal in Anspruch genommen werden, wobei die maximale Gesamterhöhung 800,- EUR beträgt.

Die gesamte versicherte jährliche Berufsunfähigkeits-Rente einschließlich anderweitig bestehender privater oder berufsständischer Anwartschaften darf im Rahmen der Nachversicherungsgarantie nicht mehr als 80 Prozent des letzten jährlichen Nettoeinkommens aus beruflicher Tätigkeit betragen.

Der Nachversicherungsanlass ist uns mittels geeignetem Nachweis (z.B. Urkunde oder amtliche Bestätigung, Arbeitsvertrag, Gehaltsabrechnung) anzuzeigen.

(3) Die Nachversicherungsgarantie besteht längstens bis zum Ablauf des 20. Versicherungsjahres. Das Recht auf Nachversicherung endet, wenn die versicherte Person älter als 50 Jahre ist. Eine Erhöhung ist nicht mehr möglich, wenn zum Zeitpunkt der Beantragung bereits eine Berufsunfähigkeit der versicherten Person eingetreten ist bzw. während der Vertragslaufzeit bereits Berufsunfähigkeitsleistungen aus dem Ver-

trag bezogen wurden. Ihr Recht auf Nachversicherung ruht, solange die Versicherung nicht mehr beitragspflichtig ist.

(4) Die Erhöhung des Versicherungsschutzes wird mit der ausstehenden Restversicherungsdauer der ursprünglichen Versicherung nach dem für Ihren Vertrag gültigen Tarif abgeschlossen. Der Beitrag für den hinzukommenden Versicherungsschutz berechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnermäßigen Alter der versicherten Person, der restlichen Beitragszahlungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag. Vereinbarte Leistungseinschränkungen gelten auch für die Nachversicherung.

Eine Erhöhung Ihres Versicherungsschutzes aus der Hauptversicherung erfolgt auf Grund der Nachversicherungsgarantie nicht. Übersteigt aber Ihre jährliche Berufsunfähigkeits-Rente durch Inanspruchnahme der Nachversicherungsgarantie den tariflichen Höchstprozentsatz betreffend das Verhältnis der versicherten Berufsunfähigkeits-Rente zu der Versicherungssumme der Hauptversicherung, werden die Versicherungsleistungen Ihrer Hauptversicherung so erhöht, dass dieser Höchstprozentsatz nicht überschritten wird.

Nachversicherungsgarantie mit erneuter Risikoprüfung

(5) Sie haben das Recht, einmal pro Versicherungsjahr, insgesamt bis zu fünf Mal eine Erhöhung der vereinbarten Versicherungsleistungen zu verlangen, sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- es handelt sich um einen Versicherungsvertrag mit noch laufender Beitragszahlung,
- die einzelne Erhöhung muss mindestens einer monatlichen Berufsunfähigkeitsrente von 100,- EUR entsprechen,
- maximal darf jede Erhöhung 20 Prozent der ursprünglich vereinbarten, in Ihrem Versicherungsschein dokumentierten, Berufsunfähigkeitsrente betragen,
- die monatliche Berufsunfähigkeitsrente darf durch die Erhöhung 6.000,- EUR nicht überschreiten,
- es sind keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt worden und
- der Versicherungsfall ist noch nicht eingetreten.

Die Erhöhung erfolgt in dem bestehenden Versicherungsvertrag. Hierbei wird der ursprünglich vereinbarte Tarif (inkl. Rechnungsgrundlagen) zur Ermittlung der Versicherungsleistungen bzw. des Beitrags zu Grunde gelegt. Die bisher für Sie geltenden Versicherungsbedingungen und alle sonstigen bereits getroffenen Vereinbarungen bleiben unverändert bestehen.

(6) Ihr Recht auf Erhöhung ist vom Ergebnis einer erneuten Risikoprüfung der versicherten Person abhängig.

(7) Außerdem ist Ihr Recht auf Erhöhung davon abhängig, dass der Anspruch der versicherten Person auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit durch die Erhöhung ein angemessenes Verhältnis zum Arbeitseinkommen nicht überschreitet. Dabei sind für den Fall der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit bestehende oder vergleichbare Ansprüche der versicherten Person zu berücksichtigen. Ansprüche aus der gesetzlichen Absicherung werden nicht berücksichtigt.

