WGV-Lebensversicherung AG

Vertragsunterlagen zu Ihrer Risikoversicherung

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Allgemeine Bedingungen für die Risikoversicherung	2 – 11
Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung	12 – 18
Allgemeine Bedingungen für die Unfall-Zusatzversicherung	19 – 20
Besondere Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung	21
Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung	22 – 23
Informationen über die gültigen Steuerregelungen für Risikoversicherungen	24

Ausgabe Januar 2026

Zugunsten einer besseren Lesbarkeit sehen wir davon ab, die Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) gleichzeitig zu nennen. Mit unseren Formulierungen wenden wir uns gleichermaßen an alle Geschlechter.

7000-2011.0126

WGV-Lebensversicherung AG, 70164 Stuttgart Tel. 0711 1695-1700 E-Mail: LV@wgv.de

Allgemeine Bedingungen für die Risikoversicherung

Mit diesen Versicherungsbedingungen wenden wir uns an Sie als unseren Versicherungsnehmer und Vertragspartner; für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

Inhaltsverzeichnis

Leistung		**Seite**
§ 1	Welche Leistungen erbringen wir?	2
§ 2	Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	3
§ 3	Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	4
§ 4	Was gilt bei Polizei- oder Wehrdienst, Unruhen, Krieg oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen/-Stoffen?	4
§ 5	Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?	4
§ 6	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	4
§ 6a	Wer ist Nichtraucher bzw. langjähriger Nichtraucher und welche Folgen hat eine Änderung des Nichtraucherstatus?	5
§ 6b	Unter welchen Voraussetzungen können Sie in einen Tarif für langjährige Nichtraucher wechseln?	6
§ 7	Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?	6
§ 8	Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?	6
§ 9	Wer erhält die Leistung?	6
§ 10	Unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihre Risikoversicherung verlängern und welche Nachversicherungsgarantien haben Sie?	7
Beitrag		
§ 11	Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?	7
§ 12	Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	8
Kündigung und Beitragsfreistellung		
§ 13	Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen, beitragsfrei stellen oder herabsetzen?	8
§ 14	Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?	9
Sonstige Vertragsbestimmungen		
§ 15	Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?	9
§ 16	Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?	9
§ 17	Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung und welche tarifabhängigen Begrenzungen gelten?	10
§ 18	Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?	10
§ 19	Wo ist der Gerichtsstand?	10
§ 20	An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?	10
§ 21	Was gilt bei Sanktionen und Embargos?	11
§ 22	Was gilt bei Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen?	11

§ 1
Welche Leistungen erbringen wir?

(1) In Abhängigkeit von der mit Ihnen vereinbarten Versicherungsform erbringen wir in den BASIS-Tarifen die folgenden Versicherungsleistungen:

Risikoversicherung für langjährige Nichtraucher

Risikoversicherung für Nichtraucher

Risikoversicherung für Raucher

Wenn die versicherte Person *(das ist die Person, auf deren Leben die Versicherung abgeschlossen ist)* während der Versicherungsdauer stirbt, zahlen wir die vereinbarte Versicherungssumme. Bei Risikoversicherungen mit fallender Versicherungssumme zahlen wir die für das jeweilige Versicherungsjahr vereinbarte Versicherungssumme. Nähere Informationen zur Höhe der vereinbarten bzw. für das jeweilige Versicherungsjahr vereinbarten Versicherungssumme können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Risikoversicherung für langjährige Nichtraucher auf zwei verbundene Leben

Risikoversicherung für Nichtraucher auf zwei verbundene Leben

Risikoversicherung für Raucher auf zwei verbundene Leben

Wenn eine der versicherten Personen während der Versicherungsdauer stirbt, zahlen wir die vereinbarte Versicherungssumme. Bei gleichzeitigem Tod beider versicherter Personen wird die vereinbarte Versicherungssumme nur einmal fällig. Die Beitragszahlung endet mit dem Tod einer der versicherten Personen, spätestens aber zu dem im Versicherungsschein angegebenen Termin.

(2) In den OPTIMAL-Tarifen erbringen wir zusätzlich zu den Versicherungsleistungen des BASIS-Tarifs in Abhängigkeit von der mit Ihnen vereinbarten Versicherungsform folgende Versicherungsleistungen:

Risikoversicherung für langjährige Nichtraucher

Risikoversicherung für Nichtraucher

Risikoversicherung für Raucher

a) Vorgezogene Todesfallleistung

Auf Ihren Antrag hin zahlen wir die vereinbarte Versicherungssumme bzw. die für das jeweilige Versicherungsjahr vereinbarte Versicherungssumme bereits vor dem Tod der versicherten Person, wenn diese während der Versicherungsdauer an einer schweren Krankheit im Sinne dieser Bedingungen erkrankt und Sie als Versicherungsnehmer die vorgezogene Leistung spätestens zwölf Monate vor Ablauf der Versicherungsdauer beantragt haben.

aa) Eine schwere Krankheit ist jede fortschreitende, unheilbare Krankheit, die nach Ansicht des behandelnden Facharztes und nach unserer Einschätzung innerhalb von zwölf Monaten (gerechnet ab Stellung des Leistungsantrags) zum Tode führen wird. In Zweifelsfällen sind wir berechtigt, die Stellungnahme eines unabhängigen Facharztes einzuholen.

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

cc) Mit der Zahlung der vereinbarten bzw. für das jeweilige Versicherungsjahr vereinbarten Versicherungssumme endet dieser Versicherungsvertrag.

dd) Eine vorgezogene Leistung wird nicht gewährt, wenn die verbleibende Versicherungsdauer weniger als zwölf Monate beträgt oder die schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen auf die in § 4 und § 5 genannten Umstände oder auf Umstände, deren Nichtanzeige uns zum Rücktritt nach § 6 berechtigt, zurückzuführen ist oder wir zur Anfechtung nach § 6 berechtigt sind.

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

ff) Ist das Recht auf planmäßige Erhöhungen von Beitrag und Leistungen eingeschlossen, ist nach Stellung eines Antrags auf vorgezogene Todesfallleistung keine planmäßige Erhöhung mehr möglich. Ist eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen, ist nach Stellung eines Antrags auf vorgezogene Todesfallleistung eine Inanspruchnahme der Nachversicherungsgarantie der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung ausgeschlossen.

b) Kinderbonus

Für jedes Kind der versicherten Person, das bei deren Tod das 7. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, zahlen wir zusätzlich zur vereinbarten bzw. für das jeweilige Versicherungsjahr vereinbarten Versicherungssumme einmalig 2.500 EUR.

c) Tarifwechsel

Ein Wechsel von einem OPTIMAL-Tarif in einen BASIS-Tarif ist nicht möglich.

Unsere Leistung aus der Überschussbeteiligung

(3) Es kann sich eine Leistung aus der Überschussbeteiligung und den Bewertungsreserven ergeben (siehe § 2).

§ 2
Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

(1) Wir beteiligen Sie an dem Überschuss und an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Leistung aus der Überschussbeteiligung kann auch Null Euro betragen. In den nachfolgenden Absätzen erläutern wir Ihnen,

– wie wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens ermitteln und wie wir diesen verwenden (Absatz 2),

– wie Ihr Vertrag an dem Überschuss beteiligt wird (Absätze 3 und 4) und

– wie Bewertungsreserven entstehen und wie wir diese Ihrem Vertrag zuordnen (Absätze 5 und 6),

– warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren können (Absatz 7) und

– wie wir Sie über die Überschussbeteiligung informieren (Absatz 8).

Wie ermitteln wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens und wie verwenden wir diesen?

(2) 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 aufsichtsrechtlichen 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 der 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.

Wir haben gleichartige Versicherungen (z. B. Rentenversicherungen, Risikoversicherungen, Berufsunfähigkeitsversicherungen) zu Gewinnverbänden zusammengefasst und teilweise nach engeren Gleichartigkeitskriterien Untergruppen gebildet. Gewinnverbände oder Untergruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen. Gewinnverbände werden wiederum zu Abrechnungsverbänden zusammengefasst.

Wie wird Ihr Vertrag an dem Überschuss beteiligt?

(3) Bei der Verteilung des Überschusses auf die einzelnen Verträge wenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren an.

Ihr Vertrag ist dem in Ihrem Versicherungsschein genannten Gewinnverband zugeordnet. Wir verteilen den Überschuss in dem Maß, wie die Gewinn- und Abrechnungsverbände zu seiner Entstehung beigetragen haben. Hat ein Gewinn- oder Abrechnungsverband nicht zur Entstehung des Überschusses beigetragen, besteht insoweit kein Anspruch auf Überschussbeteiligung.

Die Überschussbeteiligung besteht bei beitragspflichtigen Versicherungen aus einem Sofortrabatt (Verrechnung mit jedem fälligen Beitrag). Bezugsgröße für den Sofortrabatt ist die jeweils fällige Beitragsrate. Eine Wartezeit entfällt. Ist in Ihre Versicherung eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen, so werden die Überschüsse verzinslich angesammelt, solange Leistungen wegen Berufsunfähigkeit gewährt werden. Beitragsfreie Versicherungen erhalten einen Todesfallbonus, der in Prozent der Versicherungssumme bemessen und beim Tode der versicherten Person *(das ist die Person, auf deren Leben die Versicherung abgeschlossen ist)* fällig wird.

Die Höhe des jeweiligen Prozentsatzes für den Sofortrabatt bzw. den Todesfallbonus kann abhängig vom Tarif und von der Versicherungsdauer des einzelnen Versicherungsvertrags festgelegt werden.

(4) Der Vorstand legt jedes Jahr auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars fest, wie der Überschuss auf die Gewinnverbände verteilt wird und setzt die entsprechenden Überschussanteilsätze fest (Überschussdeklaration). Dabei achtet er darauf, dass die Verteilung verursachungsorientiert erfolgt. Ihr Vertrag erhält auf der Grundlage der Überschussdeklaration Anteile an dem auf Ihren Gewinnverband entfallenden Teil des Überschusses. Die Mittel hierfür werden bei der Direktgutschrift zulasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen.

Wie entstehen Bewertungsreserven und wie ordnen wir diese Ihrem Vertrag zu?

(5) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über ihrem jeweiligen handelsrechtlichen Buchwert liegt.

Da in der Risikoversicherung keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung stehen, um Kapital zu bilden, entstehen auch keine oder nur geringfügige Bewertungsreserven. Dennoch entstehende Bewertungsreserven, die nach den maßgebenden rechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ordnen wir den Verträgen anteilig rechnerisch zu. Dabei wenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren an.

Der Ihrem Vertrag zugeordnete Betrag der Bewertungsreserven wird mithilfe einer Maßzahl, die die Entwicklung des Deckungskapitals Ihres Vertrages und eines eventuell vorhandenen Ansammlungsguthabens bis zum Zuteilungszeitpunkt berücksichtigt, ermittelt. Dabei ergibt sich Ihr Anteil an den verteilungsfähigen Bewertungsreserven aus dem Verhältnis der Maßzahl Ihres Vertrages zur Summe der Maßzahlen aller anspruchsberechtigten Verträge.

Die Höhe der Bewertungsreserven ermitteln wir monatlich neu.

(6) Bei **Beendigung Ihres Vertrages** (durch Tod oder Kündigung) gilt Folgendes: Wir teilen Ihrem Vertrag dann den für diesen Zeitpunkt zugeordneten Anteil an den Bewertungsreserven gemäß der jeweils geltenden gesetzlichen Regelung zu und zahlen ihn aus; derzeit sieht § 153 Absatz 3 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) eine Beteiligung in Höhe der Hälfte der zugeordneten Bewertungsreserven vor.

Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

(7) Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab, die nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar sind. Einflussfaktoren sind insbesondere die Entwicklung des Todesfallrisikos, des Kapitalmarkts und der Kosten.

Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch Null Euro betragen.

Wie informieren wir über die Überschussbeteiligung?

(8) Die festgelegten Überschussanteilsätze veröffentlichen wir jährlich in unserem Geschäftsbericht. Diesen finden Sie auf unserer Internetseite.

§ 3
Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

(1) Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie den Vertrag mit uns abgeschlossen haben. Jedoch besteht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn kein Versicherungsschutz. Allerdings kann unsere Leistungspflicht entfallen, wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen (siehe § 11 Absatz 2 bis 3 und § 12).

(2) Ist mit Ihnen ein vorläufiger Versicherungsschutz vereinbart worden, so wird dieser durch die Regelungen in Absatz 1 nicht berührt.

§ 4
Was gilt bei Polizei- oder Wehrdienst, Unruhen, Krieg oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen/-Stoffen?

(1) Grundsätzlich leisten wir unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Wir leisten auch dann, wenn die versicherte Person *(das ist die Person, auf deren Leben die Versicherung abgeschlossen ist)* in der Bundesrepublik Deutschland bei inneren Unruhen, sofern die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat, oder bei Ausübung des Polizei- oder Wehrdienstes gestorben ist.

(2) Stirbt die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland, besteht kein Versicherungsschutz. Unsere Leistungspflicht beschränkt sich in diesem Fall auf die Auszahlung des für den Todestag berechneten Rückkaufswertes Ihres Vertrages (siehe § 13 Absatz 7), sofern ein solcher vorhanden ist.

(3) Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht entfällt, wenn die versicherte Person während eines Auslandsaufenthalts überraschend von Kriegsereignissen oder von inneren Unruhen, an welchen sie nicht aktiv beteiligt ist, betroffen wird, bis zum Ende des zehnten Tages nach deren Beginn. Ist die versicherte Person aus objektiven Gründen gehindert, das Gefahrengebiet zu verlassen, besteht der Versicherungsschutz auch nach Ablauf des zehnten Tages weiter. Die Hinderungsgründe dürfen in diesem Fall nicht durch Interessen der versicherten Person entstanden sein.

(4) Für Angehörige der deutschen Bundeswehr oder anderer staatlich organisierter Kriseneinsatzkräfte, wie z. B. der Polizei oder des Bundesgrenzschutzes, ist das unmittelbar oder mittelbar durch die Teilnahme an mandatierten Missionen der Vereinten Nationen, Einsätzen im Rahmen von Bündnisverpflichtungen oder Einsätzen unter Führung überstaatlicher Institutionen und Einrichtungen sowie Auslandseinsätzen unter nationaler Verantwortung mit vergleichbarem Gefährdungspotenzial verursachte Ableben, vorbehaltlich einer anderweitigen ausdrücklichen Vereinbarung in Textform *(z. B. Papierform, E-Mail)*, nur insoweit mitversichert, dass sich unsere Leistungspflicht auf die Auszahlung des für den Todestag berechneten Rückkaufswertes (siehe § 13 Absatz 7) der Versicherung beschränkt.

Die Verwendung für humanitäre Hilfsdienste und Hilfeleistungen im Ausland ist von dieser Einschränkung der Leistungspflicht nicht erfasst, sofern die versicherte Person dabei nicht in bewaffnete Unternehmungen einbezogen ist.

(5) In folgenden Fällen besteht kein Versicherungsschutz. Unsere Leistungspflicht beschränkt sich in diesen Fällen auf die Auszahlung des für den Todestag berechneten Rückkaufswertes der Versicherung (siehe § 13 Absatz 7), sofern ein solcher vorhanden ist: Die versicherte Person stirbt in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit

– dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder

– dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen.

Der Einsatz bzw. das Freisetzen muss dabei darauf gerichtet gewesen sein, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 5
Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?

(1) Bei vorsätzlicher Selbsttötung leisten wir, wenn seit Abschluss des Vertrages **drei Jahre vergangen** sind.

(2) Bei vorsätzlicher Selbsttötung **vor** Ablauf der Dreijahresfrist besteht kein Versicherungsschutz. In diesem Fall zahlen wir den für den Todestag berechneten Rückkaufswert Ihres Vertrages (siehe § 13 Absatz 7), sofern ein solcher vorhanden ist.

Wenn uns nachgewiesen wird, dass sich die versicherte Person *(das ist die Person, auf deren Leben die Versicherung abgeschlossen ist)* in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit selbst getötet hat, besteht Versicherungsschutz.

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

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

Vorvertragliche Anzeigepflicht

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

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

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

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

Rechtsfolgen der Anzeigepflichtverletzung

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

– vom Vertrag zurücktreten,

– den Vertrag kündigen,

– den Vertrag ändern oder

– den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten

können.

Rücktritt

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

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

– weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles

– noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

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

(7) Wenn der Vertrag durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir den Rückkaufswert, soweit ein solcher vorhanden ist (§ 13). Die Regelung des § 13 Absatz 4 Satz 3 und 4 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.

(10) Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt er sich mit der Kündigung nach Maßgabe des § 13 Absätze 3 bis 7 in eine beitragsfreie Versicherung um.

Vertragsänderung

(11) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen *(z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz)* – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten (siehe Absatz 5 Satz 3 und Absatz 9), werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode (siehe § 11 Absatz 2 Satz 3) Vertragsbestandteil.

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

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

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

Nicht zu vertretende (schuldlose) Anzeigepflichtverletzung

(13) Wir verzichten zu Ihren Gunsten auf unser Recht, den Vertrag zu kündigen oder zu anderen Bedingungen fortzuführen, wenn Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten haben.

Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

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

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

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

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

Anfechtung

(18) 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** *(das ist die Person, auf deren Leben die Versicherung abgeschlossen ist)*, können wir **Ihnen** gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Absatz 7 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

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

Erklärungsempfänger

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

§ 6a
Wer ist Nichtraucher bzw. langjähriger Nichtraucher und welche Folgen hat eine Änderung des Nichtraucherstatus?

(1) Die versicherte Person *(das ist die Person, auf deren Leben die Versicherung abgeschlossen ist)* gilt als Nichtraucher, wenn sie in den vergangenen zwölf Monaten vor Antragstellung Nikotin weder durch den Genuss von Zigaretten, Zigarren, Pfeifen, Kautabak, Schnupftabak, Wasserpfeife, E-Zigaretten, E-Zigarre, E-Pfeife noch in anderer Form aktiv zu sich genommen hat, gleichgültig in welcher Menge und auch beabsichtigt, dies in Zukunft nicht zu tun.

(2) Die versicherte Person gilt als langjähriger Nichtraucher, wenn sie in den vergangenen zehn Jahren vor Antragstellung Nikotin weder durch den Genuss von Zigaretten, Zigarren, Pfeifen, Kautabak, Schnupftabak, Wasserpfeife, E-Zigaretten, E-Zigarre, E-Pfeife noch in anderer Form aktiv zu sich genommen hat, gleichgültig in welcher Menge und auch beabsichtigt, dies in Zukunft nicht zu tun.

(3) Nimmt die versicherte Person während der Versicherungsdauer Nikotin – wie unter Absatz 1 aufgeführt – zu sich, stellt dies eine Gefahrerhöhung dar. Wir vertrauen darauf, dass Sie ohne unsere Einwilligung keine Gefahrerhöhung vornehmen oder deren Vornahme gestatten.

Sie sind – neben der versicherten Person – verpflichtet, uns diese Gefahrerhöhung unverzüglich in Textform *(z. B. Papierform, E-Mail)* anzuzeigen. Wir können bis zum Vertragsabschluss, aber auch während der Vertragslaufzeit von der versicherten Person eine Nichtraucher-Erklärung und entsprechende Nachweise *(z. B. einen Cotinintest eines innerhalb der Europäischen Union zugelassenen Arztes)* verlangen.

(4) Wenn die verlangte Nichtraucher-Erklärung und die Nachweise nicht vorgelegt werden oder die versicherte Person Nikotin – wie unter Absatz 1 aufgeführt – zu sich nimmt, können wir rückwirkend ab dem Zeitpunkt der Gefahrerhöhung oder Anforderung einer Nichtraucher-Erklärung die Versicherung auf den entsprechenden Tarif für Raucher umstellen. Die durch die Tarifumstellung bedingte Erhöhung des Beitrages wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnet und richtet sich u. a. nach dem Zeitpunkt der Umstellung und dem rechnungsmäßigen Alter, das die versicherte Person inzwischen erreicht hat *(Das rechnungsmäßige Alter ist die Differenz zwischen dem betreffenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr.)*. Dies teilen wir Ihnen schriftlich mit. Wenn die Beitragserhöhung mehr als 10 % beträgt, können Sie Ihren Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

(5) Versicherungen auf zwei verbundene Leben müssen bereits dann auf den Rauchertarif umgestellt bzw. in getrennte Verträge aufgesplittet werden, wenn eine der beiden versicherten Personen den Nichtraucherstatus verliert.

(6) Unser Recht zur Beitragserhöhung müssen wir innerhalb eines Monats ab dem Zeitpunkt geltend machen, zu dem wir von der Gefahrerhöhung Kenntnis erlangen.

(7) Wenn wir im Leistungsfall feststellen, dass uns eine Gefahrerhöhung nicht angezeigt oder eine verlangte Nichtraucher-Erklärung nicht vorgelegt worden ist, wird unter Zugrundelegung des für Raucher geltenden Beitrags die Versicherungssumme herabgesetzt. Das gilt nicht, wenn

– die Gefahrerhöhung nicht ursächlich für den Eintritt des Versicherungsfalles war oder

– uns die Gefahrerhöhung bekannt war.

(8) Wir verzichten auf unsere gesetzlichen Rechte, den Vertrag wegen einer Gefahrerhöhung zu kündigen oder die erhöhte Gefahr vom Versicherungsschutz auszuschließen.

§ 6b
Unter welchen Voraussetzungen können Sie in einen Tarif für langjährige Nichtraucher wechseln?

(1) Beim OPTIMAL-Tarif haben Sie das Recht, in den Tarif für langjährige Nichtraucher zu wechseln. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person *(das ist die Person, auf deren Leben die Versicherung abgeschlossen ist)* die bedingungsgemäßen Voraussetzungen für den Tarif für langjährige Nichtraucher (siehe § 6a Absatz 2) erfüllt. Dann stellen wir Ihren Vertrag auf Ihren Antrag hin zum nächsten Jahrestag in den Tarif für langjährige Nichtraucher im OPTIMAL-Tarif um. Der Beitrag für den Tarifwechsel wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnet und richtet sich nach dem für Ihren Vertrag gültigen Tarif, dem erreichten rechnungsmäßigen Alter *(Das rechnungsmäßige Alter ist die Differenz zwischen dem betreffenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr.)* der versicherten Person, der verbleibenden Versicherungsdauer und der ursprünglichen Risikoeinstufung *(z. B. Beitragszuschläge)*. Vereinbarte Leistungseinschränkungen gelten auch nach dem Tarifwechsel.

