

Allgemeine Bedingungen für SI WorkLife KOMFORT-PLUS (Grundfähigkeitsversicherung)

Fassung 01.2024

Inhaltsverzeichnis

Versicherungsumfang

§ 1	Welche Leistungen erbringen wir?	2
§ 2	Wann liegt ein Verlust einer Grundfähigkeit oder der Eintritt der Pflegebedürftigkeit vor?	2
§ 3	Welche Rechnungsgrundlagen gelten für Ihren Vertrag?	5
§ 4	Wie entstehen kalkulatorische Bestandteile und was bedeutet dies für Ihren Vertrag?	6
§ 5	Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	6
§ 6	Wie kommt Ihr Vertrag zustande und wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	8
§ 7	In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	8
§ 8	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	8

Auszahlung von Leistungen

§ 9	Was müssen Sie beachten, wenn Sie eine Leistung erhalten möchten?	9
§ 10	Wie unterstützen wir Sie im Leistungsfall?	10
§ 11	Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	10
§ 12	Was gilt nach Anerkennung unserer Leistungspflicht?	10
§ 13	Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?	10
§ 14	Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?	11
§ 15	Wer erhält die Leistung?	11

Beiträge und Kosten

§ 16	Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?	11
§ 17	Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	11
§ 18	Welche Möglichkeiten haben Sie, wenn Sie Ihren Beitrag nicht mehr zahlen können?	12
§ 19	Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?	13
§ 20	Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?	13

Kündigung und Beitragsfreistellung

§ 21	Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen oder beitragsfrei stellen und welche Auswirkungen hat dies auf unsere Leistungen?	13
------	--	----

Sonstige Regelungen

§ 22	Was müssen Sie beachten, wenn sich Ihre Anschrift oder Ihr Name ändert?	15
§ 23	Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?	15
§ 24	Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?	16
§ 25	Wo ist der Gerichtsstand?	16
§ 26	An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?	16

Anhang

	Erklärung der verwendeten Fachbegriffe	17
--	--	----

Sehr geehrter Kunde¹⁾,

mit diesen Bedingungen wenden wir uns an Sie als unseren Versicherungsnehmer und Vertragspartner. In den Bedingungen regeln wir das Vertragsverhältnis zwischen Ihnen und uns.

Wichtiger Hinweis:

Damit Sie die Bedingungen leichter verstehen können, erklären wir wichtige Fachbegriffe im Anhang. Alle Begriffe, die wir dort erläutern, haben wir im Text *kursiv* gekennzeichnet.

Versicherungsumfang

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

1 Wir erbringen unsere Leistungen entweder bei Verlust mindestens einer Grundfähigkeit oder bei Pflegebedürftigkeit.

Unsere Leistungen bei Verlust mindestens einer Grundfähigkeit oder bei Pflegebedürftigkeit

2 Tritt bei der *versicherten Person* während der *Versicherungsdauer* dieser Versicherung der Verlust mindestens einer Grundfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit ein (siehe § 2), so erbringen wir folgende Leistungen:

- Wir zahlen die vereinbarte Grundfähigkeitsrente, längstens bis zum Ablauf der vereinbarten *Leistungsdauer*.
- Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für diese Versicherung, längstens bis zum Ablauf der vereinbarten *Leistungsdauer*. Läuft die *Beitragszahlungsdauer* vor der *Leistungsdauer* ab, ist die vereinbarte *Beitragszahlungsdauer* maßgeblich.
- Wenn Sie eine garantierte Rentensteigerung im Leistungsfall mit uns vereinbart haben, dann gilt:

Wir erhöhen die Grundfähigkeitsrente ab Eintritt des Leistungsfalls jährlich um den vereinbarten Prozentsatz. Die Rentensteigerung nehmen wir jeweils zum *Versicherungsjahrestag* vor, erstmals zu dem auf die Zahlung der ersten Grundfähigkeitsrente folgenden Versicherungsjahrestag. Die Bemessungsgröße für diese erste Rentensteigerung ist die vor Eintritt unserer Leistungspflicht versicherte Grundfähigkeitsrente. Die Bemessungsgröße für die folgenden Rentensteigerungen ist jeweils die zuletzt vor dem Versicherungsjahrestag gezahlte Grundfähigkeitsrente. Bei dieser Bemessungsgröße bleiben Rentensteigerungen aufgrund beitragsfreier Bonusrenten aus der *Überschussbeteiligung* (siehe § 5 Abschnitt VI) außer Betracht.

Eine eventuell eingeschlossene Worst-Case Kapitalhilfe wird durch eine garantierte Rentensteigerung im Leistungsfall nicht erhöht.

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. Die *Beitragszahlungsdauer* ist der Zeitraum, innerhalb dessen Sie zur Beitragszahlung verpflichtet sind.

Weitere Regelungen zu unseren Leistungen

3 Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rentenzahlung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem der Verlust einer Grundfähigkeit oder die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist.

4 Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rentenzahlung endet, wenn

- der Verlust einer Grundfähigkeit oder die Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt,
- wenn die *versicherte Person* stirbt oder
- die vereinbarte *Leistungsdauer* abläuft.

5 Endet der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rentenzahlung vor Ablauf der *Versicherungsdauer*, wird der Vertrag mit dem Beitrag und der Grundfähigkeitsrente fortgeführt, die unmittelbar vor dem Beginn unserer Leistungspflicht vereinbart waren. Rentenerhöhungen, die während unserer Leistungspflicht in Form von Bonusrenten aus der *Überschussbeteiligung* (siehe § 5 Abschnitt VI) oder - sofern vereinbart - infolge einer garantierten Rentensteigerung im Leistungsfall (siehe § 1 Absatz 1) erbracht wurden, bleiben unberücksichtigt. Die Beiträge müssen Sie wieder zahlen, wenn die *Beitragszahlungsdauer* noch nicht abgelaufen ist.

6 Auch wenn zeitgleich der Verlust mehrerer Grundfähigkeiten bzw. Pflegebedürftigkeit vorliegt, gilt dies als ein *Versicherungsfall* und Sie erhalten die Leistungen nur in der vereinbarten Höhe (siehe Absatz 2).

7 Wenn die *versicherte Person* vor Ablauf der *Versicherungsdauer* keine der versicherten Grundfähigkeiten verloren hat und nicht pflegebedürftig geworden ist, wird aus dieser Versicherung keine Leistung nach Absatz 2 fällig.

8 Liegt im Zeitpunkt unserer Entscheidung über die Leistungspflicht kein Verlust einer Grundfähigkeit und keine Pflegebedürftigkeit mehr vor, besteht ein Anspruch auf Leistungen nur für die Dauer des Verlusts bzw. der Pflegebedürftigkeit.

9 Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten. Haben wir unsere Leistungspflicht anerkannt, werden wir Ihnen die nach Absatz 3 zu viel gezahlten Beiträge mit 0,25 % pro Jahr verzinst zurückzahlen.

Wenn Sie einen entsprechenden Antrag in *Textform* stellen, werden Ihnen die Beiträge bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht oder im Fall einer gerichtlichen Auseinandersetzung bis zur rechtskräftigen Entscheidung zinslos gestundet. Besteht nach dieser Entscheidung kein Anspruch auf Leistungen, müssen Sie die gestundeten Beiträge in einem Betrag nachzahlen.

Alternativ haben Sie auch das Recht, die gestundeten Beiträge

- innerhalb von höchstens 48 Monaten in gleichen monatlichen Raten nachzuzahlen oder
- durch eine Herabsetzung der vereinbarten Leistungen ausgleichen zu lassen (siehe dazu § 18 Absatz 3).

Während dieser 48 Monate erheben wir keine Zinsen.

10 Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

11 Die Grundfähigkeitsrente zahlen wir monatlich im Voraus.

12 Es kann sich eine Leistung aus der *Überschussbeteiligung* ergeben (siehe § 5).

§ 2 Wann liegt ein Verlust einer Grundfähigkeit oder der Eintritt der Pflegebedürftigkeit vor?

Verlust einer Grundfähigkeit

1 Der Verlust einer Grundfähigkeit liegt vor, wenn die *versicherte Person* infolge

- Krankheit,
- Körperverletzung oder
- mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls,

die ärztlich nachzuweisen sind, mindestens 6 Monate ununterbrochen eine der versicherten Grundfähigkeiten verloren hat oder voraussichtlich verlieren wird. Wir leisten in diesen Fällen ab Beginn des sechsmonatigen Zeitraums.

Verwendung von Hilfsmitteln

2 Die *versicherte Person* ist dazu verpflichtet, zumutbare Hilfsmittel zu verwenden, soweit diese eine wesentliche Besserung der gesundheitlichen Beeinträchtigung erwarten lassen (siehe dazu auch § 9 Absatz 4). Wird diese Mitwirkungspflicht verletzt, können wir unter den Voraussetzungen des § 13 leistungsfrei sein.

Zum besseren Verständnis haben wir Ihnen zu einigen der in Absatz 4 versicherten Grundfähigkeiten beispielhaft Hilfsmittel aufgeführt, die wir im Sinne des § 9 Absatz 4 als zumutbar ansehen.

Weitere Voraussetzungen

3 Voraussetzung für den Verlust einer Grundfähigkeit ist, dass die entsprechende Grundfähigkeit bei der *versicherten Person*

¹⁾ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

- zu dem im *Versicherungsschein* angegebenen Versicherungsbeginn vorhanden war bzw. bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres zum Versicherungsbeginn altersbedingt noch nicht vorhanden war, aber vor Eintritt des *Versicherungsfalls* erworben wurde und
- aufgrund körperlicher Veränderungen verloren gegangen und damit einer objektiven Befunderhebung zugänglich ist.

Versicherte Grundfähigkeiten

4 Folgende Grundfähigkeiten sind versichert:

- Sehen
- Sprechen
- Hören
- Armgebrauch
- Handgebrauch
- Greifen
- Gehen
- Treppensteigen
- Stehen
- Sitzen
- Knien und Erheben
- Bücken und Erheben
- Heben und Tragen
- Gleichgewichtssinn
- Schreiben
- Nutzung Smartphone
- Autofahren
- Ein- und Aussteigen aus dem Auto
- Nutzung des öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV)
- Eigenverantwortliches Handeln (Gesetzliche Betreuung)
- Intellekt (Geistige Leistungsfähigkeit)

In den Absätzen 4 a) bis u) beschreiben wir Ihnen, was wir konkret unter diesen Grundfähigkeiten verstehen und wann ein Verlust vorliegt.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist der Verlust einer Grundfähigkeit aufgrund von

- psychischen Beeinträchtigungen oder
- Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch.

Der Ausschluss des Versicherungsschutzes aufgrund von psychischen Beeinträchtigungen gilt jedoch nicht bei den versicherten Grundfähigkeiten:

- Eigenverantwortliches Handeln (Gesetzliche Betreuung) (siehe Absatz 4 t))
- Intellekt (Geistige Leistungsfähigkeit) (siehe Absatz 4 u))

Der Ausschluss des Versicherungsschutzes aufgrund von Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch gilt jedoch nicht bei den versicherten Grundfähigkeiten:

- Sehen (siehe Absatz 4 a))
- Sprechen (siehe Absatz 4 b))
- Hören (siehe Absatz 4 c))
- Armgebrauch (siehe Absatz 4 d))
- Handgebrauch (siehe Absatz 4 e))
- Greifen (siehe Absatz 4 f))
- Gehen (siehe Absatz 4 g))
- Treppensteigen (siehe Absatz 4 h))
- Stehen (siehe Absatz 4 i))
- Sitzen (siehe Absatz 4 j))
- Knien und Erheben (siehe Absatz 4 k))
- Bücken und Erheben (siehe Absatz 4 l))
- Heben und Tragen (siehe Absatz 4 m))
- Schreiben (siehe Absatz 4 o))
- Nutzung Smartphone (siehe Absatz 4 p))

Bei der Grundfähigkeit Gleichgewichtssinn (siehe Absatz 4 n)) besteht ebenfalls grundsätzlich Versicherungsschutz bei Verlust dieser Grundfähigkeit aufgrund von Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch. Der Versicherungsschutz ist jedoch ausgeschlossen, für den Fall, dass der Verlust des Gleichgewichtssinnes aufgrund einer Polyneuropathie entstanden ist, die auf einen Alkoholmissbrauch zurückzuführen ist.

a) Sehen

Ein Verlust der Grundfähigkeit Sehen liegt vor, wenn das Sehvermögen der *versicherten Person* - auch bei Verwendung zumutbarer Hilfsmittel - so stark eingeschränkt ist, dass auf jedem Auge nur

noch ein Restsehvermögen von höchstens 5 % oder eine Einschränkung des Gesichtsfeldes auf höchstens 15 Grad Abstand vom Zentrum (horizontal oder vertikal) besteht.