(8) Der Versicherungsschutz aus der Erhöhung beginnt zum nächsten Monatsersten, nachdem uns Ihr Erhöhungswunsch vorliegt, die Risikoprüfung und die finanzielle Angemessenheitsprüfung abgeschlossen sind und Sie den erhöhten Beitrag gezahlt haben.

Bedingungen für die Unfall-Zusatzversicherung mit Leistung bei Erwerbsunfähigkeit oder Todesfall

Leistungsbeschreibung und Ausschlüsse

- § 1 Welche Leistung erbringen wir?
- § 2 Was ist ein Unfall im Sinne dieser Bedingungen?
- § 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?
- § 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- § 5 Welche Rolle spielen Erkrankungen und Gebrechen der versicherten Person?

Leistungsbeschreibung und Ausschlüsse

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

(1) Stirbt die versicherte Person (das ist die Person, auf deren Leben bzw. Erwerbsfähigkeit diese Zusatzversicherung abgeschlossen ist) an den Folgen eines Unfalls oder führen ausschließlich Unfallfolgen zur Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person, zahlen wir die vereinbarte Unfall-Zusatzversicherungssumme, wenn

a) der Unfall sich nach Inkrafttreten der Zusatzversicherung ereignet hat und entweder

b1) der Tod eingetreten ist

- während der Dauer der Zusatzversicherung,
- innerhalb eines Jahres nach dem Unfall und

– vor dem Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ihr 75. Lebensjahr vollendet hat; verstirbt die versicherte Person nach diesem Zeitpunkt, so leisten wir dennoch, wenn die versicherte Person den Unfall bei Benutzung eines dem öffentlichen Personenverkehr dienenden Verkehrsmittels erlitten hat und das Verkehrsmittel dem Ereignis, das den Unfalltod der versicherten Person verursacht hat, selbst ausgesetzt war

oder

b2) die Erwerbsunfähigkeit (vgl. Absatz 2) eingetreten ist

- während der Dauer der Zusatzversicherung,
- innerhalb eines Jahres nach dem Unfall und
- vor dem Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ihr 67. Lebensjahr vollendet hat.

c) Die Zusatzversicherung endet, wenn die versicherte Person stirbt oder die Unfall-Zusatzversicherungssumme auf Grund unfallbedingter Erwerbsunfähigkeit fällig wird.

d) Bei mehreren unabhängigen Unfallereignissen kann eine Leistung aus der Unfall-Zusatzversicherung nur einmal beansprucht werden.

(2) Erwerbsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Körperverletzung, die ärztlich nachzuweisen ist, voraussichtlich dauernd außer Stande ist, einer Erwerbstätigkeit von mindestens drei Stunden täglich nachzugehen.

Als Erwerbstätigkeit gilt jede Tätigkeit, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt üblich ist, wobei es auf die Höhe der Einkünfte nicht ankommt. Die Verhältnisse am Arbeitsmarkt, insbesondere die Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen und der bisher ausgeübte Beruf der versicherten Person werden bei der Feststellung der Erwerbsunfähigkeit nicht berücksichtigt. Auch der Bescheid eines Sozialversicherungsträgers ist nicht bindend.

(3) Bei einer Erhöhung der Zusatzversicherungssumme nach Eintritt des Unfalls bleibt die zum Unfallzeitpunkt vereinbarte Zusatzversicherungssumme für Leistungen aufgrund dieses Unfalls maßgeblich.

Rechte und Pflichten

- § 6 Was ist nach dem Unfalltod bzw. dem Eintritt der Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person zu beachten?
- § 7 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

Sonstige Regelungen

- § 8 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

§ 2 Was ist ein Unfall im Sinne dieser Bedingungen?

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

(2) Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

- ein Gelenk verrenkt wird oder
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden.

§ 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

Die Zusatzversicherung ist nicht überschussberechtigt.

§ 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

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

(2) Soweit nichts anderes vereinbart ist, fallen jedoch nicht unter den Versicherungsschutz:

a) Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.

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

c) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch künftige Kriegs- bzw. Bürgerkriegsereignisse oder durch innere Unruhen verursacht sind, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.

Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht entfällt, wenn die versicherte Person während eines Auslandsaufenthaltes überraschend von Kriegs- bzw. Bürgerkriegsereignissen oder von inneren Unruhen, an welchen sie nicht aktiv beteiligt ist, betroffen wird, bis zum Ende des zehnten Tages nach deren Beginn. Nach Ablauf des zehnten Tages gilt für Gefahren aus Kriegs- bzw. Bürgerkriegsereignissen oder inneren Unruhen wiederum der Ausschluss gemäß Satz 1, es sei denn, die versicherte Person ist aus objektiven Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, gehindert, das Gefahrengebiet zu verlassen.