(2) Bei der Versicherung auf verbundene Leben im OPTIMAL-Tarif ist der Wechsel in den Tarif für langjährige Nichtraucher nur möglich, wenn beide versicherte Personen die bedingungsgemäßen Voraussetzungen für den Tarif für langjährige Nichtraucher (siehe § 6a Absatz 2) erfüllen.

(3) Ab dem Zeitpunkt der Umstellung in den Tarif für langjährige Nichtraucher gelten die Bestimmungen gemäß § 6a.

(4) Die Umstellung in den Tarif für langjährige Nichtraucher ist für beitragsfreie Verträge nicht möglich.

§ 7
Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?

(1) Wird eine Leistung aus dem Vertrag beansprucht, können wir verlangen, dass uns der Versicherungsschein sowie die Auskunft nach § 16 vorgelegt werden.

(2) Der Tod der versicherten Person *(das ist die Person, auf deren Leben die Versicherung abgeschlossen ist)* muss uns unverzüglich *(d.h. ohne schuldhaftes Zögern)* mitgeteilt werden. Außerdem müssen uns vorgelegt werden

– eine amtliche Sterbeurkunde mit Angabe von Alter und Geburtsort,

– eine ausführliche ärztliche oder amtliche Bescheinigung über die Todesursache. Aus der Bescheinigung müssen sich Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tod der versicherten Person geführt hat, ergeben und

– ein Erbschein oder eine andere geeignete Urkunde zum Nachweis des Erbrechts, sofern die Versicherungsleistung von einem Erben beansprucht wird.

(3) Wir können weitere Nachweise und Auskünfte verlangen, wenn dies erforderlich ist, um unsere Leistungspflicht zu klären. Die Kosten hierfür muss diejenige Person tragen, die die Leistung beansprucht.

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

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

§ 8
Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

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

(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.

§ 9
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; sind Sie versicherte Person *(das ist die Person, auf deren Leben die Versicherung abgeschlossen ist)*, leisten wir bei Ihrem Tod an Ihre Erben.

Bezugsberechtigung

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

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

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

Abtretung und Verpfändung

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

Anzeige

(4) Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts (Absatz 2) sowie die Abtretung und die Verpfändung (Absatz 3) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform *(z. B. Papierform, E-Mail)* 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.

§ 10
Unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihre Risikoversicherung verlängern und welche Nachversicherungsgarantien haben Sie?

Verlängerungsrecht

(1) Beim OPTIMAL-Tarif haben Sie das Recht, bis drei Jahre vor Ablauf der Versicherung Ihren Versicherungsschutz jederzeit, spätestens jedoch zum Ende des 15. Versicherungsjahres, ohne erneute Gesundheitsprüfung um bis zu zehn Jahre – höchstens jedoch bis zum Doppelten der bisherigen Versicherungsdauer – um ganze Jahre zu verlängern. Voraussetzung für die Verlängerung ist, dass die versicherte Person *(das ist die Person, auf deren Leben die Versicherung abgeschlossen ist)* zu diesem Zeitpunkt keinen Anspruch auf Leistungen wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit oder Berufsfähigkeit hat. Das rechnungsmäßige Endalter *(Das rechnungsmäßige Endalter ist die Differenz zwischen dem betreffenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr.)* der versicherten Person darf nach der Verlängerung das 75. Lebensjahr nicht überschreiten. Die Gesamtdauer (inkl. Verlängerungsdauer) darf 45 Jahre nicht überschreiten. Ist Ihre Versicherung beitragsfrei gestellt, ist keine Ausübung der Verlängerungs-Option mehr möglich. Die Verlängerungs-Option kann nur einmal in Anspruch genommen werden und gilt nicht für etwa eingeschlossene Zusatzversicherungen.

(2) Der Beitrag für die verlängerte Versicherung berechnet sich nach dem für Ihren Vertrag gültigen Tarif, dem erreichten rechnungsmäßigen Alter *(Das rechnungsmäßige Alter ist die Differenz zwischen dem betreffendem Kalenderjahr und dem Geburtsjahr.)* der versicherten Person, der verbleibenden Versicherungsdauer (inkl. Verlängerungsdauer) und der ursprünglichen Risikoeinstufung *(z. B. Beitragszuschläge)*. Vereinbarte Leistungseinschränkungen gelten auch für die hinzukommende Versicherungsdauer. Der Zeitraum für mögliche planmäßige Erhöhungen von Beitrag und Versicherungsleistungen wird durch die Verlängerungs-Option nicht verlängert.

Nachversicherung

(3) Aufgrund der Nachversicherungsgarantie haben Sie bei einer beitragspflichtigen Versicherung das Recht, Ihre aktuelle bzw. für das jeweilige Versicherungsjahr vereinbarte Versicherungssumme nach Eintritt eines der nachfolgend beschriebenen Ereignisse ohne erneute Gesundheitsprüfung gegen einen zusätzlichen Beitrag zu erhöhen:

– Kauf einer Wohnimmobilie mit einem Verkehrswert von mindestens 50.000 EUR zur Eigennutzung durch die versicherte Person;

– Heirat der versicherten Person;

– Geburt eines Kindes der versicherten Person;

– Adoption eines minderjährigen Kindes durch die versicherte Person;

beim OPTIMAL-Tarif zusätzlich bei folgenden Ereignissen:

– Erfolgreicher Abschluss einer Meisterprüfung durch die versicherte Person. Maßgeblich ist der Tag der letzten für den Abschluss notwendigen Prüfung;

– Erfolgreicher Abschluss eines Hochschul- oder Fachhochschulstudiums durch die versicherte Person. Maßgeblich ist der Tag der letzten für den Abschluss notwendigen Prüfung;

– Erfolgreicher Abschluss einer Promotion durch die versicherte Person. Maßgeblich ist der Tag der letzten für den Abschluss notwendigen Prüfung;

– Einkommenserhöhung des monatlich erzielten Arbeitseinkommens von mindestens 6.000 EUR bzw. 20 % innerhalb eines Jahres aus nichtselbstständiger Tätigkeit der versicherten Person;

– Aufnahme einer selbstständigen beruflichen Tätigkeit in einem anerkannten Ausbildungsberuf oder in einem Beruf, der die Mitgliedschaft in einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft erfordert (verkammerter Beruf), sofern die versicherte Person aus dieser beruflichen Tätigkeit ihr hauptsächliches Erwerbseinkommen bezieht.

(4) Beim OPTIMAL-Tarif können Sie in den ersten fünf Jahren der Vertragslaufzeit die Versicherungssumme im Rahmen der Nachversicherungsgarantie auch ohne besonderen Anlass und ohne erneute Gesundheitsprüfung einmalig erhöhen. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person zum Zeitpunkt der Erhöhung das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

(5) Das Recht auf Nachversicherung kann nur innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt des Ereignisses wahrgenommen werden. Der Eintritt des Ereignisses ist uns innerhalb dieses Zeitraumes in geeigneter Form nachzuweisen.

(6) Die Nachversicherung wird mit der noch ausstehenden Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer Ihrer ursprünglichen Versicherung abgeschlossen. Eine vereinbarte Rente bei Berufsunfähigkeit kann nur mit erneuter Gesundheitsprüfung nachversichert werden, es sei denn, die Voraussetzungen für die Nachversicherungsgarantie der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung sind erfüllt.

(7) Die versicherte Summe einer Nachversicherung muss mindestens 5.000 EUR betragen und ist pro Ereignis auf 50 % (beim OPTIMAL-Tarif auf 100 %) der ursprünglich versicherten Summe und auf 20.000 EUR (beim OPTIMAL-Tarif auf 50.000 EUR) begrenzt. Die versicherte Summe aller Nachversicherungen für ein und dieselbe versicherte Person darf innerhalb der Vertragslaufzeit insgesamt höchstens 60.000 EUR (beim OPTIMAL-Tarif höchstens 150.000 EUR) betragen.

(8) Soweit Sie nichts Abweichendes mit uns vereinbart haben, gelten alle dem ursprünglichen Versicherungsvertrag zugrunde liegenden Vereinbarungen auch für die Nachversicherung, insbesondere gilt die gleiche Risikoeinstufung (Leistungseinschränkungen, Beitragszuschläge). Der Zeitraum für mögliche planmäßige Erhöhungen von Beitrag und Versicherungsleistungen wird durch eine Nachversicherung nicht verlängert. Der Nachversicherung liegt der gleiche Tarif zugrunde wie der ursprünglichen Versicherung.

(9) Das Recht auf Nachversicherung besteht längstens bis zum Ablauf des 20. Versicherungsjahres. Haben Sie einen Antrag auf vorgezogene Todesfallleistung gestellt, entfällt das Recht auf Nachversicherung. Ist in Ihrer Versicherung eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit eingeschlossen, entfällt das Recht auf Nachversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung, solange Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt sind oder gewährt werden. Werden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit rückwirkend anerkannt, sind Erhöhungen des Versicherungsschutzes unwirksam, die während des Zeitraums der rückwirkenden Anerkennung vorgenommen wurden.

§ 11
Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Die Beiträge zu Ihrem Vertrag können Sie je nach Vereinbarung in einem Betrag (Einmalbeitrag), monatlich, viertel-, halbjährlich oder jährlich zahlen.

(2) Den ersten Beitrag oder den Einmalbeitrag 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. Die Versicherungsperiode umfasst bei Einmalbeitrags- und Jahreszahlung ein Jahr, ansonsten entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.

(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 nach unserer Zahlungsaufforderung erfolgt. Ist der Einzug der Beiträge im Lastschriftverfahren vereinbart und kann ein Beitrag aus Gründen, die Sie zu vertreten haben *(z. B. bei nicht ausreichender Deckung auf Ihrem Konto)*, nicht fristgerecht eingezogen werden oder widersprechen Sie einer berechtigten Einziehung von Ihrem Konto, so geraten Sie ebenfalls in Verzug und wir können Ihnen auch die daraus entstehenden Kosten in Rechnung stellen. 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) Sie können mit uns eine zinslose Stundung der Beiträge unter Aufrechterhaltung des vereinbarten Versicherungsschutzes für einen Zeitraum von maximal zwölf Monaten (bei mehrmaliger Stundung insgesamt 24 Monate) in Textform *(z. B. Papierform, E-Mail)* vereinbaren. Voraussetzung für die Stundung ist, dass der Vertrag mindestens seit einem Jahr besteht, der Rückkaufswert (gemäß § 13) Ihrer Versicherung während des Stundungszeitraums den Gesamtbetrag der zu stundenden Beiträge übersteigt und die nach Ablauf der Beitragsstundung verbleibende Beitragszahlungsdauer noch mindestens ein Jahr beträgt. Sie können mehrmals eine Stundung vereinbaren. Eine erneute Stundung ist allerdings nur möglich, wenn Sie die gestundeten Beiträge aus einer früheren Stundung vollständig beglichen haben.

(6) Bei Fälligkeit einer Leistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

§ 12
Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

Erster Beitrag oder Einmalbeitrag

(1) Wenn Sie den ersten Beitrag oder den Einmalbeitrag 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 oder der Einmalbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform *(z. B. Papierform, E-Mail)* oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie das Ausbleiben der Zahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag

(3) Zahlen Sie einen Folgebeitrag oder einen sonstigen Betrag nicht rechtzeitig, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei 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 Versicherungsfalles 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 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.

§ 13
Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen, beitragsfrei stellen oder herabsetzen?