Ein Restsehvermögen von höchstens 5 % bedeutet, dass die *versicherte Person* bei der Untersuchung einen Gegenstand in bis zu einem Meter Entfernung sehen kann, den eine Person mit voller Sehkraft sehen könnte, wenn dieser sich in einem Abstand von 20 Metern befände.

Wir sehen z. B. eine Brille oder Kontaktlinsen als zumutbare Hilfsmittel an.

b) Sprechen

Ein Verlust der Grundfähigkeit Sprechen liegt vor, wenn die Sprechfähigkeit oder die sprachliche Ausdrucksfähigkeit der *versicherten Person* nach abgeschlossenem Spracherwerb - auch bei Verwendung zumutbarer Hilfsmittel - so weit eingeschränkt ist, dass die *versicherte Person* nicht mehr in der Lage ist, mittels Sprache mit einem unbeteiligten Dritten zu kommunizieren, weil sie keinen verständlichen Satz mehr formen kann.

Wir sehen z. B. Sprachschallverstärker, Tonerzeuger oder Kehlkopfmikrophone als zumutbare Hilfsmittel an; nicht jedoch Shunt-Ventile.

c) Hören

Ein Verlust der Grundfähigkeit Hören liegt vor, wenn bei der *versicherten Person* - auch bei Verwendung zumutbarer Hilfsmittel - auf beiden Ohren jeweils ein Resthörvermögen von höchstens 20 % besteht.

Ein Resthörvermögen von 20 % bedeutet, dass der *versicherten Person* bei der Untersuchung anhand eines anerkannten sprachaudiometrischen Testverfahrens (z. B. Freiburger Wörkertest) ein Hörverlust von mindestens 80 % im Frequenzbereich des gesprochenen Wortes (2kHz) nachgewiesen wird.

Wir sehen z. B. Hörgeräte als zumutbare Hilfsmittel an; nicht jedoch Hörimplantate.

d) Armgebrauch

Ein Verlust der Grundfähigkeit Armgebrauch liegt vor, wenn es der *versicherten Person* nicht mehr möglich ist, den linken oder rechten Arm seitwärts zu bewegen und abgespreizt auf Schulterhöhe 10 Sekunden zu halten sowie nach vorne zu bewegen, abgespreizt auf Schulterhöhe 10 Sekunden zu halten und in beide Richtungen zu drehen.

e) Handgebrauch

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

- eine handelsübliche Flasche mit Schraubverschluss zu schließen und wieder zu öffnen,
- einen Schraubenzieher bestimmungsgemäß zu benutzen,
- eine Rohrzange bestimmungsgemäß zu benutzen,
- eine Tastatur bestimmungsgemäß zu bedienen,
- ein Brötchen mit einem Brotmesser aufzuschneiden,
- eine Schraube mit einem Regelgewinde und 8 mm Durchmesser in eine passende Mutter zu schrauben oder
- eine Schere bestimmungsgemäß zu benutzen.

f) Greifen

Ein Verlust der Grundfähigkeit Greifen liegt vor, wenn die *versicherte Person* mit der rechten oder mit der linken Hand nicht mehr in der Lage ist, einen maximal 200 g schweren Alltagsgegenstand (z. B. Tasse, Schraubenzieher oder Hammer) zu greifen und fünf Minuten lang ununterbrochen, auch unter Ablage des Unterarms, zu halten.

g) Gehen

Ein Verlust der Grundfähigkeit Gehen liegt vor, wenn die *versicherte Person* - auch bei Verwendung zumutbarer Hilfsmittel - nicht mehr selbstständig in der Lage ist, gehend eine Strecke von 400 Metern über einen ebenen Boden mit einem für Gehwege üblichen Bodenbelag zurückzulegen, ohne dabei eine Pause von mehr als einer Minute machen zu müssen.

Wir sehen z. B. Gehstöcke, Prothesen oder Orthesen als zumutbare Hilfsmittel an; nicht jedoch Rollatoren und Gehwagen.

h) Treppensteigen

Ein Verlust der Grundfähigkeit Treppensteigen liegt vor, wenn die *versicherte Person* - auch bei Verwendung zumutbarer Hilfsmittel - nicht mehr selbstständig in der Lage ist, eine Treppe von 12 Stufen mit üblicher Stufenhöhe (DIN 18065) und einem rutschfesten Belag hinauf- und hinabzusteigen, ohne eine Pause von mindestens einer Minute machen zu müssen.

Wir sehen z. B. Gehstöcke oder ein Treppengeländer als zumutbare Hilfsmittel an.

i) Stehen

Ein Verlust der Grundfähigkeit Stehen liegt vor, wenn die *versicherte Person* - auch bei Verwendung zumutbarer Hilfsmittel - auch mit Veränderung der Körperhaltung nicht mehr in der Lage ist, 10 Minuten lang zu stehen, ohne sich abzustützen.

Wir sehen z. B. Prothesen oder Orthesen als zumutbare Hilfsmittel an.

j) Sitzen

Ein Verlust der Grundfähigkeit Sitzen liegt vor, wenn die *versicherte Person* nicht mehr in der Lage ist, 20 Minuten ununterbrochen auf einem Stuhl mit Rückenlehne zu sitzen, auch nicht mit Änderung der Sitzposition oder mit Abstützen auf Armlehnen.

k) Knien und Erheben

Ein Verlust der Grundfähigkeit Knien und Erheben liegt vor, wenn die *versicherte Person* nicht mehr in der Lage ist, sich auf einem festen und ebenen Untergrund (auch mit Abstützen) mit beiden Knien hinzuknien, um mit den Fingern den Boden zu berühren, und sich anschließend wieder aufzurichten.

l) Bücken und Erheben

Ein Verlust der Grundfähigkeit Bücken und Erheben liegt vor, wenn die *versicherte Person* nicht mehr in der Lage ist, sich auf einem festen und ebenen Untergrund (auch mit Abstützen) zu bücken, um mit den Fingerspitzen beider Hände den Boden zu berühren, und sich anschließend wieder aufzurichten.

m) Heben und Tragen

Ein Verlust der Grundfähigkeit Heben und Tragen liegt vor, wenn die *versicherte Person* nicht mehr in der Lage ist, mit dem rechten oder mit dem linken Arm einen 5 kg schweren Alltagsgegenstand (z. B. gefüllte Wasserflasche, gefüllte Einkaufstasche oder Bohrmaschine) von einem Tisch zu heben und 5 m weit zu tragen.

n) Gleichgewichtssinn

Ein Verlust der Grundfähigkeit Gleichgewichtssinn liegt vor, wenn der Gleichgewichtssinn der *versicherten Person* dermaßen gestört ist, dass sie nicht mehr ohne stark erhöhte Unfallgefahr

- Leitern mit einer Arbeitshöhe von einem Meter besteigen kann oder
- auf Gerüsten in einer Arbeitshöhe von einem Meter arbeiten kann.

„Stark erhöhte Unfallgefahr“ ist dabei definiert als Kategorie B-D nach arbeitsmedizinischer Beurteilung der Gefährdungskategorien.

Die Störung muss auf eine körperliche Ursache zurückzuführen sein und mittels neurologischer Untersuchungen durch einen Facharzt belegt werden. Dabei müssen anerkannte Testverfahren angewendet werden (eine übliche Prüfung besteht z. B. darin, dass die *versicherte Person* zehn Meter entlang einer imaginären Linie auf festem und ebenem Boden mit einem für Gehwege üblichen Bodenbelag sowie mit geschlossenen Augen gehen kann, ohne Fallneigung zu bekommen).

o) Schreiben

Ein Verlust der Grundfähigkeit Schreiben liegt vor, wenn die *versicherte Person* mit der dominanten Schreibhand nicht mehr in der Lage ist, mit einem Schreibstift mindestens 5 Wörter mit jeweils mindestens 10 Buchstaben in Druckbuchstaben zu schreiben, so dass ein unbeteiligter Dritter diese Wörter lesen kann.

p) Nutzung Smartphone

Ein Verlust der Grundfähigkeit Nutzung Smartphone liegt vor, wenn die *versicherte Person* motorisch nicht mehr in der Lage ist, ein Smartphone zu halten oder mithilfe der Bildschirmtastatur (Displaygröße: 3,5 Zoll oder mehr) eine Nachricht von 50 Zeichen zu schreiben. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind kognitive Ursachen.

q) Autofahren

Ein Verlust der Grundfähigkeit Autofahren liegt vor, wenn die *versicherte Person* - auch bei Verwendung zumutbarer Hilfsmittel - nicht mehr zum Führen eines Personenkraftwagens (PKW) in der Lage ist. Dazu muss die Fahrerlaubnis nachweislich aus gesundheitlichen Gründen entzogen werden. Dies muss ein verkehrsmedizinisches Gutachten bestätigen.

Es liegt - vorbehaltlich des nachfolgenden Satzes - ebenfalls der Verlust der Grundfähigkeit Autofahren vor, wenn die *versicherte Person* aus gesundheitlichen Gründen keine Fahrerlaubnis für PKW mehr erwerben kann. Dies gilt für einen Zeitraum von zehn Jahren, beginnend ab dem Zeitpunkt, ab dem der Erwerb der Fahrerlaubnis für PKW für die *versicherte Person* erstmals zulässig ist oder zulässig war. Ein verkehrsmedizinisches Gutachten muss bestätigen, dass die *versicherte Person* aus gesundheitlichen Gründen keine Fahrerlaubnis für PKW mehr erwerben kann.

Wir sehen z. B. eine Brille oder ein Hörgerät als zumutbares Hilfsmittel an.

r) Ein- und Aussteigen aus dem Auto

Ein Verlust der Grundfähigkeit Ein- und Aussteigen aus dem Auto liegt vor, wenn die *versicherte Person* aufgrund motorischer Einschränkungen nicht mehr in der Lage ist, als Fahrer oder Mitfahrer ohne fremde Hilfe in einen Personenkraftwagen (PKW) mit einer üblichen Einstiegshöhe - auch bei Verwendung zumutbarer Hilfsmittel - ein- oder auszusteigen. Als üblicher Einstieg wird eine Türschwellehöhe bis höchstens 25 cm und die Sitzhöhe eines Standardautositzes oberhalb der Fahrbahn von 50 cm bis höchstens 75 cm angesetzt.

Wir sehen z. B. integrierte Haltegriffe, Sitzeinstellungen, Umsetz- oder Aufrichthilfen als zumutbare Hilfsmittel an.

s) Nutzung des öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV)

Ein Verlust der Grundfähigkeit Nutzung des öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV) liegt vor, wenn die *versicherte Person* aufgrund ihrer motorischen Einschränkungen - auch bei Verwendung zumutbarer Hilfsmittel - nicht mehr in der Lage ist, ohne fremde Hilfe mit einem Handgepäck in die Transportmittel des öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV) ein- oder aus diesen auszusteigen oder durch sie befördert zu werden. Das bedeutet:

- Transportmittel des ÖPNV sind z. B. Straßenbahnen, Busse, U-Bahnen oder S-Bahnen.
- Wir sehen z. B. Gehstöcke, Haltegriffe oder reservierte Sitze für Menschen mit Mobilitätseinschränkung als zumutbare Hilfsmittel an.
- Für die Beurteilung des Verlusts der Grundfähigkeit ist nicht relevant, ob die *versicherte Person* selbst in Besitz der Hilfsmittel ist, oder ob diese durch den Transportdienstleister bereitgestellt oder bedient werden. Eine Bedienung durch das Personal wird nicht als fremde Hilfe angesehen.
- Unter Handgepäck im Sinne dieser Bedingungen verstehen wir Gepäck bis zu 5 kg, welches freihändig am Körper getragen werden kann.
- Es wird eine maximale planmäßige Reisedauer von zwei Stunden zugrunde gelegt. Unter Reisedauer wird hierbei die Dauer der Nutzung des Transportmittels des ÖPNV verstanden.

t) Eigenverantwortliches Handeln (Gesetzliche Betreuung)

Ein Verlust der Grundfähigkeit Eigenverantwortliches Handeln (Gesetzliche Betreuung) liegt vor, wenn die *versicherte Person* aufgrund einer gerichtlichen Entscheidung anhand eines psychiatrischen Gutachtens mindestens 6 Monate lang ununterbrochen gesetzlich betreut werden muss oder seit mindestens 6 Monaten ununterbrochen gesetzlich betreut wird.

u) Intellekt (Geistige Leistungsfähigkeit)

Ein Verlust der Grundfähigkeit Intellekt (Geistige Leistungsfähigkeit) liegt vor, wenn die *versicherte Person* in Bezug auf

- das Gedächtnis,
- das Konzentrationsvermögen,
- die Aufmerksamkeit,
- die Auffassungsgabe,
- die Orientierungsfähigkeit oder
- die Handlungsplanung

so erheblich eingeschränkt ist, dass sie nicht mehr in der Lage ist, alltagsrelevante Tätigkeiten (z. B. Körperhygiene, Selbstversorgung, Einkaufen, Putzen, Zubereitung von Essen, Ankleiden, Vereinbarung von Terminen) eigenständig auszuüben.