Für Angehörige der deutschen Bundeswehr oder anderer staatlich organisierter Kriseneinsatzkräfte wie z. B. der Polizei ist der unmittelbar oder mittelbar durch die Teilnahme an mandatierten Missionen der Vereinten Nationen, Einsätzen im Rahmen von Bündnisverpflichtungen oder Einsätzen unter Führung überstaatlicher Institutionen und Einrichtungen sowie Auslandseinsätzen unter nationaler Verantwortung mit vergleichbarem Gefährdungspotential verursachte Unfall, vorbehaltlich einer anderweitigen ausdrücklichen schriftlichen Vereinbarung, nicht mitversichert.

d) Unfälle der versicherten Person

- als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit sie nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs;
- bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuübenden beruflichen Tätigkeit;
- bei der Benutzung von Luftfahrzeugen (Fluggeräte) ohne Motor, Motorsegeln, Ultraleichtflugzeugen und Raumfahrzeugen sowie beim Fallschirmspringen.

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

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

g) Gesundheitsschädigungen durch Strahlen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn es sich um Folgen eines unter diesen Vertrag fallenden Unfallereignisses handelt.

h) Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Handlungen, die die versicherte Person an ihrem Körper vornimmt oder vornehmen lässt.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Handlungen oder Heilmaßnahmen, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

i) Infektionen.

Infektionen sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie durch Haut- oder Schleimhautverletzungen, die als solche geringfügig sind, verursacht wurden, und durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangen. Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen verursacht sind, gilt Absatz 2 h) Satz 2 entsprechend.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Krankheitserreger durch eine unter diesen Vertrag fallende Unfallverletzung in den Körper gelangt sind sowie für Tollwut und Wundstarrkrampf.

j) Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn es sich um Folgen eines unter diesen Vertrag fallenden Unfallereignisses handelt.

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

l) Selbsttötung, und zwar auch dann, wenn die versicherte Person die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn jener Zustand durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis hervorgerufen wurde.

m) Unfälle der versicherten Person, die unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen verursacht sind, sofern mit deren Einsatz oder dem Freisetzen eine nicht vorhersehbare Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den Technischen Berechnungsgrundlagen derart verbunden ist, dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.

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

Haben zur Herbeiführung des Todes neben dem Unfall Erkrankungen oder Gebrechen zu mindestens 25 Prozent mitgewirkt, so vermindert sich unsere Leistung entsprechend dem Anteil der Mitwirkung.

Eine Leistung bei Erwerbsunfähigkeit wird gemäß § 1 Abs. 1 nur erbracht, wenn die Erwerbsunfähigkeit allein durch unfallbedingte Körperverletzung entstanden ist. Unfallunabhängige Erkrankungen oder Gebrechen haben keinen Einfluss auf die Feststellung der Erwerbsunfähigkeit.

Rechte und Pflichten

§ 6 Was ist nach dem Unfalltod bzw. dem Eintritt der Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person zu beachten?

Bei Ableben in Folge eines Unfalls

(1) Der Unfalltod der versicherten Person ist uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) – möglichst innerhalb von 48 Stunden – mitzuteilen. Zur Feststellung unserer Leistungspflicht sind uns die notwendigen Nachweise, insbesondere zum Unfallhergang und zu den Unfallfolgen, einzureichen.

(2) Uns ist das Recht zu verschaffen, ggf. eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen. Wird die Zustimmung zur Obduktion verweigert, sind wir von unserer Leistungspflicht befreit, es sei denn, dieses Verhalten ist ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht.

Bei Erwerbsunfähigkeit in Folge eines Unfalls

(3) Eine unfallbedingte Erwerbsunfähigkeit ist uns innerhalb eines Jahres nach dem Unfallereignis anzuzeigen.

(4) Werden Leistungen wegen einer unfallbedingten Erwerbsunfähigkeit beansprucht, müssen uns auf Kosten des Anspruchserhebenden folgende Auskünfte, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, gegeben und Nachweise zur Verfügung gestellt werden:

a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der unfallbedingten Erwerbsunfähigkeit;

b) ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie dessen Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit;

c) eine Aufstellung

– der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war, ist oder – sofern bekannt – sein wird,

– der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger oder sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Erwerbsunfähigkeit geltend machen könnte.