Kündigung

(1) Wenn Sie laufende Beiträge zahlen, können Sie Ihre Versicherung jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (siehe § 11 Absatz 2 Satz 3) in Textform *(z. B. Papierform, E-Mail)* kündigen.

(2) Mit Ihrer Kündigung wandelt sich Ihre Risikoversicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Versicherungssumme um. Für die Bemessung der herabgesetzten beitragsfreien Versicherungssumme gelten die Absätze 3 bis 7.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

(3) Anstelle einer Kündigung nach Absatz 1 können Sie jederzeit in Textform verlangen, zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Fall setzen wir die vereinbarte Versicherungssumme auf eine beitragsfreie Summe herab. Diese wird nach folgenden Gesichtspunkten berechnet:

– nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation,
– für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode und
– unter Zugrundelegung des Wertes nach den Absätzen 4 und 5.

Die beitragsfreie Summe bleibt ab dem Zeitpunkt der Beitragsfreistellung konstant. Nach jeder Beitragsfreistellung können Sie innerhalb von sechs Monaten die Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung wiederherstellen lassen.

(4) Der für die Beitragsfreistellung zur Verfügung stehende Wert errechnet sich nach § 169 Absatz 3 und 5 VVG. Er ist das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechnete Deckungskapital des Vertrages. Bei einem Vertrag mit laufender Beitragszahlung ist der Wert mindestens jedoch der Betrag des Deckungskapitals, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Ist die vereinbarte Versicherungsdauer kürzer als fünf Jahre, verteilen wir diese Kosten auf die Versicherungsdauer. In jedem Fall beachten wir die aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (siehe § 14 Absatz 2 Satz 4).

Abzug

(5) Der aus Ihrem Vertrag für die Bildung der beitragsfreien Versicherungssumme zur Verfügung stehende Betrag mindert sich um rückständige Beiträge. Außerdem nehmen wir einen Abzug in Höhe von 50 % dieses Betrages, mindestens aber um 0,5 % der Versicherungssumme vor. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund der Kündigung oder Beitragsfreistellung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

Bei der Kalkulation des Abzugs werden folgende Umstände berücksichtigt:

a) Veränderungen der Risikolage

   Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass die Risikogemeinschaft sich gleichmäßig aus Versicherungsnehmern mit einem hohen und einem geringeren Risiko zusammensetzt. Da Personen mit einem geringen Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko, wird in Form eines kalkulatorischen Ausgleichs sichergestellt, dass der Risikogemeinschaft durch die vorzeitige Vertragskündigung bzw. Beitragsfreistellung kein Nachteil entsteht.

b) Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital

Wir bieten Ihnen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes Garantien und Optionen. Dies ist möglich, weil ein Teil des dafür erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) durch den Versichertenbestand zur Verfügung gestellt wird. Bei Neuabschluss eines Vertrages partizipiert dieser an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Während der Laufzeit muss der Vertrag daher Solvenzmittel zur Verfügung stellen. Bei Vertragskündigung bzw. Beitragsfreistellung gehen diese Solvenzmittel dem verbleibenden Bestand verloren und müssen deshalb im Rahmen des Abzugs ausgeglichen werden. Der interne Aufbau von Risikokapital ist regelmäßig für alle Versicherungsnehmer die günstigste Finanzierungsmöglichkeit von Optionen und Garantien, da eine Finanzierung über externes Kapital wesentlich teurer wäre.

c) Ausgleich für Überschussbeteiligung in Form des Sofortrabatts

Das der Berechnung des Rückkaufwertes und der beitragsfreien Versicherungssumme zugrunde liegende Deckungskapital wird auf Basis des Beitrags ohne Berücksichtigung der Überschussbeteiligung ermittelt. Ein Teil des Beitrags wurde beim Überschusssystem Sofortrabatt nicht gezahlt. Bei Berücksichtigung der nicht gezahlten Beitragsteile fällt das Deckungskapital niedriger aus. Dies wird durch den Abzug ebenfalls ausgeglichen.

(6) In der Anfangszeit Ihres Vertrages sind wegen der Verrechnung von Kosten, insbesondere der Abschluss- und Vertriebskosten (siehe § 14), keine Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen daher wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme zur Verfügung. Nähere Informationen zur beitragsfreien Versicherungssumme und ihrer Höhe können Sie der beigefügten Tabelle entnehmen.

(7) Haben Sie die Befreiung von der Beitragszahlungspflicht verlangt und erreicht die nach den Absätze 3 bis 5 zu berechnende beitragsfreie Versicherungssumme den Mindestbetrag nach unseren „Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen“ gemäß § 17 Absatz 3 nicht, erhalten Sie statt der beitragsfreien Versicherungssumme – sofern vorhanden – den Rückkaufswert entsprechend § 169 VVG, und der Vertrag endet. Der Rückkaufswert wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode unter Berücksichtigung von Beitragsrückständen berechnet, vermindert um den Abzug gemäß Absatz 5.

(8) Haben Sie die Befreiung von der Beitragszahlungspflicht verlangt und wurde der Vertrag beitragsfrei gestellt, können Sie innerhalb von sechs Monaten nach Aussetzung der Beitragszahlung die Beitragszahlung ohne erneute Gesundheits- und Risikoprüfung mit erhöhtem Beitrag wieder aufnehmen. Dadurch können Sie die versicherten Leistungen wieder bis zur vor der Beitragsfreistellung geltenden Höhe anheben (Wiederinkraftsetzung). Voraussetzung ist, dass zum Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung der Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist und die verbleibende Beitragszahlungsdauer noch mindestens ein Jahr beträgt. Der nach der Wiederinkraftsetzung zu zahlende Beitrag wird mit unveränderten Rechnungsgrundlagen nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnet.

Herabsetzung der Versicherungssumme

(9) Wenn Sie laufende Beiträge zahlen, können Sie anstelle einer Kündigung bzw. Beitragsfreistellung nach Absätze 1 bzw. 3 jederzeit in Textform zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode die Herabsetzung der Versicherungssumme verlangen. Es wird dann sinngemäß nach den Absätze 3 bis 5 die Versicherungssumme nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode herabgesetzt. Dies ist jedoch nur möglich, wenn die verbleibende beitragspflichtige Versicherungssumme und die einzelne Beitragsrate den jeweiligen Mindestbetrag nach unseren „Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen“ gemäß § 17 Absatz 3 erreicht. Anderenfalls können Sie die Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragen. Dieser Antrag führt zur beitragsfreien Fortsetzung der Versicherung, wenn die nach den Absätze 3 bis 5 zu berechnende beitragsfreie Versicherungssumme den Mindestbetrag nach unseren „Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen“ gemäß § 17 Absatz 3 erreicht. Ist das nicht der Fall, so wird nach Absatz 7 verfahren.

Keine Beitragsrückzahlung

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

§ 14
Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?

(1) Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Diese sind in Ihren Beitrag einkalkuliert. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten.

Zu den **Abschluss- und Vertriebskosten** gehören insbesondere Abschlussprovisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschluss- und Vertriebskosten die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen. Zu den **übrigen Kosten** gehören insbesondere die Verwaltungskosten.

Die Höhe der einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten und der darin enthaltenen Verwaltungskosten können Sie den beigefügten Informationen zum Produkt entnehmen.

(2) Wir wenden auf Ihren Vertrag das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung an. Dies bedeutet, dass wir die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten heranziehen. Dies gilt jedoch nicht für den Teil der ersten Beiträge, der für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und 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.

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

(4) Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihres Vertrages keine oder nur geringe Beträge für einen Rückkaufswert oder zur Bildung der beitragsfreien Versicherungssumme vorhanden sind (siehe § 13). Nähere Informationen zu den Rückkaufswerten und beitragsfreien Versicherungssummen sowie ihren jeweiligen Höhen können Sie der beigefügten Tabelle entnehmen.

§ 15
Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?

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

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

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

§ 16
Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?

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

– bei Vertragsabschluss,

– bei Änderung nach Vertragsabschluss oder

– auf Nachfrage

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

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

– Ihrer persönlichen steuerlichen Ansässigkeit,

– der steuerlichen Ansässigkeit dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben und

– der steuerlichen Ansässigkeit des Leistungsempfängers

maßgebend sein können.

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

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

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

§ 17
Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung und welche tarifabhängigen Begrenzungen gelten?

(1) Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag gesondert in Rechnung stellen. Die derzeit gültigen Gebühren können Sie den beigefügten „Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen“ entnehmen. Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Bedingungen.

Wir können Gebühren in angemessener Weise neu festlegen. Über künftige Änderungen werden wir Sie jeweils in Textform *(z. B. Papierform, E-Mail)* unterrichten.

(2) Wir haben uns bei der Bemessung der Pauschale an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand orientiert. Sofern Sie uns nachweisen, dass die der Bemessung zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall dem Grunde nach nicht zutreffen, entfällt die Pauschale. Sofern Sie uns nachweisen, dass die Pauschale der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern ist, wird sie entsprechend herabgesetzt.

(3) Insbesondere aus Kostengründen gelten für Ihre Versicherung bestimmte tarifabhängige Begrenzungen. Die derzeit gültigen Begrenzungen können Sie den beigefügten „Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen“ entnehmen. Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Bedingungen.

Wir können Begrenzungen in angemessener Weise neu festlegen. Über künftige Änderungen werden wir Sie jeweils in Textform unterrichten.

§ 18
Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 19
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.

§ 20
An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?

(1) Wir wollen, dass Sie zufrieden mit uns sind. Sollte etwas an unserem Kundenservice oder Ihrem Versicherungsvertrag nicht Ihren Vorstellungen entsprechen, teilen Sie uns das bitte mit.

Unser Beschwerdemanagement

(2) Sie können uns Ihre Beschwerde jederzeit über den von Ihnen bevorzugten Weg übermitteln. Schreiben Sie uns einen Brief, senden Sie uns eine E-Mail oder rufen Sie uns an. Unsere interne Beschwerdestelle steht Ihnen hierfür zur Verfügung. Sie erreichen diese derzeit wie folgt:

WGV Versicherungen
70164 Stuttgart
E-Mail: LV@wgv.de
Internet: www.wgv.de
Telefon: 0711 1695-1700

(3) 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 e.V.

(4) Wenn Sie Verbraucher sind, können Sie sich an den Versicherungsombudsmann e.V. wenden. Diesen erreichen Sie derzeit wie folgt:

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632
10006 Berlin
Telefon: 0800 369 6000
Fax: 0800 369 9000
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Internet: www.versicherungsombudsmann.de

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

Versicherungsaufsicht

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

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

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

Rechtsweg

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

§ 21
Was gilt bei Sanktionen und Embargos?

(1) Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

(2) Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

§ 22
Was gilt bei Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen?

Sollten einzelne Bestimmungen der dem Vertrag zugrunde liegenden Bedingungen unwirksam sein oder werden, so berührt dies die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht.

VVG = Versicherungsvertragsgesetz
HGB = Handelsgesetzbuch
VAG = Versicherungsaufsichtsgesetz

Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung

Mit diesen Versicherungsbedingungen wenden wir uns an Sie als unseren Versicherungsnehmer und Vertragspartner; für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

Inhaltsverzeichnis

Leistung		**Seite**
§ 1	Welche Leistungen erbringen wir?	12
§ 2	Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?	12
§ 3	In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	14
§ 4	Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?	14
§ 5	Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	15
§ 6	Was gilt nach Anerkennung der Berufsunfähigkeit?	15
§ 7	Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten im Rahmen der Nachprüfung?	15
§ 8	Unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihre Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung verlängern und welche Nachversicherungsgarantien bieten wir Ihnen?	16
Beitrag		
§ 9	Unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihren Beitrag überprüfen lassen (Berufswechsel)?	16
Sonstige Vertragsbestimmungen		
§ 10	Wann können Sie eine Fortsetzungsoption in Anspruch nehmen?	17
§ 11	Welche Besonderheiten gelten für die Überschussbeteiligung?	17
§ 12	Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?	17
§ 13	Was gilt bei Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen?	18

§ 1
Welche Leistungen erbringen wir?