Die Diagnose ist durch einen Facharzt für Neurologie auf Basis einer ausführlichen Befunderhebung mit körperlicher sowie psychopathologischer Untersuchung unter Verwendung psychometrischer Tests zu stellen. Die anerkannten Tests müssen dafür geeignet sein, eine durch Unfälle und/oder Erkrankungen erworbene Minderung der Intelligenz nachzuweisen (z. B. Hamburg-Wechsler-Intelligenztest). Hierbei muss bei der versicherten Person festgestellt werden, dass ihre geistige Leistungsfähigkeit im Bereich der unteren 10 % der zur Normierung verwendeten vergleichbaren Altersstichprobe (d. h. Prozentrang ≤ 10) liegt.

Pflegebedürftigkeit

5 Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die *versicherte Person* infolge

- Krankheit,
- Körperverletzung oder
- mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls,

die ärztlich nachzuweisen sind, mindestens 6 Monate ununterbrochen so hilflos war oder voraussichtlich sein wird, dass sie für mindestens 2 der in Absatz 6 genannten Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Wir leisten in diesen Fällen ab Beginn des sechsmonatigen Zeitraums.

6 Bei der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit ist die erforderliche Hilfe bei folgenden Verrichtungen maßgebend:

Die *versicherte Person* benötigt Hilfe beim:

- Fortbewegen im Zimmer
Hilfebedarf liegt vor, wenn die *versicherte Person* - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt.
- Aufstehen und Zubettgehen
Hilfebedarf liegt vor, wenn die *versicherte Person* nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.
- An- und Auskleiden
Hilfebedarf liegt vor, wenn die *versicherte Person* - auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.
- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken
Hilfebedarf liegt vor, wenn die *versicherte Person* - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann.
- Waschen, Kämmen oder Rasieren
Hilfebedarf liegt vor, wenn die *versicherte Person* von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.
- Verrichten der Notdurft
Hilfebedarf liegt vor, wenn die *versicherte Person* die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie

- sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
- 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 Unabhängig von der Beurteilung nach Absatz 6 liegt Pflegebedürftigkeit vor,

- wenn die *versicherte Person* wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf, oder
- wenn sie dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann.

Demenz

8 Unabhängig von der Beurteilung nach Absatz 6 liegt Pflegebedürftigkeit auch dann vor, wenn bei der *versicherten Person* eine Demenz diagnostiziert wird.

Die Demenz ist durch ein Gutachten eines Facharztes für Neurologie (siehe § 9 Absatz 1 g)), nachzuweisen.

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

§ 3 Welche Rechnungsgrundlagen gelten für Ihren Vertrag?

Rechnungsgrundlagen bei Vertragsschluss

1 Für die Tarifikalkulation, d. h. für die Berechnung der vertraglich garantierten Leistung und des dafür von Ihnen zu zahlenden Beitrags, verwenden wir bei Vertragsschluss die folgenden *Rechnungsgrundlagen*:

Wahrscheinlichkeitstafeln

- für das Invalidisierungsrisiko für den Verlust der Grundfähigkeit die Invalidisierungswahrscheinlichkeiten nach unserer unternehmenseigenen Unisex-Tafel SI2022 PGFV I,
- für die Invalidensterblichkeit die Wahrscheinlichkeiten für Invalidensterblichkeit nach unserer unternehmenseigenen Unisex-Tafel SI2022 (P)GFV TI; Grundlage hierfür sind die DAV-Tafeln 1997 TI für Männer und Frauen,
- für das Todesfallrisiko die Sterbewahrscheinlichkeiten nach unserer unternehmenseigenen Unisex-Tafel SI2022 (P)GFV T, Grundlage hierfür sind die DAV-Tafeln 2008 T für Männer und Frauen,
- für das Invalidisierungsrisiko für den Eintritt einer schweren Krankheit (einer etwa eingeschlossenen Worst Case Kapitalhilfe) die Invalidisierungswahrscheinlichkeiten nach unserer unternehmenseigenen Unisex-Tafel SI2022 DDZ I,
- für das Todesfallrisiko (einer etwa eingeschlossenen Worst-Case Kapitalhilfe) die Sterbewahrscheinlichkeiten nach unserer unternehmenseigenen Unisex-Tafel SI2022 DDZ T, Grundlage hierfür sind die DAV-Tafeln 2008 T für Männer und Frauen.

Rechnungszins

Der *Rechnungszins* beträgt 0,25 % pro Jahr.

Anwendung aktueller Rechnungsgrundlagen

2 Die in Absatz 1 genannten *Rechnungsgrundlagen* können sich während der Vertragslaufzeit ändern.

Zeitpunkt

Für die folgenden Berechnungen :

- Bildung jeder zusätzlichen beitragsfreien Bonusrente aus den jährlichen *Überschüssen* und den Bewertungsreservenüberschüssen nach § 5 Abschnitt VI
- Leistungserhöhung durch eine vereinbarte Dynamik nach den Besonderen Bedingungen für die entsprechende Dynamik
- Leistungserhöhung durch die Ausübung der Ausbaugarantie nach den Besonderen Bedingungen für die Ausbaugarantie

verwenden wir grundsätzlich die *Rechnungsgrundlagen* des Vertragsschlusses nach Absatz 1.

3 Wenn zum Wirksamkeitstermin der obigen Berechnungen aufgrund

- aufsichtsrechtlicher Regelungen oder
- Veröffentlichungen der Deutschen Aktuarvereinigung e. V.

für neu abzuschließende Haupt- und Zusatzversicherungen vergleichbarer Tarife andere *Rechnungsgrundlagen* für die Beitragskalkulation verwendet werden (nachfolgend „aktuelle *Rechnungsgrundlagen*“ genannt), dann können wir diese auch für die obigen Berechnungen verwenden.

Die Anwendung aktueller *Rechnungsgrundlagen* erfolgt jedoch stets nur für die jeweilige Erhöhung; die bereits in der Vergangenheit vertraglich garantierten Leistungen bleiben von einer Änderung der *Rechnungsgrundlagen* unberührt.

Wirtschaftliche Konsequenzen künftiger Veränderungen der Rechnungsgrundlagen

4 Die Anwendung der jeweils aktuellen *Rechnungsgrundlagen* anstelle der in Absatz 1 genannten hat zur Folge, dass die in Absatz 2 bezeichneten Leistungen höher oder geringer ausfallen als bei Verwendung der in Absatz 1 genannten *Rechnungsgrundlagen* bei Vertragsschluss.

Die Höhe der sich aus der Verwendung aktueller *Rechnungsgrundlagen* ergebenden Veränderungen lässt sich im Vorwege - insbesondere aufgrund nicht vorhersehbarer Veränderungen der Invalidisierungswahrscheinlichkeiten und der Lage am Kapitalmarkt - nicht beziffern.

Informationspflicht

5 Wir werden Sie bei einer Verwendung aktueller *Rechnungsgrundlagen* im Rahmen der in Absatz 2 genannten Berechnungen informieren.

§ 4 Wie entstehen kalkulatorische Bestandteile und was bedeutet dies für Ihren Vertrag?

1 Ihre Versicherung ist ein einheitlicher Versicherungsvertrag, dessen Leistungen sich wie nachfolgend erläutert kalkulatorisch aus unterschiedlichen Bestandteilen zusammensetzen können.

Bei der Bildung von Leistungen unter Verwendung aktueller *Rechnungsgrundlagen* nach § 3 entstehen eigene kalkulatorische Bestandteile (im Folgenden „Bestandteile“ genannt).

2 Die Regelungen zur *Überschussbeteiligung* (siehe § 5), zum Mindestrückkaufwert (siehe § 21 Absatz 5) und zur Verrechnung der Abschlusskosten und deren wirtschaftliche Folgen (siehe § 19 Absätze 2 und 3) gelten gesondert für jeden einzelnen Bestandteil Ihrer Versicherung.

Alle anderen Regelungen gelten für Ihren Versicherungsvertrag als Einheit.

§ 5 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

1 Wir beteiligen Sie an den *Überschüssen* und an den *Bewertungsreserven* (*Überschussbeteiligung*). Die Leistung aus der *Überschussbeteiligung* kann auch Null Euro betragen.

Die Höhe der *Überschussbeteiligung* veröffentlichen wir in unserem Geschäftsbericht. Diesen finden Sie auf unserer Internetseite oder Sie können ihn bei uns anfordern.

Die *Überschüsse* werden jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt.

Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

Entstehung von Überschüssen

2 Um Ihre versicherten Leistungen erfüllen zu können, müssen wir unsere Tarife vorsichtig kalkulieren. Wir müssen ausreichend Vorsorge treffen für eine ungünstige Entwicklung der versicherten Risiken und der Kosten. Unsere vorsichtigen Annahmen bezüglich der Entwicklung der versicherten Risiken und der Kosten führen zu *Überschüssen*, an denen wir Sie beteiligen. Des Weiteren beteiligen wir Sie an den Erträgen aus den Kapitalanlagen.

Überschüsse entstehen in der Regel, wenn

- die Aufwendungen für Leistungen niedriger sind, als bei der Tarifkalkulation zugrunde gelegt wurde.
- unsere Kosten niedriger sind, als bei der Tarifkalkulation zugrunde gelegt wurde.
- die Erträge aus den Kapitalanlagen den *Rechnungszins* übersteigen.

Entstehung von Bewertungsreserven

3 *Bewertungsreserven* entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über ihrem jeweiligen handelsrechtlichen Buchwert liegt.

I Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

Überschüsse

1 Den in einem Geschäftsjahr entstandenen *Überschuss* unseres Unternehmens (Rohüberschuss) ermitteln wir nach handels- und aufsichtsrechtlichen Vorschriften. Mit der Feststellung des Jahresabschlusses legen wir fest, welcher Teil des Rohüberschusses für die *Überschussbeteiligung* aller überschussberechtigten Verträge zur Verfügung steht. Dabei beachten wir die aufsichtsrechtli-

chen Vorgaben, derzeit insbesondere die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung).

Den danach zur Verfügung stehenden Teil des Rohüberschusses führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit wir ihn nicht als Direktgutschrift unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungsverträgen gutgeschrieben haben. Sinn dieser Rückstellung für Beitragsrückerstattung ist es, Schwankungen des *Überschusses* über die Jahre auszugleichen. Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dürfen wir grundsätzlich nur für die *Überschussbeteiligung* der *Versicherungsnehmer* verwenden.

Nur in gesetzlich festgelegten Ausnahmefällen können wir hiervon mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde abweichen.

Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrages am *Überschuss* ergeben sich aus der Zuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht.

2 Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum *Überschuss* bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen (z. B. Rentenversicherungen, Risikolebensversicherungen, Berufsunfähigkeitsversicherungen) zu Bestands- und Risikoklassen zusammengefasst. Bestands- und Risikoklassen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen.

Bei der Verteilung des *Überschusses* auf die einzelnen Verträge wenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren an. Wir verteilen den *Überschuss* für die *Versicherungsnehmer* in dem Maß, wie die Bestands- und Risikoklassen zu seiner Entstehung beigetragen haben. Für Bestands- und Risikoklassen, die nicht zur Entstehung des *Überschusses* beigetragen haben, besteht insoweit kein Anspruch auf *Überschussbeteiligung*.

Bewertungsreserven

3 Vor Eintritt des Leistungsfalls fließen die *Bewertungsreserven*, die nach den maßgebenden rechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind (verteilungsfähige *Bewertungsreserve*), den *Versicherungsnehmern* unmittelbar zu. Hierzu wird die Höhe der verteilungsfähigen *Bewertungsreserve* monatlich neu ermittelt. Der so ermittelte Wert wird den Verträgen nach dem in Abschnitt III Absatz 3 beschriebenen Verfahren zugeordnet. Aufsichtsrechtliche Regelungen zur Sicherstellung der dauernden Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus den Verträgen bleiben unberührt.

Nach Eintritt des Leistungsfalls erfolgt eine angemessene Beteiligung an den *Bewertungsreserven*. Das Verfahren ist in Abschnitt VI Absatz 3 beschrieben.

Bemessungsgrößen für die Überschussbeteiligung

4 Die Bemessungsgrößen für die *Überschussbeteiligung* werden nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den in § 3 genannten *Rechnungsgrundlagen* ermittelt.