Sonstiges

(5) Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise zur Feststellung unserer Leistungspflicht verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen.

(6) Wird vorsätzlich die Mitteilungs- und Aufklärungspflicht (vgl. Absatz 1, 3, 4 und 5) verletzt, sind wir von unserer Leistungspflicht befreit. Bei grob fahrlässigem Verhalten sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben. Wenn uns nachgewiesen wird, dass die Mitteilungs- oder Aufklärungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt worden ist, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen. Wir bleiben auch zur Leistung verpflichtet, soweit uns nachgewiesen wird, dass die Verletzung der Mitteilungs- bzw. Aufklärungspflicht ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Dies gilt nicht, wenn die Obliegenheit arglistig verletzt wird.

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

Nach Vorliegen aller für unsere Leistungsentscheidung erforderlichen Unterlagen erklären wir innerhalb von vier Wochen in Textform, ob und in welchem Umfang wir eine Leistungspflicht anerkennen.

Sonstige Regelungen

§ 8 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

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

(2) Wird die Leistung der Hauptversicherung herabgesetzt, vermindert sich auch der Versicherungsschutz aus der Zusatzversicherung im selben Verhältnis.

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

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

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

Besondere Bedingungen für die Versicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung – Dynamik-Plan

- § 1 Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge?
- § 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?
- § 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?

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

- (1) Der Beitrag für diese Versicherung einschließlich etwaiger Zusatzversicherungen erhöht sich entsprechend der getroffenen Vereinbarung
- entweder jeweils im selben Verhältnis wie der Höchstbeitrag in der gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten, mindestens jedoch um jährlich 5 Prozent,
 - oder jeweils um den vereinbarten Prozentsatz des Vorjahresbeitrags.
- (2) Im Rahmen der (Fondsgebundenen) Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG erhöht sich abweichend von Absatz 1 der Beitrag für diese Versicherung entsprechend der getroffenen Vereinbarung
- entweder entsprechend der jährlichen Anhebung des Förderhöchstbetrages nach § 3 Nr. 63 EStG
 - oder jeweils um den vereinbarten Prozentsatz des Vorjahresbeitrags.
- (3) Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung.
- (4) Die Erhöhungen erfolgen bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer, bei Risikoversicherungen in Verbindung mit einer Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung längstens bis zum zehnten Versicherungsjahr.
- (5) Im Rahmen der (Fondsgebundenen) Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG erfolgt die Erhöhung bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer, jedoch nur, solange die im Kalenderjahr zu zahlenden Beiträge 4 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze (West) in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten nicht übersteigen. Diese Beitragsgrenze erhöht sich für das laufende Kalenderjahr um einen Betrag von max. 1.800,- EUR, sofern uns eine Erklärung in Textform vorliegt, dass keine Pauschalbesteuerung nach § 40b Abs. 1 und 2 EStG – in der zum 31.12.2004 gültigen Fassung – genutzt wird.

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?

- (1) Die Erhöhungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen erfolgen
- bei einem von der gesetzlichen Rentenversicherung abhängigen Erhöhungsmaßstab jeweils zu dem Jahrestag des Versicherungsbeginns, der auf eine Erhöhung des Höchstbeitrags in der gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten folgt oder mit ihr zusammenfällt,
 - bei Vereinbarung eines festen Prozentsatzes jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres.
- (2) Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

§ 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?

(1) Risikoversicherungen

Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnermäßigen Alter (Fußnote 1)

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

§ 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

der versicherten Person(en), der restlichen Beitragszahlungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag (Fußnote 2).

(2) Klassische Rentenversicherungen (auch Direktversicherungen)

Die Erhöhung der garantierten Versicherungsleistungen errechnet sich nach der am Erhöhungstermin gültigen Sterbetafel (aktuell DAV 2004R), dem Geburtsjahr der versicherten Person, dem Kalenderjahr des vertraglich vereinbarten Rentenbeginns und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag (Fußnote 2).

(3) Flexibler VorsorgePlan

Durch die dynamische Anpassung erhöht sich beim Flexiblen VorsorgePlan der im jeweiligen Vertragsteil vereinbarte Sparbeitrag um den mit Ihnen vereinbarten Prozentsatz.

Für die aus der dynamischen Anpassung resultierenden Sparbeiträge gilt die für den jeweiligen Vertragsteil vereinbarte Zinsstaffel bzw. Verzinsung. Dabei richtet sich die zu Grunde gelegte Zinsstufe bzw. Verzinsung nach den für die Sparbeiträge des jeweiligen Vertragsjahres festgelegten Zinssätzen.