Unsere Leistung bei Berufsunfähigkeit

(1) Wird die versicherte Person *(das ist die Person, auf deren Berufsfähigkeit die Versicherung abgeschlossen ist)* während der Versicherungsdauer berufsunfähig (siehe § 2 Absatz 1 bis 3), erbringen wir folgende Leistungen:

a) Beitragsbefreiung

Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für die Hauptversicherung und die eingeschlossenen Zusatzversicherungen, längstens für die vereinbarte Leistungsdauer.

b) Rente

Wir zahlen die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente, längstens für die vereinbarte Leistungsdauer.

c) Garantierte Rentensteigerung

Bei Vereinbarung einer garantierten Rentensteigerung erhöht sich die Rente im Leistungsbezug jeweils zum Jahrestag des Versicherungsbeginns um den vereinbarten Prozentsatz. Die Erhöhung erfolgt erstmals zu dem auf den Beginn der Leistungspflicht folgenden Jahrestag. Mit dem Ende des Versicherungsfalls reduziert sich der Versicherungsschutz wieder auf die Höhe, die vereinbart war, bevor der Leistungsfall eingetreten ist.

d) Wiedereingliederungshilfe

Wir zahlen zusätzlich einen Betrag in Höhe von sechs Monatsrenten, wenn unsere Leistungen wegen Wiederaufnahme der zuletzt ausgeübten oder Aufnahme einer anderen beruflichen Tätigkeit wegfallen (vgl. § 6). Die Wiedereingliederungshilfe zahlen wir nur, wenn zum Zeitpunkt der Anspruchsentstehung die verbleibende vertraglich vereinbarte Leistungsdauer für die Berufsunfähigkeitsrente noch mindestens zwölf Monate beträgt. Wenn bei der versicherten Person innerhalb von sechs Monaten erneut eine Berufsunfähigkeit aufgrund derselben medizinischen Ursache eintritt, verrechnen wir im Fall der Anerkennung unserer Leistungspflicht die Einmalzahlung mit den Berufsunfähigkeitsrenten. Die Wiedereingliederungshilfe kann während der Leistungsdauer einmal beansprucht werden.

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.

Unsere Leistung bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit

(2) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer berufsunfähig infolge Pflegebedürftigkeit (siehe § 2 Absatz 6 bis 10), ohne dass Berufsunfähigkeit im Sinne von § 2 Absatz 1 bis 3 vorliegt, erbringen wir – längstens für die vereinbarte Leistungsdauer – die in Absatz 1 genannten Versicherungsleistungen.

Weitere Regelungen zu unseren Leistungen

(3) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rentenzahlung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Sie müssen uns die Berufsunfähigkeit in Textform *(z. B. Papierform, E-Mail)* mitteilen. Bei späterer Anzeige erbringen wir die Leistungen auch rückwirkend, längstens jedoch rückwirkend für drei Jahre ab Eingang Ihrer Anzeige bei uns. Diese Einschränkung gilt nicht, wenn die verspätete Mitteilung nicht verschuldet worden ist.

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

– Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt,

– die versicherte Person stirbt oder

– die vereinbarte Leistungsdauer abläuft.

Für die Zahlung der Wiedereingliederungshilfe gilt Absatz 1 d.

(5) Geht die Leistungsdauer über die Versicherungsdauer hinaus, können Ansprüche, die durch den Eintritt der Berufsunfähigkeit vor Ablauf der Versicherungsdauer entstanden sind, auch nach deren Ablauf geltend gemacht werden. Der Anspruch auf Leistungen entsteht und erlischt jeweils zu den in den Absätzen 3 bis 4 genannten Zeitpunkten.

(6) Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen. Auf Ihren Antrag hin werden Ihnen diese Beiträge bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht nach § 5 zinslos gestundet.

(7) Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

(8) Renten zahlen wir monatlich im Voraus.

Unsere Leistung aus der Überschussbeteiligung

(9) Wir beteiligen Sie an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven (siehe § 11).

§ 2
Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

Berufsunfähigkeit

(1) Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person *(das ist die Person, auf deren Berufsfähigkeit die Versicherung abgeschlossen ist)* infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, nicht mehr zu mindestens 50 % ausüben kann und auch keine andere Tätigkeit ausübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Der bisherigen Lebensstellung entspricht nur eine Tätigkeit, die in ihrer Vergütung und sozialen Wertschätzung nicht spürbar unter das Niveau der bislang ausgeübten Tätigkeit absinkt.

Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung.

(2) Für Selbstständige/Betriebsinhaber ist für die Anerkennung der Berufsunfähigkeit zusätzlich zu Absatz 1 Voraussetzung, dass auch nach einer zumutbaren Umorganisation des Arbeitsplatzes keine Betätigungsmöglichkeit mehr verbleibt, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

(3) Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen in Folge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, zu mindestens 50 % außerstande gewesen, ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, auszuüben und hat sie in dieser Zeit auch keine andere Tätigkeit ausgeübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht, gilt dieser Zustand von Beginn an als Berufsunfähigkeit. Absatz 2 gilt entsprechend.

(4) Ein Berufswechsel während der Versicherungsdauer ist vom Versicherungsschutz umfasst.

(5) Scheidet die versicherte Person vorübergehend aus dem Berufsleben aus und werden später Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt, wird der zuletzt ausgeübte Beruf für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit herangezogen. Scheidet die versicherte Person dauerhaft aus dem Berufsleben aus und werden später Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt, kommt es bei der Anwendung der Absätze 1 bis 3 darauf an, dass die versicherte Person außerstande ist, eine Tätigkeit auszuüben, zu der sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit

(6) Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich sechs Monate für mindestens 3 der in Absatz 8 genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf.

(7) Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig in mindestens 3 der in Absatz 8 genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen gewesen, gilt dieser Zustand von Beginn an als Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

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

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

– Fortbewegen im Zimmer 1 Punkt

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

– Aufstehen und Zubettgehen 1 Punkt

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

– An- und Auskleiden 1 Punkt

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

– Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken 1 Punkt

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

– Waschen, Kämmen oder Rasieren 1 Punkt

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

– Verrichten der Notdurft 1 Punkt

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

– sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,

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

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

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

(9) Unabhängig von der Bewertung aufgrund der Punktetabelle liegt Pflegebedürftigkeit vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf. Dasselbe gilt, wenn die versicherte Person dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann oder wenn die versicherte Person der Bewahrung bedarf. Bewahrung liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann.

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

Berufsunfähigkeit als Folge eines Tätigkeitsverbots (Infektionsklausel)

(11) Berufsunfähigkeit als Folge eines Tätigkeitsverbots liegt vor, wenn bei der versicherten Person folgende Voraussetzungen vorliegen:

– Von ihr geht eine Infektionsgefahr aus, weil bei ihr eine Infektion, Krankheit oder Ausscheidung festgestellt wurde.

– Das Tätigkeitsverbot wurde nicht ausschließlich wegen eines Verdachts auf eine Infektion, Krankheit oder Ausscheidung ausgestellt.

– Die zuständige Behörde hat ihr nach § 31 Bundesinfektionsschutzgesetz (IfSG) die berufliche Tätigkeit ganz oder teilweise untersagt. Ein Tätigkeitsverbot allein auf Grund einer präventiven Allgemeinverfügung erfüllt die Voraussetzung der hier versicherten Infektionsklausel nicht.

– Sie darf ihre Tätigkeit zu mindestens 50 % nicht mehr ausüben.

– Das Tätigkeitsverbot muss sich über mindestens sechs Monate erstrecken.

– Ihr Arbeitgeber betraut sie für die Dauer des Verbots nicht mit einer anderen Tätigkeit.

Berufsunfähigkeit bei Erwerbsminderung

(12) Berufsunfähigkeit liegt auch vor,

– solange ein Träger der Deutschen Rentenversicherung der versicherten Person allein aus medizinischen Gründen eine unbefristete Rente aufgrund voller Erwerbsminderung gewährt und

– die versicherte Person bei Beginn der Rentenzahlung durch den Versorgungsträger das 55. Lebensjahr vollendet hat und

– der Vertrag mindestens fünf Jahre besteht und

– kein individuell vereinbarter Leistungsausschluss besteht.

Für den Begriff der vollen Erwerbsminderung gilt die Definition gemäß dem Sozialgesetzbuch (SGB) in der zum Zeitpunkt des Antrags auf Leistungen gültigen Fassung.

Berufsunfähigkeit infolge allgemeiner Dienstunfähigkeit

(13) Ein versicherter Beamter gilt ebenfalls als berufsunfähig im Sinne von Absatz 1, wenn er infolge seines Gesundheitszustandes vor Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze aufgrund von allgemeiner Dienstunfähigkeit im Sinne des Beamtenrechts entlassen oder in den Ruhestand versetzt wird. Dies hat die versicherte Person durch ein entsprechendes Zeugnis, welches von einem Amtsarzt oder einem vom Dienstherrn als Gutachter beauftragten Arzt erstellt wurde, und durch die Verfügung sowie die Urkunde über die Entlassung aus dem öffentlichen Dienst oder die Versetzung in den Ruhestand nachzuweisen.

(14) Übt die infolge ihres Gesundheitszustandes wegen Dienstunfähigkeit vorzeitig in den Ruhestand versetzte oder entlassene versicherte Person konkret eine Tätigkeit im Sinne von Absatz 1 aus, liegt keine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor.

(15) Die vorstehenden Regelungen zur allgemeinen Dienstunfähigkeit gelten für Richter und Kirchenbeamte entsprechend.

§ 3
In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache die Berufsunfähigkeit beruht. Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:

a) durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person *(das ist die Person, auf deren Berufsfähigkeit die Versicherung abgeschlossen ist);*

b) durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;

c) durch folgende von der versicherten Person vorgenommene Handlungen:

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

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

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

e) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden, dass zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Behörde tätig wurde;

f) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse.

Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht entfällt, wenn die versicherte Person während eines Auslandsaufenthalts überraschend von Kriegsereignissen oder von inneren Unruhen, an welchen sie nicht aktiv beteiligt ist, betroffen wird, bis zum Ende des zehnten Tages nach deren Beginn. Ist die versicherte Person aus objektiven Gründen gehindert, das Gefahrengebiet zu verlassen, besteht der Versicherungsschutz auch nach Ablauf des zehnten Tages weiter. Die Hinderungsgründe dürfen in diesem Fall nicht durch Interessen der versicherten Person entstanden sein.

Für Angehörige der deutschen Bundeswehr oder anderer staatlich organisierter Kriseneinsatzkräfte, wie z. B. der Polizei oder des Bundesgrenzschutzes, ist die unmittelbar oder mittelbar durch die Teilnahme an mandatierten Missionen der Vereinten Nationen, Einsätzen im Rahmen von Bündnisverpflichtungen oder Einsätzen unter Führung überstaatlicher Institutionen und Einrichtungen sowie Auslandseinsätzen unter nationaler Verantwortung mit vergleichbarem Gefährdungspotenzial verursachte Berufsunfähigkeit, vorbehaltlich einer anderweitigen ausdrücklichen Vereinbarung in Textform *(z. B. Papierform, E-Mail)*, nicht mitversichert.