II Definition des Versicherungsjahres

1 Für die Fälligkeit von Überschussanteilen verweisen wir stets auf den Beginn oder das Ende eines Versicherungsjahres. Hierbei verwenden wir den Begriff „Versicherungsjahr“ wie folgt:

Ein Versicherungsjahr beginnt

- zu Beginn der Versicherung
- zu jedem Jahrestag des Versicherungsbeginns

Ein Versicherungsjahr endet

- am Kalendertag vor jedem Jahrestag des Versicherungsbeginns
- am Kalendertag vor dem Ablauf der jeweiligen Dauer (*Beitragszahlungs-, Versicherungs- oder Leistungsdauer*)

2 Stimmt der Ablauf der jeweiligen Dauer nicht mit einem Jahrestag des Versicherungsbeginns überein, so umfasst das letzte Versicherungsjahr der jeweiligen Dauer einen Zeitraum von weniger als 12 Monaten.

III Bemessungsgrundlage und Fälligkeit für die Überschussbeteiligung während der Anwartschaft

Überschussanteile für beitragspflichtige Versicherungen

1 Sie erhalten laufende Überschussanteile zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres.

Die Bemessungsgröße für die laufenden Überschussanteile ist - abhängig von der vereinbarten Überschussverwendung:

- bei der Überschussverwendung Beitragsverrechnung: der je nach Zahlungsweise vereinbarte Beitrag

- bei der Überschussverwendung verzinsliche Ansammlung: die Summe der Beiträge des am Zuteilungstermin beginnenden Versicherungsjahres.

Außerdem erhalten Sie einen Schlussüberschussanteil bei

- Tod der *versicherten Person* während der *Beitragszahlungsdauer*
- Eintritt des Leistungsfalls während der *Versicherungsdauer*
- vollständiger Kündigung oder *Beitragsfreistellung* oder
- Ablauf der *Beitragszahlungsdauer*.

Bei Ablauf der *Beitragszahlungsdauer* wird ein Schlussüberschussanteil in voller Höhe fällig. Bei Versicherungen mit gegenüber der *Versicherungsdauer* verlängerter *Leistungsdauer* wird der Schlussüberschussanteil im Verhältnis der *Versicherungsdauer* zur *Leistungsdauer* vermindert.

Bei Tod, Eintritt des Leistungsfalls, bei Kündigung oder *Beitragsfreistellung* wird der Schlussüberschussanteil fällig wie er bei Ablauf der *Beitragszahlungsdauer* fällig werden würde, abgezinst für die Anzahl der ausstehenden Jahre der *Beitragszahlungsdauer* und gekürzt im Verhältnis der abgelaufenen Dauer zur gesamten *Beitragszahlungsdauer*.

Die Bemessungsgröße für den Schlussüberschussanteil ist die Summe der Bruttojahresbeiträge.

Überschussanteile für beitragsfreie anwartschaftliche Versicherungen

2 Sie erhalten am Ende eines jeden Versicherungsjahres Zinsüberschussanteile.

Bemessungsgröße für die Zinsüberschussanteile ist das Deckungskapital zu Beginn des am Zuteilungstermin abgelaufenen Versicherungsjahres.

Beteiligung an den Bewertungsreserven

3 Sie werden an den *Bewertungsreserven* beteiligt; die Zuteilung für Ihre Versicherung erfolgt bei

- Tod der *versicherten Person* während der *Versicherungsdauer*
- Eintritt des Leistungsfalls während der *Versicherungsdauer*
- Ablauf der *Versicherungsdauer* oder
- vollständiger Kündigung (siehe § 21 Absatz 4). Eine Zuteilung erfolgt nur, wenn keine Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung möglich ist (siehe § 21 Absatz 2).

Die Bemessungsgröße für Ihren Anteil an der verteilungsfähigen *Bewertungsreserve* ist die Summe der Kapitalerträge der bisher abgelaufenen anwartschaftlichen *Versicherungsdauer*.

Der Kapitalertrag eines Versicherungsjahres besteht dabei aus

- den rechnungsmäßigen Zinsen auf das Deckungskapital nach § 21 Absatz 5 und gegebenenfalls den Zinsüberschüssen auf dieses Deckungskapital
- und
- den Ansammlungsüberschüssen auf das erreichte Überschussguthaben.

Ausnahme:

Haben Sie die Überschussverwendung Beitragsverrechnung gewählt, werden die Zinsüberschüsse bei der Ermittlung der Bemessungsgröße Ihrer Versicherung nicht berücksichtigt.

Zum 1. Oktober eines jeden Kalenderjahres wird für jede anspruchsberechtigte Versicherung ein Verteilungsschlüssel für die Beteiligung an der verteilungsfähigen *Bewertungsreserve* ermittelt. Der Verteilungsschlüssel für Ihre Versicherung ist das Verhältnis der Summe der Kapitalerträge Ihrer Versicherung zur Summe der Kapitalerträge aller anspruchsberechtigten Versicherungen. Der so ermittelte Verteilungsschlüssel gilt für das gesamte folgende Kalenderjahr.

Zum Zuteilungstermin der *Bewertungsreserve* Ihrer Versicherung erhalten Sie die Hälfte Ihres anhand dieses Verteilungsschlüssels ermittelten Anteils an der verteilungsfähigen *Bewertungsreserve*, die an dem zugehörigen Stichtag vorhanden ist.

Die Stichtage für die Ermittlung der Höhe der verteilungsfähigen *Bewertungsreserve* sind bei

- Tod der *versicherten Person* während der *Versicherungsdauer*: der vierte Tag des Monats des Eingangs der Meldung des Todesfalls

- Eintritt des Leistungsfalls der *versicherten Person* während der *Versicherungsdauer*: der vierte Tag des Monats vor Leistungsbeginn
- Ablauf der *Versicherungsdauer*: der vierte Tag des letzten Monats vor Ablauf der *Versicherungsdauer*
- vollständiger Kündigung: der vierte Tag des letzten Monats vor dem Wirkungsdatum der Kündigung.

Sofern der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rentenzahlung nach § 1 Absatz 3 vor Ablauf der *Versicherungsdauer* erlischt, beginnt zum Zeitpunkt der Einstellung der Leistung nach § 12 Absatz 4 erneut das zuvor beschriebene Verfahren für die Beteiligung an den *Bewertungsreserven*.

IV Rechnungsgrundlagen für die Verwendung der Überschussbeteiligung

1 Jeder Verwendung eines Überschussanteils oder der Beteiligung an den *Bewertungsreserven* zur Bildung einer zusätzlichen Rente (siehe Abschnitte V und VI) können wir die zum jeweiligen Zuteilungszeitpunkt aktuellen *Rechnungsgrundlagen* zugrunde legen (siehe § 3).

2 Die Verwendung aktueller *Rechnungsgrundlagen* hat wirtschaftliche Konsequenzen. Diese werden in § 3 erläutert.

V Verwendung der Überschussbeteiligung während der Anwartschaft Überschussanteile

1 Die laufenden Überschussanteile bei beitragspflichtigen Versicherungen werden, abhängig von der vereinbarten Überschussverwendung

- mit den gezahlten Beiträgen des laufenden Versicherungsjahres verrechnet oder
- zur verzinslichen Ansammlung (Bildung eines Überschussguthabens) verwendet.

Der Schlussüberschussanteil wird grundsätzlich ausgezahlt. Nur bei Eintritt des Leistungsfalls, *Beitragsfreistellung* bzw. Ablauf einer gegenüber der *Versicherungsdauer* abgekürzten *Beitragszahlungsdauer* wird der Schlussüberschussanteil zur Erhöhung des Überschussguthabens verwendet.

2 Die Zinsüberschussanteile bei beitragsfreien Versicherungen werden zur verzinslichen Ansammlung (Bildung eines Überschussguthabens) verwendet.

3 Die für Ihre Versicherung vereinbarte Überschussverwendung ist in Ihrem *Versicherungsschein* dokumentiert.

Bildung eines Überschussguthabens

4 Die Überschussanteile werden zu Beginn eines Versicherungsjahres dem Überschussguthaben zugeschlagen. Das Guthaben seinerseits wird jährlich mit einem Ansammlungsüberschussanteilsatz verzinst.

Das Überschussguthaben wird ausgezahlt bei

- Tod der *versicherten Person* während der *Versicherungsdauer*
- vollständiger Kündigung der Versicherung (siehe § 21 Absatz 4) oder
- Ablauf der *Versicherungsdauer*.

Bewertungsreserven

5 Wird Ihrem Vertrag eine Beteiligung an den *Bewertungsreserven* zugeteilt (siehe Abschnitt III Absatz 3), so wird dieser Betrag grundsätzlich ausgezahlt. Nur bei Eintritt des Leistungsfalls wird der Betrag zur Erhöhung des Überschussguthabens verwendet.

VI Bemessungsgrundlage, Fälligkeit und Verwendung der Überschussbeteiligung im Leistungsbezug Bemessungsgrundlage und Fälligkeit der Überschussanteile

1 Sie erhalten am Ende eines jeden Versicherungsjahres Zinsüberschussanteile.

Die Bemessungsgröße für die Zinsüberschussanteile ist das am Zuteilungstermin vorhandene Deckungskapital der Versicherung.

Verwendung der Überschussanteile

2 Die auf die Grundfähigkeitsrente entfallenden Zinsüberschussanteile werden zur Bildung von zusätzlichen beitragsfreien Bonusrenten verwendet, die die laufende Grundfähigkeitsrente erhöhen. Am Ende des Versicherungsjahres, in dem der Leistungsfall eingetreten ist, erfolgt die Erhöhung jedoch nur anteilig für die zurückgelegten vollen Monate des Leistungsbezuges.

Bewertungsreserven

3 Sie erhalten am Ende eines jeden Versicherungsjahres Bewertungsreservenüberschussanteile.

Die Bemessungsgröße für die Bewertungsreservenüberschussanteile entspricht der Bemessungsgröße für die Zinsüberschussanteile nach Absatz 1.

Die Bewertungsreservenüberschussanteile werden wie die Zinsüberschussanteile nach Absatz 2 verwendet.

VII Verwendung eines gegebenenfalls vorhandenen Überschussguthabens

1 Bei Eintritt des Leistungsfalls bleibt ein vorhandenes Überschussguthaben bestehen.

2 Das Überschussguthaben wird nach Abschnitt V Absatz 4 weiter verzinst.

§ 6 Wie kommt Ihr Vertrag zustande und wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

1 Ihr Vertrag kann auf unterschiedliche Weise zustande kommen:

Antragsverfahren

• Wenn Sie einen Antrag auf Abschluss eines Vertrages (Vertragserklärung) in *Textform* stellen, kommt der Vertrag zustande, sobald Ihnen unsere Annahmeerklärung oder der *Versicherungsschein* in *Textform* zugegangen ist.

Invitativverfahren

• Wenn Sie von uns in *Textform* ein Angebot auf Abschluss eines Vertrages erhalten und Sie dieses Angebot annehmen, kommt der Vertrag zustande, sobald uns Ihre Annahmeerklärung (Vertragserklärung) in *Textform* zugegangen ist.

2 Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag zustande gekommen ist (siehe Absatz 1). Jedoch besteht vor dem im *Versicherungsschein* angegebenen Versicherungsbeginn kein Versicherungsschutz.

Allerdings kann unsere Leistungspflicht entfallen, wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen (siehe § 16 Absätze 2 und 3 und § 17).

§ 7 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

1 Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu dem Verlust einer Grundfähigkeit oder dem Eintritt der Pflegebedürftigkeit gekommen ist.

2 Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist der Verlust einer Grundfähigkeit aufgrund von

- psychischen Beeinträchtigungen oder
- Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch.

Der Ausschluss des Versicherungsschutzes aufgrund von psychischen Beeinträchtigungen gilt jedoch nicht bei den versicherten Grundfähigkeiten:

- Eigenverantwortliches Handeln (Gesetzliche Betreuung) (siehe § 2 Absatz 4 t))
- Intellekt (Geistige Leistungsfähigkeit) (siehe § 2 Absatz 4 u))

Der Ausschluss des Versicherungsschutzes aufgrund von Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch gilt jedoch nicht bei den versicherten Grundfähigkeiten:

- Sehen (siehe § 2 Absatz 4 a))
- Sprechen (siehe § 2 Absatz 4 b))
- Hören (siehe § 2 Absatz 4 c))
- Armgebrauch (siehe § 2 Absatz 4 d))
- Handgebrauch (siehe § 2 Absatz 4 e))
- Greifen (siehe § 2 Absatz 4 f))
- Gehen (siehe § 2 Absatz 4 g))
- Treppensteigen (siehe § 2 Absatz 4 h))
- Stehen (siehe § 2 Absatz 4 i))

- Sitzen (siehe § 2 Absatz 4 j))
- Knien und Erheben (siehe § 2 Absatz 4 k))
- Bücken und Erheben (siehe § 2 Absatz 4 l))
- Heben und Tragen (siehe § 2 Absatz 4 m))
- Schreiben (siehe § 2 Absatz 4 o))
- Nutzung Smartphone (siehe § 2 Absatz 4 p))

Bei der Grundfähigkeit Gleichgewichtssinn (siehe § 2 Absatz 4 n)) besteht ebenfalls grundsätzlich Versicherungsschutz bei Verlust dieser Grundfähigkeit aufgrund von Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch. Der Versicherungsschutz ist jedoch ausgeschlossen, für den Fall, dass der Verlust des Gleichgewichtssinnes aufgrund einer Polyneuropathie entstanden ist, die auf einen Alkoholmissbrauch zurückzuführen ist.