Beispielsweise durchlaufen die aus der dynamischen Anpassung zum Beginn des zweiten Vertragsjahres (erste Dynamik) resultierenden Sparbeiträge die selbe(n) Zinsstufen bzw. Verzinsung wie die bereits vereinbarten Sparbeiträge des jeweiligen Vertragsteils (vgl. § 1 Abs. 1 der Allgemeinen Bedingungen für eine Rentenversicherung (Flexibler VorsorgePlan)).

Die Höhe der Rente berechnet sich – unter Berücksichtigung der dynamischen Anpassung – aus dem zum Ende der vereinbarten Ansparphase zur Verrentung zur Verfügung stehenden Gesamtguthaben je Vertragsteil und dem dann jeweils gültigen Rentenfaktor (vgl. § 1 Abs. 3 der Allgemeinen Bedingungen für eine Rentenversicherung (Flexibler VorsorgePlan)).

(4) Fondsgebundene Direktversicherungen

Bei der Fondsgebundenen Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG erhöht sich das zum vereinbarten Rentenbeginn zur Verfügung stehende Garantie-Deckungskapital mindestens um die Summe der eingezahlten Erhöhungsbeiträge (Fußnote 2). Zudem erhöht sich der Betrag, mit dem wir Fondsanteile entsprechend der von Ihnen gewählten Aufteilung erwerben, soweit er nicht für die Finanzierung der vertraglichen Garantien oder zur Deckung der Abschluss- und Vertriebskosten sowie der Verwaltungskosten vorgesehen ist.

Zum vereinbarten Rentenbeginn wird das aus den Erhöhungsbeiträgen resultierende Garantie-Deckungskapital auf Basis der zum Erhöhungszeitpunkt gültigen Sterbetafel in eine Rente umgerechnet. Die Ermittlung der Rente aus dem Euro-Wert der aus den Erhöhungsbeiträgen resultierenden Anteilseinheiten basiert jedoch auf der zu Rentenbeginn gültigen Sterbetafel sowie auf dem zu diesem Zeitpunkt für unsere neu abzuschließenden Rentenversicherungen gültigen Rechnungszins.

Zudem berücksichtigen wir bei der Berechnung der Rente das Geburtsjahr der versicherten Person und das Kalenderjahr des vertraglich vereinbarten Rentenbeginns.

(5) Die Versicherungsleistungen erhöhen sich grundsätzlich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge.

(6) Sind Zusatzversicherungen eingeschlossen, so werden ihre Versicherungsleistungen im selben Verhältnis wie die der Hauptversicherung erhöht.

Ist im Rahmen einer Zusatzversicherung lediglich die Beitragsbefreiung des Vertrages bei Vorliegen einer Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit vereinbart, so werden ihre Versicherungsleistungen im selben Verhältnis wie der Beitrag der Hauptversicherung erhöht.

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

(1) Alle im Rahmen des Versicherungsvertrags getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Versicherungsbedingungen sowie die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich auch auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen. Die in den Versicherungsbedingungen dargestellte Regelung zu den Kosten findet entsprechend Anwendung.

(2) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag setzt die Fristen, die in den Versicherungsbedingungen betreffend die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht bzw. die Selbsttötung genannt sind, nicht erneut in Lauf.

§ 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

(1) Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen.

(2) Unterbliebene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.

(3) Sollten Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, so erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen; es kann jedoch mit unserer Zustimmung neu begründet werden.

(4) Ist in Ihrer Versicherung eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen, erfolgen keine Erhöhungen, solange wegen Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit der versicherten Person Ihre Beitragszahlungspflicht ganz oder teilweise entfällt.

(5) Ist in Ihrer Versicherung eine Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen, erfolgen keine Erhöhungen, solange wegen Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person Ihre Beitragszahlungspflicht entfällt.

Fußnote 1: Das rechnermäßige Alter der versicherten Person ist die Differenz zwischen dem Kalenderjahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr.

Fußnote 2: Die in der Kundeninformation bzw. auf der Modellrechnung und im Versicherungsschein angegebenen Rückkaufswerte bzw. beitragsfreien Summen sind nur für die Anfangsversicherungssumme maßgebend. Nach einer Erhöhung gelten im Allgemeinen höhere Werte. Die exakten Werte werden vom Versicherer mitgeteilt.