Die Verwendung für humanitäre Hilfsdienste und Hilfeleistungen im Ausland ist von dieser Einschränkung der Leistungspflicht nicht erfasst, sofern die versicherte Person dabei nicht in bewaffnete Unternehmungen einbezogen ist.

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

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

(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) ein Zeugnis über den Tag der Geburt der versicherten Person *(das ist die Person, auf deren Berufsfähigkeit die Versicherung abgeschlossen ist)*;

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

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

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

e) Angaben über Einkommen aus beruflicher Tätigkeit;

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

g) eine Aufstellung

- der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war, ist oder – sofern bekannt – sein wird,
- der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger oder sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Berufsunfähigkeit geltend machen könnte,
- über den derzeitigen Arbeitgeber und frühere Arbeitgeber der versicherten Person;

h) bei „Berufsunfähigkeit bei Erwerbsminderung“ (siehe § 2 Absatz 12) einen Nachweis, dass die Erwerbsminderung ausschließlich wegen medizinischer Gründe vorliegt.

i) bei „Berufsunfähigkeit infolge allgemeiner Dienstunfähigkeit“ (siehe § 2 Absatz 13) das Zeugnis des Amtsarztes oder eines vom Dienstherrn als Gutachter beauftragten Arztes, der rechtsmittelfähige Bescheid und die Urkunde über die Versetzung in den Ruhestand oder die Entlassung aus dem öffentlichen Dienst.

Darüber hinaus können wir verlangen, dass uns die Auskunft nach dem Paragraphen „Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?“ der Hauptversicherung gegeben wird.

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

Wenn sich die versicherte Person im Ausland aufhält, können wir verlangen, dass die Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir die Untersuchungskosten sowie die vorher mit uns abgestimmten Reise- und Aufenthaltskosten. Mit

unserer Zustimmung können die erforderlichen Untersuchungen auch außerhalb Deutschlands durchgeführt werden.

Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, Pflegeheime und Pflegepersonen, andere Personenversicherer und gesetzliche Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden zu ermächtigen, uns auf Anfrage Auskunft zur Beurteilung des Versicherungsfalles und zur Überprüfung der Angaben vor Vertragsannahme zu erteilen.

Hat die versicherte Person die Ermächtigung vor Abgabe der Vertragserklärung erteilt, wird sie vor Einholung einer solchen Auskunft von uns unterrichtet werden; die versicherte Person kann der Einholung einer solchen Auskunft unter Verwendung der bei Abgabe der Vertragserklärung erteilten Ermächtigung widersprechen. Im Übrigen kann die versicherte Person jederzeit verlangen, dass die Auskunftserhebung nur bei Einzeleinwilligung erfolgt oder dass sie die erforderlichen Unterlagen selbst beibringt. Entsteht durch die Erteilung einer Einzeleinwilligung ein besonderer Aufwand bei der Bearbeitung des Leistungsantrags, so können wir von der versicherten Person die hiermit verbundenen Kosten in angemessener Höhe erstattet verlangen.

(3) Lässt die versicherte Person invasive Behandlungsmaßnahmen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt anordnet, um die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu vermindern, nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nicht entgegen. Die versicherte Person ist allerdings verpflichtet, zumutbaren ärztlichen Anweisungen zur Besserung ihrer gesundheitlichen Verhältnisse Folge zu leisten.

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

(5) Bei Überweisung von Leistungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt die empfangsberechtigte Person die damit verbundene Gefahr.

§ 5
Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

(1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in Textform *(z. B. Papierform, E-Mail),* ob und in welchem Umfang wir eine Leistungspflicht anerkennen.

(2) Auf die Möglichkeit eines zeitlich befristeten Anerkenntnisses verzichten wir ausdrücklich.

§ 6
Was gilt nach Anerkennung der Berufsunfähigkeit?

Nachprüfung

(1) Wenn wir unsere Leistungspflicht unbefristet anerkannt haben oder sie gerichtlich festgestellt worden ist, sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit oder die Pflegebedürftigkeit nachzuprüfen. Dabei können wir erneut prüfen, ob die versicherte Person *(das ist die Person, auf deren Berufsfähigkeit die Versicherung abgeschlossen ist)* eine andere ihrer bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit im Sinne von § 2 ausübt, wobei neu erworbene berufliche Fähigkeiten zu berücksichtigen sind, oder – der in § 2 Absatz 2 bezeichnete Personenkreis – eine solche Tätigkeit nach zumutbarer Umorganisation des Arbeitsplatzes ausüben könnte.

(2) Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte anfordern und einmal jährlich verlangen, dass sich die versicherte Person durch von uns beauftragte Ärzte umfassend untersuchen lässt. Hierbei anfallende Kosten sind von uns zu tragen. Die Bestimmungen des § 4 Absatz 2 gelten entsprechend.

Berufsunfähigkeit infolge allgemeiner Dienstunfähigkeit

(3) Beamten des öffentlichen Dienstes, die aufgrund eines amtsärztlichen Zeugnisses wegen allgemeiner Dienstunfähigkeit vorzeitig in den Ruhestand versetzt worden sind und Leistungen auf der Grundlage von § 2 Absatz 13 erhalten, zahlen wir die versicherte Leistung aufgrund von Berufsunfähigkeit solange die Versorgungsbezüge fortlaufend gezahlt werden. In diesem Fall genügt der Nachweis über die Fortzahlung der Versorgungsbezüge.

(4) Beamten des öffentlichen Dienstes, die aufgrund eines amtsärztlichen Zeugnisses wegen allgemeiner Dienstunfähigkeit vorzeitig entlassen wurden und keine Bezüge nach dem Beamtenversorgungsgesetz erhalten, zahlen wir die versicherte Leistung so lange

– die versicherte Person keine konkrete Tätigkeit im Sinne von § 2 Absatz 14 ausübt und
– die zur Entlassung oder zur allgemeinen Dienstunfähigkeit führenden Erkrankungen zumindest unverändert fortbestehen.

Die Mitwirkungspflichten des Absatz 2 gelten bei entlassenen Beamten entsprechend.

Mitteilungspflicht

(5) Sie müssen uns unverzüglich *(d. h. ohne schuldhaftes Zögern)* mitteilen, wenn eine berufliche Tätigkeit wieder aufgenommen wird bzw. sich ändert. Liegt Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 Absatz 13 bis 15 vor, so müssen Sie uns Änderungen der Versetzung in den Ruhestand bzw. der Entlassung ebenfalls unverzüglich mitteilen.

Leistungsfreiheit

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

(7) Liegt Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit vor und hat sich die Art des Pflegefalls geändert oder sein Umfang gemindert und fällt die Einstufung des Pflegefalls unter 3 Punkte (siehe § 2 Absatz 8), stellen wir unsere Leistungen ein. Absatz 6 Satz 2 und 3 gelten entsprechend, wenn wir unsere Leistungen einstellen.

(8) Liegt Berufsunfähigkeit infolge voller Erwerbsminderung vor und endet die volle Erwerbsminderung (siehe § 2 Absatz 12), stellen wir unsere Leistungen ein. Die Einstellung unserer Leistungen werden wir Ihnen in Textform darlegen. Absatz 6 Satz 2 und 3 gelten entsprechend, wenn wir unsere Leistungen einstellen.

(9) Liegt Berufsunfähigkeit infolge allgemeiner Dienstunfähigkeit vor und ist die allgemeine Dienstunfähigkeit im Sinne des § 2 Absatz 13 bis 15 entfallen, stellen wir unsere Leistungen ein. Die Einstellung unserer Leistungen werden wir Ihnen in Textform darlegen. Absatz 6 Satz 2 und 3 gelten entsprechend, wenn wir unsere Leistungen einstellen.

§ 7
Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten im Rahmen der Nachprüfung?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 6 von Ihnen, der versicherten *Person (das ist die Person, auf deren Berufsfähigkeit die Versicherung abgeschlossen ist)* oder dem Ansprucherhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, leisten wir nicht. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform *(z. B. Papierform, E-Mail)* auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

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

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

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

§ 8
Unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihre Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung verlängern und welche Nachversicherungsgarantien bieten wir Ihnen?

Verlängerungsrecht

(1) Sie haben das Recht, im Fall der Erhöhung der Regelaltersgrenze in der Deutschen Rentenversicherung, eine entsprechende Verlängerung der Versicherungs- und Leistungsdauer Ihres Versicherungsvertrags ohne erneute Gesundheits- und Risikoprüfung gegen einen zusätzlichen Beitrag zu verlangen. Die Versicherungs- und Leistungsdauer kann um die Zeitspanne verlängert werden, um die die Regelaltersgrenze erhöht wurde, höchstens jedoch bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres der versicherten Person *(das ist die Person, auf deren Berufsfähigkeit die Versicherung abgeschlossen ist)*. Ist diese Verlängerung nach den zum Zeitpunkt des Antrags auf Vertragsverlängerung maßgeblichen Begrenzungen nicht versicherbar, kann stattdessen bis zum jeweiligen höchstmöglichen Endalter verlängert werden.

(2) Die Verlängerung Ihres Versicherungsvertrags können Sie innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der gesetzlichen Änderung verlangen.

(3) Von diesem Recht können Sie während der Vertragslaufzeit nur einmal Gebrauch machen.

(4) Ein Recht auf Verlängerung der Versicherungs- und Leistungsdauer besteht nicht, wenn

– das rechnungsmäßige Alter *(Das rechnungsmäßige Alter ist die Differenz zwischen dem betreffenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr.)* bei Ablauf der ursprünglich vereinbarten Versicherungsdauer kleiner als 63 Jahre ist,
– die versicherte Person das 45. Lebensjahr vollendet hat oder
– bereits Berufsunfähigkeit oder Dienstunfähigkeit eingetreten ist oder
– eine Leistung aus dem Vertrag beantragt wurde.

(5) Es finden der gleiche Tarif mit den für ihn gültigen Rechnungsgrundlagen sowie alle Bestimmungen wie für die ursprünglich versicherte Rente sinngemäß Anwendung, insbesondere gilt die gleiche Risikoeinstufung (Berufsgruppe, Leistungsbeschränkungen, Beitragszuschläge).

(6) Wenn wir bei dem zugrunde liegenden Vertrag eine vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung feststellen, sind wir berechtigt, von der Vertragsverlängerung innerhalb eines Monats ab Kenntnis von dieser Anzeigepflichtverletzung zurückzutreten. Der Rücktritt von der Vertragsverlängerung kann nur innerhalb von fünf Jahren ab ihrem Vertragsabschluss erfolgen. Das Verlängerungsrecht erlischt.