3 Wir leisten ebenfalls nicht, wenn der Verlust einer Grundfähigkeit oder die Pflegebedürftigkeit verursacht ist:

- a) unmittelbar oder mittelbar durch
 - Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse, es sei denn, dass den Verlust der Grundfähigkeit oder die Pflegebedürftigkeit verursachende Ereignis tritt während eines Aufenthaltes der *versicherten Person* außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ein, und die *versicherte Person* war an den kriegerischen Ereignissen nicht aktiv beteiligt
 - innere Unruhen, sofern die *versicherte Person* aufseiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- b) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die *versicherte Person*; fahrlässige und grob fahrlässige Verstöße, z. B. im Straßenverkehr, sind hiervon nicht betroffen;
- c) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
- d) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als *Versicherungsnehmer* oder der *Bezugsberechtigte* vorsätzlich den Verlust einer Grundfähigkeit oder die Pflegebedürftigkeit der *versicherten Person* herbeigeführt haben;
- e) durch Strahlen aufgrund von Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden, dass zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder eine vergleichbare Einrichtung tätig wurde. Wenn die *versicherte Person* berufsmäßig diesem Risiko ausgesetzt ist, werden wir leisten;
- f) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen bei terroristischen Akten oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen bei terroristischen Akten, sofern durch den Einsatz oder das Freisetzen billigend in Kauf genommen wird, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und es infolge des Einsatzes oder des Freisetzens zu einer nicht kalkulierbaren Häufung von Leistungsfällen in einer Höhe kommt, bei der die Erfüllbarkeit nicht betroffener Verträge nicht mehr gewährleistet werden kann und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.

§ 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 - zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.

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

Rechtsfolgen der Anzeigepflichtverletzung

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

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

Rücktritt

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

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

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

war.

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

7 Wenn der Vertrag durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir den Rückkaufswert, soweit ein solcher anfällt (siehe § 21 Absätze 5 und 6; die Regelung des § 21 Absatz 5 Satz 2 und 3 gilt nicht). Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

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

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

10 Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt er sich nach Maßgabe des § 21 Absätze 10 bis 12 in einen beitragsfreien Vertrag um.

Vertragsanpassung

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

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

- wir im Rahmen der Vertragsanpassung den Beitrag um mehr als 10 % erhöhen oder
- wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

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

Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

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

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

15 Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

16 Nach Ablauf von 5 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 10 Jahre.

Anfechtung

17 Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrages durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist. Handelt es sich um Angaben der *versicherten Person*, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Absatz 7 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung/Wiederinkraftsetzung der Versicherung

18 Die Absätze 1 bis 17 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert oder wieder in Kraft gesetzt wird und deshalb eine erneute Gesundheitsprüfung vorgenommen wird. Die Fristen nach Absatz 16 beginnen mit der Änderung oder Wiederinkraftsetzung des Vertrages bezüglich des geänderten oder wieder in Kraft gesetzten Teils neu.

Erklärungsempfänger

19 Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsanpassung sowie zur Anfechtung üben wir durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben.

Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Tod ein *Bezugsberechtigter* als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist kein *Bezugsberechtigter* vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des *Versicherungsscheins* als bevollmächtigt ansehen, die Erklärung entgegenzunehmen.

Auszahlung von Leistungen

§ 9 Was müssen Sie beachten, wenn Sie eine Leistung erhalten möchten?

1 Wird eine Leistung aus dem Vertrag beansprucht, müssen uns auf Kosten des Anspruchserhebenden folgende Auskünfte, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, gegeben und Nachweise vorgelegt werden:

- a) eine Darstellung der Ursache für den Verlust der Grundfähigkeit oder den Eintritt der Pflegebedürftigkeit;
- 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 Verlusts der Grundfähigkeit oder über die Anzahl der Verrichtungen (siehe § 2 Absätze 5 und 6) bei Pflegebedürftigkeit;

Der Verlust einer Grundfähigkeit ist durch geeignete medizinische Befunde eines Facharztes der entsprechenden Fachrichtung (z. B. Chirurgie, Neurologie, Orthopädie) nachzuweisen.

- c) Angaben über Einkommen aus beruflicher Tätigkeit;
- d) bei Anordnung gesetzlicher Betreuung der gerichtliche Bestel-
lungsbeschluss oder der Betreuerausweis;
- e) bei Verlust der Grundfähigkeit Autofahren der Nachweis über
den Entzug der Fahrerlaubnis und ein verkehrsmedizinisches
Gutachten, aus dem die gesundheitlichen Gründe, die zum Ent-
zug geführt haben, hervorgehen;
- f) bei Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Per-
son oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art
und Umfang der Pflege;
- g) bei einer Demenz nach § 2 Absatz 8 zusätzlich ein Gutachten
eines Facharztes für Neurologie, welches auf Basis einer aus-
führlichen Befunderhebung mit körperlicher sowie psychopatho-
logischer Untersuchung und unter Verwendung psychometri-
scher Tests erstellt wurde;
- h) eine Aufstellung
 - der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtun-
gen 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, Erwerbs-
unfähigkeit, Erwerbsminderung, Pflegebedürftigkeit oder dem
Verlust einer Grundfähigkeit geltend machen könnte.

Darüber hinaus können wir verlangen, dass uns die Auskunft nach
§ 23 gegeben wird.

2 Wir können außerdem auf unsere Kosten weitere ärztliche
Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwen-
dige Nachweise verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte
und Aufklärungen.

Hält sich die *versicherte Person* im Ausland auf, können wir verlan-
gen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in der Bun-
desrepublik Deutschland durchgeführt werden. In diesem Fall über-
nehmen wir die Untersuchungskosten sowie die Reise- und
Aufenthaltskosten. Von den Reisekosten werden jedoch höchstens
die Kosten der Bahnfahrt 2. Klasse bzw. die Flugkosten für Flüge in
der Economyklasse erstattet. Die Übernachtungskosten werden
von uns höchstens bis zu einem Betrag von 75 EUR pro Übernach-
tung übernommen.

3 Unsere Leistungen werden fällig, nachdem wir die Erhebung-
en abgeschlossen haben, die zur Feststellung des *Versicherungs-
falls* 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.

4 Die *versicherte Person* ist im Rahmen der Mitwirkungspflich-
ten verpflichtet

- zumutbare Hilfsmittel zu verwenden (z. B. Seh- und Hörhilfen,
Prothesen) und
- sich zumutbaren Heilbehandlungen und Maßnahmen zu unterzie-
hen,

soweit durch diese der Verlust einer Grundfähigkeit oder der Eintritt
der Pflegebedürftigkeit vermieden werden kann bzw. die Grundfä-
higkeit wiedererlangt werden kann oder die Pflegebedürftigkeit
dadurch entfällt.

Zumutbar sind solche Hilfsmittel, Heilbehandlungen und Maßnah-
men, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbun-
den sind. Hilfsmittel, Heilbehandlungen und Maßnahmen, die mit
einem operativen Eingriff verbunden sind, sehen wir in diesem
Zusammenhang nicht als zumutbar an.

5 Bei Fälligkeit einer Leistung werden wir etwaige Beitragsrück-
stände verrechnen.

6 Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtig-
ten auf seine Kosten. Bei Überweisungen von Leistungen in Länder
außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums trägt die empfangs-
berechtigte Person auch die damit verbundene Gefahr.

§ 10 Wie unterstützen wir Sie im Leistungsfall?

Wir unterstützen und beraten Sie im Leistungsfall. Insbesondere
bei Fragen

- zur Beantragung von Versicherungsleistungen,
- zum Verfahren der Leistungsprüfung,
- zum Umfang der Versicherungsleistung,
- zum Nachweis des Verlusts einer Grundfähigkeit und der Pflege-
bedürftigkeit sowie
- zu den beizubringenden Unterlagen

stehen wir Ihnen auch telefonisch zur Verfügung. Darüber hinaus
erhalten Sie die nötigen Formulare, um Leistungen zu beantragen.

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

1 Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns bei-
gezogenen Unterlagen (siehe § 9) erklären wir in *Textform*, ob und
in welchem Umfang wir eine Leistungspflicht anerkennen.

2 Diese Erklärung geben wir innerhalb von 5 Arbeitstagen ab,
nachdem uns die in Absatz 1 genannten Unterlagen vorliegen.
Solange Unterlagen noch ausstehen, informieren wir Sie spätes-
tens alle 4 Wochen über den aktuellen Bearbeitungsstand.

3 Grundsätzlich sprechen wir keine zeitlich befristeten Aner-
kenntnisse aus. Wir können aber in begründeten Einzelfällen, in
denen einem unbefristeten Anerkenntnis sachliche Gründe entge-
genstehen, einmalig ein auf maximal 12 Monate zeitlich befristetes
Anerkenntnis aussprechen. Gründe hierfür können beispielsweise
sein, dass die Leistungsprüfung aufgrund fehlender medizinischer
Untersuchungen oder Begutachtungen noch nicht abschließend
erfolgen kann oder ein Wiedererlangen der Grundfähigkeit oder ein
Ende der Pflegebedürftigkeit zu erwarten ist (z. B. aus medizini-
schen Gründen). Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich befristete
Anerkenntnis für uns bindend. Während dieses Zeitraums verzich-
ten wir auf die Nachprüfung (siehe § 12 Absätze 1 bis 2).

§ 12 Was gilt nach Anerkennung unserer Lei- stungspflicht?

Nachprüfung

1 Wenn wir unsere Leistungspflicht unbefristet anerkannt haben
oder sie gerichtlich festgestellt worden ist, sind wir berechtigt, das
Fortbestehen des Verlusts der Grundfähigkeit oder der Pflegebe-
dürftigkeit nachzuprüfen.

2 Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Aus-
künfte anfordern und einmal jährlich verlangen, dass sich die *versi-
cherte Person* durch von uns zu beauftragende Ärzte umfassend
untersuchen lässt. Hierbei anfallende Kosten sind von uns zu tra-
gen. Die Bestimmungen des § 9 Absatz 2 gelten entsprechend.

Mitteilungspflicht

3 Sie müssen uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes
Zögern) mitteilen, wenn

- der Verlust der Grundfähigkeit nicht mehr gegeben ist oder
- keine Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt.

Leistungsfreiheit

4 Wir sind leistungsfrei, wenn wir feststellen, dass die in
§ 1 und § 2 genannten Voraussetzungen der Leistungspflicht ent-
fallen sind und wir Ihnen diese Veränderung in *Textform* darlegen.
Unsere Leistungen können wir mit Ablauf des dritten Monats nach
Zugang unserer Erklärung bei Ihnen einstellen. Ab diesem Zeit-
punkt müssen Sie auch die Beiträge wieder zahlen, sofern die *Bei-
tragszahlungsdauer* noch nicht abgelaufen ist. Fällt dieser Termin
nicht auf einen Beitragsfälligkeitstermin, wird für den Zeitraum bis
zur nächsten Beitragsfälligkeit nur ein anteiliger Beitrag fällig.

§ 13 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwir- kungspflichten?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 9 Absatz 4 oder § 12 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 Lei-
stungen in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden
Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir Sie durch geson-
derte Mitteilung in *Textform* auf diese Rechtsfolge hingewiesen
haben.

Weisen Sie uns nach, dass die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt worden ist, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen.

Die Ansprüche bleiben auch bestehen, soweit Sie uns nachweisen, dass die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Das gilt nicht, wenn die Mitwirkungspflicht arglistig verletzt wird.

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

§ 14 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 Vertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber der Urkunde seine Berechtigung nachweist.

§ 15 Wer erhält die Leistung?

1 Als unser *Versicherungsnehmer* können Sie bestimmen, wer die Leistung erhält. Gegebenenfalls bedarf es hierzu zusätzlich einer Zustimmung Dritter. Wenn Sie keine Bestimmung treffen, leisten wir an Sie.

Bezugsberechtigung

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

Wenn Sie ein Bezugsrecht widerruflich bestimmen, erwirbt der *Bezugsberechtigte* das Recht auf die Leistung erst mit dem Eintritt des *Versicherungsfalls*. Deshalb können Sie Ihre Bestimmung bis zum Eintritt des *Versicherungsfalls* jederzeit widerrufen.

Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der *Bezugsberechtigte* sofort und unwiderruflich das Recht auf die Leistung erhält. Sobald uns Ihre Erklärung zugegangen ist, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des unwiderruflich *Bezugsberechtigten* geändert werden.

Abtretung und Verpfändung

3 Ansprüche auf Rentenleistungen aus diesem Vertrag können Sie nicht abtreten oder verpfänden. Soweit darüber hinaus eine Abtretung oder Verpfändung rechtlich möglich ist, gelten die Ausführungen in Absatz 4.

Anzeige

4 Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts (siehe Absatz 2) sowie die Abtretung und die Verpfändung (siehe 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.

Beiträge und Kosten

§ 16 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

1 Die Beiträge zu Ihrem Vertrag können Sie je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich zahlen.

2 Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) nach Abschluss des Vertrages zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im *Versicherungsschein* angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden jeweils zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig (Fälligkeitstag).

Die Versicherungsperiode umfasst bei Jahreszahlung ein Jahr, ansonsten entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.

Bei vollständig beitragsfreien Verträgen umfasst die Versicherungsperiode einen Monat.

Sofern zwischen dem Fälligkeitstag des letzten Beitrags und dem Ablauf der *Beitragszahlungsdauer* keine volle Versicherungsperiode liegt, so wird am letzten Fälligkeitstag nur ein anteiliger Beitrag fällig.

3 Sie haben den Beitrag rechtzeitig gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag (siehe Absatz 2) alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht.

Wenn die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart wurde, 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 Zahlungsaufforderung erfolgt.

Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

4 Sie müssen die Beiträge auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten zahlen.

5 Bei Fälligkeit einer Leistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

§ 17 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. In diesem Fall können wir von Ihnen die Kosten für ärztliche Untersuchungen im Rahmen einer Gesundheitsprüfung verlangen. Wir sind nicht zum Rücktritt berechtigt, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.

2 Ist der erste Beitrag bei Eintritt des *Versicherungsfall*es noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Dies gilt nur, wenn wir Sie

- durch eine 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 Zahlen Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig können wir Ihnen auf Ihre Kosten in *Textform* eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens 2 Wochen betragen.

4 Für einen *Versicherungsfall*, der nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintritt, entfällt oder vermindert sich der Versicherungsschutz, wenn Sie sich bei Eintritt des *Versicherungsfall*es noch mit der Zahlung in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

5 Nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn Sie sich noch immer mit den Beiträgen, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Sie wird dann automatisch mit dem 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.

6 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 die Kündigung unwirksam und der Vertrag besteht fort. Für *Versicherungsfälle*, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Zahlung eintreten, besteht kein oder nur ein verminderter Versicherungsschutz.

7 Wir sind nach § 38 Absatz 1 VVG berechtigt für die Fristsetzung bei Nichtzahlung eines Folgebeitrages (siehe Absatz 3) eine Gebühr zu erheben. Diese Gebühr beträgt 15 EUR. Wir haben uns der Bemessung der Gebühr an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand orientiert.

Der Nachweis der Angemessenheit der von uns erhobenen Gebühr obliegt uns.

Wenn Sie uns aber nachweisen, dass die der Bemessung zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder

- dem Grunde nach nicht zutreffen oder
- der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern sind,

entfällt die Gebühr oder wird entsprechend herabgesetzt.

§ 18 Welche Möglichkeiten haben Sie, wenn Sie Ihren Beitrag nicht mehr zahlen können?

Stundung

1 Wenn Sie einen entsprechenden Antrag in *Textform* stellen, werden Ihnen die Beiträge für bis zu 24 Monate zinslos gestundet. In dem Stundungszeitraum müssen Sie keine Beiträge zahlen. Ihr Versicherungsschutz bleibt für diesen Zeitraum in vollem Umfang bestehen.

Eine Stundung ist möglich, wenn der Vertrag

- seit mindestens 12 Monaten besteht,
- Sie die Beiträge für diesen Zeitraum vollständig bezahlt haben und
- die *Versicherungsdauer* ab Beginn der Stundung noch mindestens 5 Jahre beträgt.

Beträgt die *Versicherungsdauer* ab Beginn der Stundung weniger als 5 Jahre, können Sie bei Vorliegen der übrigen soeben genannten Voraussetzungen dennoch stunden, wenn Sie sich in einer gesetzlichen Elternzeit befinden, Sie sich in Kurzarbeit befinden oder Sie arbeitslos sind. Sie müssen uns die Elternzeit, die Kurzarbeit oder die Arbeitslosigkeit nachweisen, z. B. durch einen Bescheid der zuständigen Agentur für Arbeit. Endet die Elternzeit, die Kurzarbeit oder die Arbeitslosigkeit während des Stundungszeitraums, müssen Sie uns dies unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) anzeigen.

Eine Stundung der Beitragszahlung ist während der Vertragslaufzeit mehrfach möglich, wenn

- die zuvor genannten Voraussetzungen erfüllt werden und
- die gestundeten Beiträge aus einer früheren Stundung vollständig beglichen wurden

Nachzahlung der gestundeten Beiträge

2 Nach dem Ablauf des Stundungszeitraumes müssen Sie die gestundeten Beiträge nachzahlen. Dies kann in Form einer einmaligen Zahlung oder, wenn Sie einen entsprechenden Antrag in *Textform* stellen, in höchstens 48 monatlichen Raten erfolgen. Wenn Sie während einer vereinbarten Ratenzahlung eine Vertragsänderung wünschen, werden wir Sie über die bestehenden Möglichkeiten für Ihren Vertrag informieren.

3 Wenn Sie die gestundeten Beiträge nicht vollständig nachzahlen, bieten wir Ihnen auf Ihren in *Textform* gestellten Antrag an, dass die ausstehenden Beiträge durch eine Vertragsänderung ausgeglichen werden. Infolge dieser Vertragsänderung wird die vereinbarte Grundfähigkeitsrente nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik und den *Rechnungsgrundlagen* für die Tarifikalkulation nach § 3 herabgesetzt.

Die Herabsetzung ist jedoch nur möglich, wenn die herabgesetzte Grundfähigkeitsrente nach dieser Vertragsänderung mindestens 50 EUR monatlich beträgt. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang die Regelungen in § 21 Absatz 15.

Herabsetzung des Beitrages

4 Wenn Sie einen entsprechenden Antrag in *Textform* stellen, werden wir Ihren Beitrag zu Beginn der nächsten Versicherungsperiode herabsetzen, die auf den Eingang Ihres Antrages bei uns folgt. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang die Regelungen

in § 21 Absätze 13 bis 15.

Beitragspause

5 Sie haben grundsätzlich das Recht, Ihre Beitragszahlung frühestens nach Ablauf des vierten Versicherungsjahres zu Beginn einer jeden Versicherungsperiode durch eine Mitteilung in *Textform* für einen festen Zeitraum von höchstens 12 Monaten auszusetzen. Wir führen Ihren Vertrag während dieser Zeit als beitragsfreie Versicherung nach § 21 Absätze 10 bis 12 mit herabgesetzter Grundfähigkeitsrente fort.

6 Für die Leistung einer eventuell eingeschlossenen Worst-Case Kapitalhilfe gelten ab dem Beginn der Beitragspause die gleichen Bestimmungen wie bei einer *Beitragsfreistellung* (siehe § 6 Absatz 3 der Bedingungen für die Worst-Case Kapitalhilfe).

7 Ihr Recht auf Beitragspause besteht nur, wenn

- die Beitragspause vor Ablauf der *Beitragszahlungsdauer* Ihrer Versicherung endet und
- die nach § 21 Absätze 10 bis 12 herabgesetzte Grundfähigkeitsrente die Mindestrente von 50 EUR monatlich erreicht.

8 Tritt der *Versicherungsfall* in der Grundfähigkeitsversicherung oder einer eventuell eingeschlossenen Worst-Case Kapitalhilfe während der Beitragspause ein, führen wir Ihren Vertrag ab dessen Eintritt dauerhaft - also auch nach Ablauf der Beitragspause - beitragsfrei fort.

Wir leisten die vereinbarte Grundfähigkeitsrente nur in der durch die Beitragspause herabgesetzten Höhe. Entfällt unsere Leistungspflicht während der *Leistungsdauer*, ist die Wiederaufnahme der Beitragszahlung nur mit erneuter Gesundheitsprüfung möglich.

Aus einer eingeschlossenen Worst-Case Kapitalhilfe wird nur die durch die Beitragspause herabgesetzte Versicherungssumme gezahlt. Wenn wir die Versicherungssumme gezahlt haben, endet die Worst-Case Kapitalhilfe. Sie kann - auch nach Ablauf der Beitragspause - nicht wieder in Ihren Vertrag eingeschlossen werden.

Das Recht auf Erhöhung aus einer gegebenenfalls eingeschlossenen Dynamik oder Ausbaugarantie sowie das gegebenenfalls vereinbarte Umtauschrecht (EXKLUSIV-Option) setzt für den Zeitraum der Beitragspause aus.

9 Bei Inanspruchnahme der Beitragspause erfolgt kein Abzug nach § 21 Absatz 7.

10 Nach Ablauf der Beitragspause führen wir Ihren Vertrag ohne erneute Gesundheitsprüfung beitragspflichtig fort. Sie müssen dann den Beitrag in der vor der Beitragspause vereinbarten Höhe entsprechend den vertraglichen Fälligkeiten wieder zahlen, sofern der *Versicherungsfall* in der Grundfähigkeitsversicherung oder einer eventuell eingeschlossenen Worst-Case Kapitalhilfe während der Beitragspause nicht eingetreten ist (siehe Absatz 8).

Die Höhe der nach Ablauf der Beitragspause bestehenden versicherten Grundfähigkeitsrente und der Versicherungssumme einer eventuell eingeschlossenen Worst-Case Kapitalhilfe berechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik und den *Rechnungsgrundlagen* für die Tarifikalkulation nach § 3. Dabei bleibt das vor Beginn der Beitragspause vereinbarte Verhältnis der Grundfähigkeitsrente zur Versicherungssumme der Worst-Case Kapitalhilfe erhalten. Die während der Beitragspause herabgesetzte versicherte Grundfähigkeitsrente und die herabgesetzte Versicherungssumme aus einer vorhandenen Worst-Case Kapitalhilfe erhöhen sich daher wieder. Sie erreichen wegen der während der Zeit der Beitragspause nicht gezahlten Beiträge jedoch nicht mehr die Höhe, die vor der Beitragspause vereinbart waren.

Nach Ablauf der Beitragspause wird die Wartezeit von 3 Monaten der Worst-Case Kapitalhilfe (siehe § 1 Absatz 2 der Bedingungen für die Worst-Case Kapitalhilfe) erneut in Lauf gesetzt. Dies gilt jedoch nur für den Teil der Versicherungssumme der Worst-Case Kapitalhilfe, der infolge des Ablaufs der Beitragspause wieder erhöht wurde.

Eine gegebenenfalls bei Beginn der Beitragspause ausgesetzte Dynamik, Ausbaugarantie bzw. EXKLUSIV-Option wird wieder in Kraft gesetzt.

11 Eine Beitragspause kann unter den Voraussetzungen des Absatzes 7 während der Vertragslaufzeit mehrfach in Anspruch genommen werden. Zwischen dem Ablauf einer Beitragspause und dem Beginn einer neuen Beitragspause müssen jedoch mindestens zwei volle beitragspflichtige Versicherungsjahre liegen.

§ 19 Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?

1 Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Diese sind bei der Kalkulation Ihres Beitrages und Ihrer Leistungen berücksichtigt. Es handelt sich um Abschlusskosten sowie übrige Kosten.

Zu den Abschlusskosten gehören insbesondere Abschlussprovisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschlusskosten die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen. Bei den übrigen Kosten handelt es sich vollständig um Verwaltungskosten. Diese werden über die gesamte Vertragslaufzeit erhoben.

Die Höhe der einkalkulierten Abschlusskosten sowie die Höhe der auf Beiträge und gezahlte Renten entfallenden übrigen Kosten können Sie dem vor Vertragsschluss ausgehändigten Informationsblatt zu Versicherungsprodukten entnehmen.