Nachversicherung

(7) Aufgrund der Nachversicherungsgarantie haben Sie das Recht, Ihre bei Vertragsabschluss vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente nach Eintritt eines der nachfolgend beschriebenen Ereignisse ohne erneute Gesundheits- und Risikoprüfung, ausgenommen finanzielle Angemessenheitsprüfung, gegen einen zusätzlichen Beitrag zu erhöhen:

– Kauf einer Wohnimmobilie mit einem Verkehrswert von mindestens 50.000 EUR zur Eigennutzung durch die versicherte Person;
– Heirat der versicherten Person;
– Geburt eines Kindes der versicherten Person;
– Adoption eines minderjährigen Kindes durch die versicherte Person;
– Erfolgreicher Abschluss einer Meisterprüfung durch die versicherte Person. Maßgeblich ist der Tag der letzten für den Abschluss notwendigen Prüfung;
– Erfolgreicher Abschluss eines Hochschul- oder Fachhochschulstudiums durch die versicherte Person. Maßgeblich ist der Tag der letzten für den Abschluss notwendigen Prüfung;
– Erfolgreicher Abschluss einer Promotion durch die versicherte Person. Maßgeblich ist der Tag der letzten für den Abschluss notwendigen Prüfung;
– Einkommenserhöhung des monatlich erzielten Arbeitseinkommens von mindestens 6.000 EUR bzw. 20 % innerhalb eines Jahres aus nichtselbstständiger Tätigkeit der versicherten Person;
– Aufnahme einer selbstständigen beruflichen Tätigkeit in einem anerkannten Ausbildungsberuf oder in einem Beruf, der die Mitgliedschaft in einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft erfordert (verkammerter Beruf), sofern die versicherte Person aus dieser beruflichen Tätigkeit ihr hauptsächliches Erwerbseinkommen bezieht.

(8) In den ersten fünf Jahren der Vertragslaufzeit können Sie die versicherte Berufsunfähigkeitsrente auch ohne besonderen Anlass ohne erneute Gesundheitsprüfung einmalig erhöhen. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person zum Erhöhungszeitpunkt das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

(9) Das Recht auf Nachversicherung kann nur innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt des Ereignisses wahrgenommen werden. Der Eintritt des Ereignisses ist uns innerhalb dieses Zeitraumes in geeigneter Form nachzuweisen.

(10) Die Nachversicherung wird mit der noch ausstehenden Versicherungs-, Beitragszahlungs- und Leistungsdauer der ursprünglichen Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung abgeschlossen. Es finden der gleiche Tarif mit den für ihn gültigen Rechnungsgrundlagen sowie alle Bestimmungen wie für die ursprünglich versicherte Rente sinngemäß Anwendung, insbesondere gilt die gleiche Risikoeinstufung (Berufsgruppe, Leistungsbeschränkungen, Beitragszuschläge).

(11) Die Erhöhung ist pro Ereignis auf 50 % der ursprünglich versicherten Berufsunfähigkeitsrente und auf 500 EUR Monatsrente begrenzt. Die Erhöhungen aller Nachversicherungen dürfen für ein und dieselbe versicherte Person insgesamt höchstens 100 % der ursprünglich vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente betragen, wobei die versicherte Gesamtmonatsrente 2.500 EUR nicht überschreiten darf. Die Gesamtmonatsrente muss auch nach eventuellen Erhöhungen aufgrund der Nachversicherungsgarantie finanziell angemessen in Bezug auf die Einkommensverhältnisse der versicherten Person sein; ein entsprechendes Überprüfungsrecht behalten wir uns vor.

(12) Wenn wir bei dem zugrunde liegenden Vertrag eine vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung feststellen, sind wir berechtigt, von dem Nachversicherungsvertrag innerhalb eines Monats ab Kenntnis von dieser Anzeigepflichtverletzung zurückzutreten. Der Rücktritt vom Nachversicherungsvertrag kann nur innerhalb von fünf Jahren ab seinem Vertragsabschluss erfolgen. Das Nachversicherungsrecht erlischt.

(13) Das Recht auf Nachversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung erlischt, wenn

– die versicherte Person das 45. Lebensjahr vollendet hat,
– die verbleibende Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung weniger als fünf Jahre beträgt,
– bereits Berufsunfähigkeit oder Dienstunfähigkeit eingetreten ist oder
– eine Leistung aus dem Vertrag beantragt wurde.

§ 9
Unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihren Beitrag überprüfen lassen (Berufswechsel)?

(1) Sie haben das Recht, die Berufsgruppeneinstufung der versicherten Person *(das ist die Person, auf deren Berufsfähigkeit die Versicherung abgeschlossen ist)* ohne erneute Gesundheitsprüfung neu vornehmen zu lassen. Sofern dies zu einer besseren Berufsgruppeneinstufung führt, legen wir ab der auf die Feststellung folgenden Beitragsfälligkeit den günstigeren Beitrag zu Grunde. Alle sonstigen vertraglichen Vereinbarungen bestehen fort.

(2) Voraussetzung für die Ausübung der Berufswechselprüfung ist:

– die versicherte Person hat das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet,
– der Vertrag befindet sich maximal im 10. Versicherungsjahr,
– zur Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung werden laufende Beiträge gezahlt,
– die versicherte Person hat den Beruf gewechselt und

– die versicherte Person übt ihre neue Berufstätigkeit seit mindestens sechs Monaten in Vollzeit aus.

(3) Den Eintritt der vorgenannten Voraussetzung müssen Sie uns innerhalb von zwölf Monaten nach Erfüllen der Voraussetzung nachweisen. Die Berufsgruppeneinstufung erfolgt zu den bei Vertragsabschluss gültigen Rechnungsgrundlagen.

§ 10
Wann können Sie eine Fortsetzungsoption in Anspruch nehmen?

Bei einer Versicherung für zwei verbundene Leben erlischt der Vertrag, wenn eine der versicherten Personen *(das ist die Person, auf deren Leben die Versicherung abgeschlossen ist)* stirbt. Damit die gegen Berufsunfähigkeit versicherte, überlebende Person diesen Schutz nicht verliert, bieten wir ihr Folgendes an: sie kann ohne erneute Gesundheitsprüfung innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Erlöschen ihres bisherigen Versicherungsschutzes durch Tod der versicherten Person eine neue Einzelversicherung mit Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung auf ihre Person abschließen. Der Versicherungsumfang (Tarif, Versicherungs-, Leistungsdauer, Versicherungssumme, Berufsunfähigkeitsrente) darf sich jedoch gegenüber der erloschenen Versicherung für zwei verbundene Leben nicht erhöhen.

§ 11
Welche Besonderheiten gelten für die Überschussbeteiligung?

(1) Sie erhalten gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) eine Überschussbeteiligung. Dafür gelten die Regelungen zur Überschussbeteiligung in den Allgemeinen Bedingungen Ihrer Hauptversicherung. Nachfolgend erläutern wir Ihnen die Besonderheiten der Überschussbeteiligung dieser Zusatzversicherung.

(2) Wichtigster Einflussfaktor vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit ist die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Überschüsse entstehen insbesondere, wenn die Aufwendungen für das Berufsunfähigkeitsrisiko und die Kosten sich günstiger entwickeln als bei der Tarifkalkulation zugrunde gelegt.

(3) Die Beiträge für Ihre Zusatzversicherung dienen vorrangig der Deckung von Berufsunfähigkeitsrisiken. Vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit werden Überschüsse standardmäßig mit den Beiträgen verrechnet (vgl. Absatz 5 a). Es stehen daher keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung, aus denen Kapitalerträge entstehen können. Erst nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit ist auch die Entwicklung des Kapitalmarkts von größerer Bedeutung.

(4) Aus diesem Grund entstehen vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit auch keine oder nur geringfügige Bewertungsreserven. Soweit Bewertungsreserven überhaupt entstehen, wird deren Höhe monatlich neu ermittelt.

Wie erfolgt die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages?

(5) Ihre Zusatzversicherung erhält Anteile an den Überschüssen des Abrechnungsverbandes der jeweiligen Hauptversicherung, der in Ihrem Versicherungsschein genannt ist.

a) Vor Eintritt der Berufsunfähigkeit:

Es werden jährliche Überschussanteile gewährt. Die jährlichen Überschussanteile bestehen aus einem Sofortrabatt (Verrechnung mit jedem fälligen Beitrag). Bezugsgröße für den Sofortrabatt ist die jeweils fällige Beitragsrate. Eine Wartezeit entfällt.

Die Höhe des jeweiligen Prozentsatzes für den Sofortrabatt bzw. den Überschussanteil kann abhängig von der Berufsgruppe und von der Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung festgelegt werden.

Bei Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung kann zusätzlich ein Schlussüberschussanteil, bezogen auf die maßgebliche Beitragssumme, gewährt werden, sofern keine Leistungspflicht eingetreten war.

b) Nach Eintritt der Berufsunfähigkeit:

Es werden jährliche Überschussanteile gewährt. Die jährlichen Überschussanteile bestehen aus Zinsüberschussanteilen, die in Prozent der maßgeblichen Deckungsrückstellung bemessen werden. *(Eine Deckungsrückstellung bilden wir, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können. Die Deckungsrückstellung wird nach § 88 Absatz 3 VAG und § 341e und § 341f HGB sowie den dazu erlassenen Rechtsverordnungen berechnet.)* Die maßgebliche Deckungsrückstellung ist das nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Tarifkalkulation berechnete Deckungskapital zum Zuteilungstermin. Die Zinsüberschussanteile werden jeweils zum Ende des Versicherungsjahres zugeteilt. Bei der Beitragsbefreiung werden sie verzinslich angesammelt oder zusammen mit den Überschussanteilen der Hauptversicherung verwendet. Bei der Barrente werden die Zinsüberschussanteile zur Erhöhung der Rente (Bonusrente) verwendet.

c) Beteiligung an den Bewertungsreserven:

Bei Beendigung Ihrer Hauptversicherung gilt Folgendes: Wir teilen Ihrem Vertrag dann den für diesen Zeitpunkt zugeordneten Anteil an den Bewertungsreserven gemäß der jeweils geltenden gesetzlichen Regelung zu; derzeit sieht § 153 Absatz 3 VVG eine Beteiligung in Höhe der Hälfte der zugeordneten Bewertungsreserven vor. Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

Der Ihrer Zusatzversicherung zugeordnete Betrag der Bewertungsreserven wird mithilfe einer Maßzahl, die die Entwicklung eines eventuell vorhandenen Ansammlungsguthabens Ihrer Zusatzversicherung bis zum Zuteilungszeitpunkt berücksichtigt, ermittelt. Dabei ergibt sich Ihr Anteil an den verteilungsfähigen Bewertungsreserven aus dem Verhältnis der Maßzahl Ihres Vertrages zur Summe der Maßzahlen aller anspruchsberechtigten Verträge. Weitere Informationen zur Beteiligung an den Bewertungsreserven und zu den Bewertungsstichtagen können Sie unserem Geschäftsbericht entnehmen.

Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

(6) Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab, die nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar sind. Einflussfaktoren sind insbesondere die Entwicklung des Berufsunfähigkeitsrisikos, des Kapitalmarkts und der Kosten. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch null Euro betragen.

Wie informieren wir über die Überschussbeteiligung?

(7) Die festgelegten Überschussanteilsätze veröffentlichen wir jährlich in unserem Geschäftsbericht. Diesen finden Sie auf unserer Internetseite.

§ 12
Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

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

(2) Abweichend vom Paragraphen über die vorvertragliche Anzeigepflicht in den Allgemeinen Bedingungen für die jeweilige Hauptversicherung können wir jedoch das Recht auf Rücktritt, Kündigung oder Vertragsanpassung der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung binnen fünf Jahren seit deren Vertragsabschluss ausüben. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Wenn diese Zusatzversicherung durch Rücktritt oder Anfechtung aufgehoben wird, zahlen wir den Rückkaufswert, soweit ein solcher vorhanden ist (vgl. Absatz 4 und 5). Eine Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

(3) Die Zusatzversicherung kann nur mit laufender Beitragszahlung abgeschlossen werden. Bei Beitragsfreistellung der Hauptversicherung – gleich aus welchem Grund – wird die Zusatzversicherung ausgeschlossen. Ein evtl. vorhandener Rückkaufswert (vgl. Absatz 4 und 5) aus der Zusatzversicherung wird bei der

Hauptversicherung angerechnet und erhöht dort ggf. die beitragsfreie Versicherungsleistung.