Abschlusskosten

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

Folgen der Verteilung der Abschlusskosten

3 Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihres Vertrages nur der gesetzlich vorgeschriebene Mindestwert (siehe § 21 Absatz 5) zur Bildung eines Rückkaufwertes bzw. zur Bildung einer beitragsfreien Grundfähigkeitsrente vorhanden ist. Der gesetzlich vorgeschriebene Mindestwert ist dann mindestens der Wert, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der Abschlusskosten auf die ersten 5 Jahre der *Versicherungsdauer* ergibt. Sofern die *Versicherungsdauer* weniger als 5 Jahre beträgt, werden die Abschlusskosten auf die *Versicherungsdauer* verteilt.

Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen keine oder nur geringe Mittel für die Bildung eines Rückkaufwertes bzw. einer beitragsfreien Grundfähigkeitsrente zur Verfügung.

4 Die Höhe der beitragsfreien Grundfähigkeitsrente und der beitragsfreien Versicherungssumme einer eventuell eingeschlossenen Worst-Case Kapitalhilfe können Sie der Tabelle der Leistungen bei Beitragsfreistellung in Ihrem *Versicherungsschein* entnehmen.

Soweit bei Ihrer Versicherung eine Leistung bei Kündigung nach § 21 Absatz 4 fällig wird, können Sie die Höhe

- des Rückkaufwertes nach § 169 VVG,
 - des Abzuges
- und
- des Rückkaufwertes, verringert um den Abzug

der Tabelle der Rückkaufwerte entnehmen.

5 Die in den Tabellen genannten Werte garantieren wir Ihnen unter der Voraussetzung, dass Sie die vertraglich vereinbarten Beiträge laufend gezahlt haben, also keine Beitragsrückstände bestehen.

§ 20 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

1 In folgenden Fällen stellen wir Ihnen die durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschale Gebühr gesondert in Rechnung:

- Erteilung einer Ersatzurkunde für den *Versicherungsschein* oder Abschriften des *Versicherungsscheines*
- Änderung der Zahlungsweise

- Produktgruppenwechsel
- Versicherungsnehmerwechsel
- Entnahme aus Überschusswerten
- Änderung Bezugsrecht
- nachträglicher Einschluss einer Dynamik
- Rückläufer im Lastschriftverfahren
- Bearbeitung von Abtretungen, Verpfändungen und Pfändungen

Die Höhe der Gebühren können Sie der vor Vertragsschluss ausgehändigten Gebührenübersicht entnehmen.

2 Wir haben uns bei der Bemessung der pauschalen Gebühr an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand orientiert.

Der Nachweis der Angemessenheit der von uns erhobenen Gebühren obliegt uns.

Wenn Sie uns aber nachweisen, dass die der Bemessung zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder

- dem Grunde nach nicht zutreffen oder
 - der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern sind,
- entfällt die Gebühr oder wird entsprechend herabgesetzt.

Kündigung und Beitragsfreistellung

§ 21 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen oder beitragsfrei stellen und welche Auswirkungen hat dies auf unsere Leistungen?

Kündigung

1 Sie können Ihren Vertrag während der *Beitragszahlungsdauer* jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode in *Textform* vollständig oder teilweise kündigen.

Eine Kündigung ist jedoch ausgeschlossen, solange wir Leistungen wegen des Verlusts einer Grundfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit zahlen.

Vollständige Kündigung

2 Bei einer vollständigen Kündigung stellen wir Ihren Vertrag grundsätzlich vollständig beitragsfrei. Nähere Informationen zur vollständigen *Beitragsfreistellung* können Sie den Absätzen 10 und 11 entnehmen. Wenn allerdings die in Absatz 12 genannten Voraussetzungen nicht erfüllt sind, erhalten Sie die Leistung bei Kündigung nach Absatz 4. In diesem Fall endet der Vertrag.

Teilweise Kündigung

3 Bei einer teilweisen Kündigung wird Ihr Vertrag mit herabgesetztem Beitrag und einer herabgesetzten Grundfähigkeitsrente fortgesetzt. Die Folgen einer teilweisen Kündigung auf Ihren Vertrag sind identisch mit denen einer teilweisen *Beitragsfreistellung*. Daher gelten die Absätze 13 bis 15 auch für die teilweise Kündigung.

Leistung bei Kündigung

4 Wenn Sie Ihren Vertrag nach Absatz 1 vollständig kündigen und die Voraussetzungen für eine *Beitragsfreistellung* nach Absatz 12 nicht vorhanden sind, erhalten Sie

- den Rückkaufwert des Vertrages (siehe Absatz 5)
- verringert um den Abzug nach Absatz 7.

Zusätzlich erhalten Sie die für den Fall der Kündigung vereinbarte *Überschussbeteiligung* nach § 5.

Der so ermittelte Betrag wird um rückständige Beiträge gemindert.

Eine etwa eingeschlossene Worst-Case Kapitalhilfe erlischt und deren Rückkaufwert wird ausgezahlt.

Nähere Informationen zum Rückkaufwert der Worst-Case Kapitalhilfe können Sie den Bedingungen für die Worst-Case Kapitalhilfe entnehmen.

Rückkaufwert

5 Der Rückkaufwert ist die Summe der nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den *Rechnungsgrundlagen* nach § 3 für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechneten Deckungskapitale der Bestandteile des Vertrages nach § 4.

Bei Kündigung oder *Beitragsfreistellung* ist das Deckungskapital eines Bestandteils (siehe § 4) mindestens der Wert, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der Abschlusskosten auf die ersten 5 Jahre der *Versicherungsdauer* ergibt. Sofern die *Versicherungsdauer* weniger als 5 Jahre beträgt, werden die Abschlusskosten auf die *Versicherungsdauer* verteilt.

Befristete Herabsetzung des Rückkaufswertes

6 Wir sind nach § 169 Absatz 6 VVG berechtigt, den nach Absatz 5 ermittelten Rückkaufswert des Vertrages angemessen herabzusetzen, soweit dies erforderlich ist, um eine Gefährdung der Belange der *Versicherungsnehmer*, insbesondere durch eine Gefährdung der dauernden Erfüllbarkeit der sich aus den Versicherungsverträgen ergebenden Verpflichtungen, auszuschließen. Die Herabsetzung ist jeweils auf 1 Jahr befristet.

Abzug

7 Wir sind nach § 169 Absatz 5 VVG berechtigt, den Rückkaufswert des Vertrages um einen Abzug zu verringern.

Voraussetzung ist, dass der Abzug vereinbart, beziffert und angemessen ist, was wir im Zweifel zu beweisen haben.

Der von uns erhobene, mit Ihnen vereinbarte Abzug beträgt bei vollständiger Kündigung des Vertrages 95 EUR, höchstens jedoch 50 % des Rückkaufswertes. Um diesen Betrag verringert sich Ihr Rückkaufswert.

Wir erheben den Abzug nur, wenn Ihr Vertrag infolge einer vollständigen Kündigung beendet wird. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang die Regelungen in Absatz 2.

Bei einer teilweisen Kündigung sowie einer vollständigen und teilweisen *Beitragsfreistellung* verzichten wir auf den Abzug.

Mit dem Abzug werden die nicht im Vertrag einkalkulierten Kosten abgegolten, die bei der Abwicklung der vollständigen Kündigung entstehen.

Haben wir die Voraussetzungen zum Abzug bewiesen und weisen Sie uns dann nach, dass der aufgrund Ihres Verlangens der vollständigen Kündigung von uns vorgenommene Abzug in Ihrem Fall entweder

- dem Grunde nach nicht zutrifft oder
 - der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern ist,
- entfällt der Abzug oder wird entsprechend herabgesetzt.

Beitragsfreistellung

8 Sie können Ihre Versicherung während der *Beitragszahlungsdauer* jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode in *Textform* vollständig oder teilweise beitragsfrei stellen.

9 Ist bei der *versicherten Person* zum Zeitpunkt der *Beitragsfreistellung* ein Leistungsfall eingetreten, bleiben Ansprüche auf Grund des bereits vor der *Beitragsfreistellung* eingetretenen Leistungsfalls unberührt.

Vollständige Beitragsfreistellung

10 Die vollständige *Beitragsfreistellung* wirkt sich wie folgt aus:

- Sie müssen für Ihre Versicherung keine Beiträge mehr zahlen.
- Die versicherte Grundfähigkeitsrente wird auf eine beitragsfreie Grundfähigkeitsrente herabgesetzt.

11 Für die Berechnung der beitragsfreien Grundfähigkeitsrente gilt:

- Die Grundlage für die Berechnung bildet der Rückkaufswert Ihrer Versicherung. Dieser wird um rückständige Beiträge gemindert.
- Wir wenden anerkannte Regeln der Versicherungsmathematik an.
- Es werden die für die jeweils einzelnen Bestandteile gültigen *Rechnungsgrundlagen* für die Tarifikalkulation (siehe §§ 3 und 4) verwendet.
- Die Berechnung erfolgt für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode.

12 Die vollständige *Beitragsfreistellung* ist jedoch nur möglich, wenn die nach Absatz 11 berechnete beitragsfreie Grundfähigkeitsrente mindestens 50 EUR monatlich beträgt. Sofern diese Mindestrente nicht erreicht wird, erlischt Ihre Versicherung. Sie erhalten in diesem Fall die Leistung bei Kündigung nach Absatz 4.

Eine etwa eingeschlossene Worst-Case Kapitalhilfe wird bei einer vollständigen *Beitragsfreistellung* ebenfalls beitragsfrei fortgeführt. Die Versicherungssumme der Worst-Case Kapitalhilfe wird im selben Verhältnis vermindert wie die Grundfähigkeitsrente. Die *Beitragsfreistellung* der Worst-Case Kapitalhilfe ist jedoch nur möglich, wenn deren beitragsfreie Versicherungssumme den in den Bedingungen für die Worst-Case Kapitalhilfe festgelegten Mindestbetrag erreicht. Anderenfalls erlischt die Worst-Case Kapitalhilfe.

Nähere Informationen zum Rückkaufswert, zu dem Mindestbetrag und zur beitragsfreien Versicherungssumme der Worst-Case Kapitalhilfe können Sie den Bedingungen für die Worst-Case Kapitalhilfe entnehmen.

Teilweise Beitragsfreistellung

13 Die teilweise *Beitragsfreistellung* wirkt sich wie folgt aus:

- Der zu zahlende Beitrag wird reduziert.
- Die versicherte Grundfähigkeitsrente wird herabgesetzt.

14 Für die Berechnung der herabgesetzten Grundfähigkeitsrente gilt:

- Wir wenden anerkannte Regeln der Versicherungsmathematik an.
- Es werden die für die jeweils einzelnen Bestandteile gültigen *Rechnungsgrundlagen* für die Tarifikalkulation (siehe §§ 3 und 4) verwendet.
- Die Berechnung erfolgt für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode.

15 Die teilweise *Beitragsfreistellung* ist jedoch nur möglich, wenn

- der durch Sie weiterhin zu zahlende Beitrag 15 EUR monatlich nicht unterschreitet und
- die nach Absatz 14 berechnete herabgesetzte Grundfähigkeitsrente mindestens 50 EUR monatlich beträgt.

Sofern diese Mindestwerte nicht erreicht werden, können Sie nur die vollständige *Beitragsfreistellung* beantragen.

Ist Ihr Vertrag im Rahmen eines Kollektivvertrages zustande gekommen, kann der Beitrag von 15 EUR monatlich unterschritten werden.

Eine etwa eingeschlossene Worst-Case Kapitalhilfe wird bei einer teilweisen *Beitragsfreistellung* herabgesetzt und mit vermindertem Beitrag fortgeführt. Die Versicherungssumme der Worst-Case Kapitalhilfe wird im selben Verhältnis vermindert wie die Grundfähigkeitsrente. Die teilweise *Beitragsfreistellung* einer Worst-Case Kapitalhilfe ist jedoch nur möglich, wenn deren herabgesetzte Versicherungssumme den in den Bedingungen für die Worst-Case Kapitalhilfe festgelegten Mindestbetrag erreicht. Anderenfalls erlischt die Worst-Case Kapitalhilfe.

Nähere Informationen zum Rückkaufswert, zu dem Mindestbetrag und zur beitragsfreien Versicherungssumme der Worst-Case Kapitalhilfe können Sie den Bedingungen für die Worst-Case Kapitalhilfe entnehmen.

Wiederinkraftsetzung nach vollständiger Beitragsfreistellung oder Beitragserhöhung nach teilweiser Beitragsfreistellung

16 Sie können innerhalb von 3 Jahren ab dem Beginn

- einer vollständigen *Beitragsfreistellung* die Beitragszahlung wieder aufnehmen (Wiederinkraftsetzung).
- einer teilweisen *Beitragsfreistellung* den Beitrag in den Grenzen des Absatz 17 wieder erhöhen (Beitragserhöhung).

Für die Wiederinkraftsetzung und die Beitragserhöhung gilt:

- Sie müssen uns Ihren Wunsch in *Textform* mitteilen.
- Eine Wiederinkraftsetzung oder Beitragserhöhung ist ausgeschlossen, wenn bei der *versicherten Person* zum Zeitpunkt der Mitteilung bereits ein *Versicherungsfall* in der Grundfähigkeitsversicherung oder einer eventuell eingeschlossenen Worst-Case Kapitalhilfe eingetreten ist.
- Nehmen Sie die Beitragszahlung innerhalb der ersten 6 Monate nach der vollständigen *Beitragsfreistellung* wieder auf, erfolgt die Wiederinkraftsetzung ohne erneute Gesundheitsprüfung.
- Erhöhen Sie innerhalb der ersten 6 Monate nach einer teilweisen *Beitragsfreistellung* Ihren Beitrag wieder, erfolgt die Beitragserhöhung ebenfalls ohne erneute Gesundheitsprüfung.
- Wenn Sie nach Ablauf dieser 6 Monate die Beitragszahlung wieder aufnehmen oder aber den Beitrag erhöhen möchten, ist eine erneute Gesundheitsprüfung erforderlich.

Diese erneute Gesundheitsprüfung entscheidet darüber, ob eine Wiederinkraftsetzung bzw. Beitragserhöhung überhaupt möglich ist.

Wird infolge einer Wiederinkraftsetzung oder Beitragserhöhung die Versicherungssumme einer Worst-Case Kapitalhilfe erhöht oder wieder in den Vertrag eingeschlossen, dann wird die Wartezeit von 3 Monaten (siehe § 1 Absatz 2 der Bedingungen für die Worst-Case Kapitalhilfe) ab Wiederinkraftsetzung bzw. Beitragserhöhung erneut in Lauf gesetzt. Sie bezieht sich jedoch ausschließlich auf den Teil der Versicherungssumme, der durch die hier genannten Vertragsänderungen neu hinzugekommen ist.

17 Für die Wiederinkraftsetzung und die Beitragserhöhung haben Sie folgende Gestaltungsmöglichkeiten:

- Sie können Ihren Vertrag mit der versicherten Grundfähigkeitsrente und der Versicherungssumme einer gegebenenfalls eingeschlossenen Worst-Case Kapitalhilfe fortsetzen, die vor der vollständigen oder teilweisen *Beitragsfreistellung* vereinbart war. Da Sie während der *Beitragsfreistellung* keinen oder nur einen reduzierten Beitrag gezahlt haben, erhöht sich der zuletzt vor der *Beitragsfreistellung* zu zahlende Beitrag für Ihre Versicherung.
- Sie können Ihren Vertrag mit dem zuletzt vor der vollständigen bzw. teilweisen *Beitragsfreistellung* vereinbarten Beitrag fortsetzen. Da Sie während der *Beitragsfreistellung* keinen oder nur einen reduzierten Beitrag gezahlt haben, wird die versicherte Grundfähigkeitsrente und die Versicherungssumme einer gegebenenfalls eingeschlossenen Worst-Case Kapitalhilfe geringer sein als vor der *Beitragsfreistellung*.

Für die Berechnung der Höhe des zu zahlenden Beitrags bzw. der versicherten Grundfähigkeitsrente und der Versicherungssumme einer gegebenenfalls eingeschlossenen Worst-Case Kapitalhilfe wenden wir anerkannte Regeln der Versicherungsmathematik an. Es werden dabei die Rechnungsgrundlagen für die Tarifikalkulation nach § 3 verwendet.

Wir werden Sie im Einzelfall über die konkreten Auswirkungen auf Ihren Vertrag informieren.

18 Befindet sich die *versicherte Person*

- aufgrund eines gesetzlichen Anspruchs in Elternzeit oder
- ist die *versicherte Person* arbeitslos und
- wird der Vertrag zu Beginn oder während der Elternzeit bzw. der Arbeitslosigkeit nach Absatz 8 vollständig beitragsfrei gestellt,

gilt für die Wiederinkraftsetzung zusätzlich zu den Regelungen in Absatz 16 folgendes:

- Erfolgt die vollständige *Beitragsfreistellung* zu Beginn oder während der Elternzeit, kann der Vertrag innerhalb von 3 Jahren ab dem Beginn der ersten Beitragsfreistellung aufgrund einer Elternzeit ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder in Kraft gesetzt werden. Ihren Wunsch auf Wiederinkraftsetzung müssen Sie uns spätestens 3 Monate vor Beendigung der Elternzeit in *Textform* mitteilen. Die Wiederinkraftsetzung nehmen wir dann zu Beginn des Kalendermonats vor, der auf die Beendigung der Elternzeit folgt.
- Erfolgt die vollständige *Beitragsfreistellung* zu Beginn oder während der Arbeitslosigkeit und besteht der Vertrag zu diesem Zeitpunkt seit mindestens 2 Jahren, kann der Vertrag innerhalb von 2 Jahren ab dem Beginn der vollständigen *Beitragsfreistellung* ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder in Kraft gesetzt werden. Voraussetzung für die Wiederinkraftsetzung ist, dass die *versicherte Person* wieder in einem ungekündigten Arbeitsverhältnis steht. Ihren Wunsch auf Wiederinkraftsetzung müssen Sie uns in *Textform* mitteilen.

Um die Voraussetzungen für die Wiederinkraftsetzung ohne erneute Gesundheitsprüfung überprüfen zu können, müssen uns geeignete Nachweise eingereicht werden.

Wirtschaftliche Folgen

Keine Beitragsrückzahlung

19 Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Abzug

20 Kündigen Sie Ihren Vertrag vollständig und wird infolgedessen eine Leistung bei Kündigung nach Absatz 4 fällig, erheben wir einen Abzug nach Absatz 7 und ziehen diesen vom Rückkaufswert des Vertrages ab.

Folgen der Verteilung der Abschlusskosten

21 Wenn Sie Ihren Vertrag kündigen oder beitragsfrei stellen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihres Vertrages ist wegen der Verrechnung von Abschlusskosten nur der gesetzlich vorgeschriebene Mindestwert (siehe Absatz 5) zur Bildung eines Rückkaufswertes bzw. zur Bildung einer beitragsfreien Grundfähigkeitsrente vorhanden.

Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen keine oder nur geringe Mittel für die Bildung eines Rückkaufswertes bzw. einer beitragsfreien Grundfähigkeitsrente zur Verfügung.

Höhe der Leistungen bei Kündigung oder Beitragsfreistellung

22 Die Höhe der beitragsfreien Grundfähigkeitsrente und der beitragsfreien Versicherungssumme einer eventuell eingeschlossenen Worst-Case Kapitalhilfe können Sie der Tabelle der Leistungen bei Beitragsfreistellung in Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Soweit bei Ihrer Versicherung eine Leistung bei Kündigung nach Absatz 4 fällig wird, können Sie die Höhe

- des Rückkaufswertes nach § 169 VVG,
- des Abzuges und
- des Rückkaufswertes, verringert um den Abzug

der Tabelle der Rückkaufswerte entnehmen.

23 Die in den Tabellen genannten Werte garantieren wir Ihnen unter der Voraussetzung, dass Sie die vertraglich vereinbarten Beiträge laufend gezahlt haben, also keine Beitragsrückstände bestehen.

Sonstige Regelungen

§ 22 Was müssen Sie beachten, wenn sich Ihre Anschrift oder Ihr Name ändert?

1 Ändert sich Ihre Anschrift müssen Sie uns dies 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 3 Tage nach der Absendung dieses Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie den Vertrag für Ihren Gewerbebetrieb abgeschlossen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

2 Bei Änderung Ihres Namens gilt Absatz 1 entsprechend.

§ 23 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?

1 Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen

- bei Vertragsschluss,
 - bei Änderung nach Vertragsschluss
- oder

- auf Nachfrage

unverzüglich - d.h. ohne schuldhaftes Zögern - zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.

2 Notwendige Informationen im Sinne von Absatz 1 sind beispielweise

Umstände, die für die Beurteilung

- Ihrer persönlichen steuerlichen Ansässigkeit,
 - der steuerlichen Ansässigkeit dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben
- und

- der steuerlichen Ansässigkeit des Leistungsempfängers maßgebend sein können.

Dazu zählen insbesondere die deutsche oder ausländische(n) Steueridentifikationsnummer(n), das Geburtsdatum, der Geburtsort und der Wohnsitz. Welche Umstände dies nach derzeitiger Gesetzeslage im Einzelnen sind, können Sie den „Hinweisen zur steuerlichen Behandlung Ihrer Versicherung“ entnehmen.

3 Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, gilt Folgendes: Bei einer entsprechenden gesetzlichen Verpflichtung melden wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden.

Dies gilt auch dann, wenn gegebenenfalls keine steuerliche Ansässigkeit im Ausland besteht.

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

§ 24 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 25 Wo ist der Gerichtsstand?

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

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

3 Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts in das Ausland, sind für Klagen aus dem Vertrag die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben. Dies gilt ebenso, wenn Sie eine juristische Person sind und Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung ins Ausland verlegen.

§ 26 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?

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

Versicherungsombudsmann

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

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

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

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

Versicherungsaufsicht

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

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

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

Rechtsweg

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

Unser Beschwerdemanagement

6 Unabhängig hiervon können Sie sich jederzeit auch an uns wenden. Unsere interne Beschwerdestelle steht Ihnen hierzu zur Verfügung. Sie erreichen diese derzeit wie folgt:

SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG
Joseph-Scherer-Str. 3
44139 Dortmund
Internet: www.signal-iduna.de

Erklärung der verwendeten Fachbegriffe

Hier erläutern wir Ihnen die kursiv gekennzeichneten Fachbegriffe, die wir in unseren Versicherungsbedingungen verwenden. Die Erläuterungen sollen Ihnen das Lesen erleichtern.

Die Erläuterungen sind nicht abschließend. Für den Vertragsinhalt sind nur die Versicherungsbedingungen maßgeblich.

Beitragsfreistellung

Diese beantragen Sie als *Versicherungsnehmer*, um keine oder geringere Beiträge als vereinbart zu zahlen. Durch eine Beitragsfreistellung werden die Leistungen herabgesetzt.

Beitragszahlungsdauer

Ist der Zeitraum, innerhalb dessen Sie als *Versicherungsnehmer* zur Beitragszahlung verpflichtet sind.

Bewertungsreserven

Wert, der entsteht, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen im Geschäftsbericht ausgewiesen sind.

Bezugsberechtigter

Ist die von Ihnen als *Versicherungsnehmer* benannte Person, die die Leistung erhalten soll.

Leistungsdauer

Ist der Zeitraum, bis zu dessen Ablauf eine während der *Versicherungsdauer* anerkannte Leistung längstens erbracht wird.

Rechnungsgrundlagen

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

Rechnungszins

Ist der Zinssatz, der für die Finanzierung der garantierten Leistungen erforderlich ist.

Textform

Bedeutet, dass Sie Mitteilungen zu Ihrem Vertrag z. B. per Brief, Fax oder als E-Mail abgeben können.

Überschuss

Um Ihre vertraglichen Leistungen erfüllen zu können, müssen wir unsere Tarife vorsichtig kalkulieren. Deswegen entstehen in der Regel Überschüsse, an denen wir Sie als *Versicherungsnehmer* zu wesentlichen Teilen beteiligen.

Überschussbeteiligung

Diese setzt sich zusammen aus der Beteiligung am *Überschuss* und an den *Bewertungsreserven*.

Versicherte Person

Ist die Person, deren Risiken (z. B. Berufsunfähigkeit oder Verlust von Grundfähigkeiten) wir versichern. In der Regel stimmen versicherte Person und *Versicherungsnehmer* überein.

Versicherungsdauer

Bezeichnet den Zeitraum, innerhalb dessen Versicherungsschutz besteht.

Versicherungsfall

Ist das Ereignis, das die Leistungspflicht des Versicherers auslösen kann, wenn es während der *Versicherungsdauer* eintritt (z. B. Berufsunfähigkeit der *versicherten Person*).

Versicherungsnehmer

Ist unser Vertragspartner. Die Rechte und Pflichten aus diesem Vertrag betreffen vorrangig den Versicherungsnehmer.

Versicherungsschein

Dokumentiert einen zustande gekommenen Versicherungsvertrag. Er enthält die wesentlichen Vertragsbestandteile, wie z. B. das versicherte Risiko, die Leistungen im *Versicherungsfall* und die Höhe des von Ihnen als *Versicherungsnehmer* zu zahlenden Beitrags.

VVG

Ist die Abkürzung für das Versicherungsvertragsgesetz.