(4) Die Zusatzversicherung können Sie für sich allein kündigen. In den letzten fünf Versicherungsjahren der Zusatzversicherung kann diese jedoch nur zusammen mit der Hauptversicherung gekündigt werden. Soweit vorhanden, erhalten Sie den Rückkaufswert nach § 169 VVG aus der Zusatzversicherung, wenn aus dieser noch keine Leistung anerkannt wurde.

Abzug

(5) Der Rückkaufswert nach Absatz 3 und 4 mindert sich um rückständige Beiträge. Außerdem nehmen wir einen Abzug in Höhe von 50 % vor. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versicherungsbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

Bei der Kalkulation des Abzugs werden folgende Umstände berücksichtigt:

a) Veränderungen der Risikolage

   Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass die Risikogemeinschaft sich gleichmäßig aus Versicherungsnehmern mit einem hohen und einem geringeren Risiko zusammensetzt. Da Personen mit einem geringen Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko, wird in Form eines kalkulatorischen Ausgleichs sichergestellt, dass der Risikogemeinschaft durch die vorzeitige Vertragskündigung bzw. Beitragsfreistellung kein Nachteil entsteht.

b) Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital

   Wir bieten Ihnen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes Garantien und Optionen. Dies ist möglich, weil ein Teil des dafür erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) durch den Versichertenbestand zur Verfügung gestellt wird. Bei Neuabschluss eines Vertrages partizipiert dieser an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Während der Laufzeit muss der Vertrag daher Solvenzmittel zur Verfügung stellen. Bei Vertragskündigung bzw. Beitragsfreistellung gehen diese Solvenzmittel dem verbleibenden Bestand verloren und müssen deshalb im Rahmen des Abzugs ausgeglichen werden. Der interne Aufbau von Risikokapital ist regelmäßig für alle Versicherungsnehmer die günstigste Finanzierungsmöglichkeit von Optionen und Garantien, da eine Finanzierung über externes Kapital wesentlich teurer wäre.

c) Ausgleich für Überschussbeteiligung in Form des Sofortrabatts

   Das der Berechnung des Rückkaufwertes und der beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente zugrunde liegende Deckungskapital wird auf Basis des Beitrags ohne Berücksichtigung der Überschussbeteiligung ermittelt. Ein Teil des Beitrags wurde beim Überschusssystem Sofortrabatt nicht gezahlt. Bei Berücksichtigung der nicht gezahlten Beitragsteile fällt das Deckungskapital niedriger aus. Dies wird durch den Abzug ebenfalls ausgeglichen.

(6) Bei Herabsetzung der Zusatzversicherung gelten die Absätze 3 bis 5 entsprechend. Eine Herabsetzung der versicherten Rente ist allerdings nur möglich, wenn die verbleibende Monatsrente nicht unter den Mindestbetrag sinkt, der in unseren „Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen“ aufgeführt ist. Die derzeit gültigen „Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen“ können Sie den beigefügten Unterlagen entnehmen. Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Bedingungen. Wir können Begrenzungen in angemessener Weise neu festlegen. Über künftige Änderungen werden wir Sie jeweils in Textform *(z. B. Papierform, E-Mail)* unterrichten.

(7) Wird bei Einschluss der Zusatzversicherung zu einer Risikoversicherung im Rahmen der Nachversicherungsgarantie die Versicherungssumme erhöht, bezieht sich eine mitversicherte Beitragsbefreiung aus der Zusatzversicherung auch auf die erhöhte Versicherungssumme. Eine mitversicherte Berufsunfähigkeitsrente erhöht sich jedoch nicht. Die Möglichkeit zur Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente ergibt sich ggf. aus der Nachversicherungsgarantie der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung gemäß § 8. Bei Ausübung des Verlängerungsrechts für die Hauptversicherung ändert sich die Dauer der Zusatzversicherung nicht.

Wird bei Einschluss der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung zu einer Rentenversicherung eine Zuzahlung für die Hauptversicherung vorgenommen, so ändern sich die Leistungen der Beitragsbefreiung und der Berufsunfähigkeitsrente nicht.

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

(9) Ansprüche aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, die auf bereits vor der Kündigung, Herabsetzung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung eingetretener Berufsunfähigkeit beruhen, werden durch Kündigung, Herabsetzung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung nicht berührt. Falls die vereinbarte Leistungsdauer der Zusatzversicherung die Versicherungsdauer übersteigt, werden Ansprüche aus der Zusatzversicherung, die auf bereits vor Ablauf der Versicherungsdauer der Zusatzversicherung eingetretener Berufsunfähigkeit beruhen, auch durch den Ablauf der Hauptversicherung nicht berührt.

(10) Ansprüche auf Rentenleistungen aus dieser Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung können Sie nicht abtreten oder verpfänden. Zulässig ist jedoch deren Abtretung oder Verpfändung an Versorgungsberechtigte, wenn diese Zusatzversicherung zu einer Direktversicherung oder Rückdeckungsversicherung abgeschlossen ist. Soweit darüber hinaus eine Abtretung oder Verpfändung rechtlich möglich ist, so ist diese uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform *(z. B. Papierform, E-Mail)* angezeigt worden ist. 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.

(11) Eine einmalige Kapitalzahlung zur Abfindung anerkannter oder festgestellter Ansprüche aus der Zusatzversicherung können Sie nicht verlangen.

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

§ 13
Was gilt bei Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen?

Sollten einzelne Bestimmungen der dem Vertrag zugrunde liegenden Bedingungen unwirksam sein oder werden, so berührt dies die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht.

HGB = Handelsgesetzbuch
IfSG = Bundesinfektionsschutzgesetz
SGB = Sozialgesetzbuch
VAG = Versicherungsaufsichtsgesetz
VVG = Versicherungsvertragsgesetz

Allgemeine Bedingungen für die Unfall-Zusatzversicherung

Mit diesen Versicherungsbedingungen wenden wir uns an Sie als unseren Versicherungsnehmer und Vertragspartner; für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

Inhaltsverzeichnis

Leistung			Seite
§	1	Welche Leistungen erbringen wir?	19
§	2	Was ist ein Unfall im Sinne dieser Bedingungen?	19
§	3	In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	19
§	4	Welche Rolle spielen Erkrankungen und Gebrechen der versicherten Person?	20
§	5	Was ist nach dem Unfalltod der versicherten Person zu beachten?	20
§	6	Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	20
§	7	Welche Besonderheit gilt für die Überschussbeteiligung?	20
Sonstige Vertragsbestimmungen			
§	8	Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?	20
§	9	Was gilt bei Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen?	20

§ 1
Welche Leistungen erbringen wir?

(1) Stirbt die versicherte Person *(das ist die Person, auf deren Leben die Versicherung abgeschlossen ist)* an den Folgen eines Unfalls, zahlen wir die vereinbarte Zusatzversicherungssumme, wenn Unfall und Tod während der Versicherungsdauer dieser Zusatzversicherung eingetreten sind.

Stirbt die versicherte Person nach Vollendung ihres 75. Lebensjahres an den Folgen eines Unfalls, leisten wir, wenn die versicherte Person den Unfall bei Benutzung eines dem öffentlichen Personenverkehr dienenden Verkehrsmittels erlitten hat. Dabei muss das Verkehrsmittel dem Ereignis, das den Unfalltod der versicherten Person verursacht hat, selbst ausgesetzt gewesen sein.

Zwischen dem Unfall und dem Tod darf nicht mehr als ein Jahr vergangen sein. Die Versicherungsdauer ist der Zeitraum, innerhalb dessen Versicherungsschutz besteht.

(2) Bei der Versicherung auf das Leben von zwei Personen wird auch die Zusatzversicherungssumme nur einmal gezahlt, selbst wenn die versicherten Personen gleichzeitig durch den Unfall sterben.

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

§ 2
Was ist ein Unfall im Sinne dieser Bedingungen?

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person *(das ist die Person, auf deren Leben die Versicherung abgeschlossen ist)* durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

§ 3
In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

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

(2) Unter den Versicherungsschutz fallen jedoch nicht:

a) Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person *(das ist die Person, auf deren Leben die Versicherung abgeschlossen ist)* ergreifen.

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

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

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

d) Unfälle der versicherten Person

   - als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit dieser nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;
   - bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit;
   - bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

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

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

g) Gesundheitsschädigungen durch Strahlen.

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

h) Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.

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

i) Infektionen.

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

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

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

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

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

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

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

m) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen verursacht sind, sofern

der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden.

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

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

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

(1) Der Unfalltod der versicherten Person *(das ist die Person, auf deren Leben die Versicherung abgeschlossen ist)* ist uns unverzüglich – möglichst innerhalb von 48 Stunden – mitzuteilen. An Unterlagen sind uns die notwendigen Nachweise zum Unfallhergang und zu den Unfallfolgen einzureichen.

(2) Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise und Auskünfte verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen.

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

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

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

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

§ 7
Welche Besonderheit gilt für die Überschussbeteiligung?

Die Zusatzversicherung ist nicht überschussberechtigt.

§ 8
Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

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

(2) Die Zusatzversicherung kann nur mit laufender Beitragszahlung abgeschlossen und auch nicht in eine beitragsfreie Versicherung umgewandelt werden.

(3) Die Zusatzversicherung können Sie allein in Textform *(z. B. Papierform, E-Mail)* kündigen.

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

(5) Bei Herabsetzung der Zusatzversicherung gelten die Absätze 2 bis 4 entsprechend.

(6) Wird die Leistung der Hauptversicherung herabgesetzt, vermindert sich auch der Versicherungsschutz aus der Zusatzversicherung entsprechend. Bei Beitragsfreistellung der Hauptversicherung wird die Zusatzversicherung ausgeschlossen.

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

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

§ 9
Was gilt bei Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen?

Sollten einzelne Bestimmungen der dem Vertrag zugrunde liegenden Bedingungen unwirksam sein oder werden, so berührt dies die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht.

Besondere Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung

Mit diesen Versicherungsbedingungen wenden wir uns an Sie als unseren Versicherungsnehmer und Vertragspartner; für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

Inhaltsverzeichnis

		Seite
§ 1	Wie erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge?	21
§ 2	Wie lange erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?	21
§ 3	Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Leistungen?	21
§ 4	Wie berechnen wir die erhöhten Leistungen?	21
§ 5	Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Leistungen?	21
§ 6	Wann entfallen die Erhöhungen?	21
§ 7	Was gilt bei Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen?	21

§ 1
Wie erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge?

(1) Die Beiträge für diesen Vertrag einschließlich etwaiger Zusatzversicherungen erhöhen sich je nach Vereinbarung bei Vertragsabschluss entweder laufend um einen festen Prozentsatz, mindestens um 3 %, höchstens um 10 % des Vorjahresbeitrages. Der Prozentsatz ist im Versicherungsvertrag zu vereinbaren.

(2) Jede Beitragserhöhung führt zu einer Erhöhung der Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung.

§ 2
Wie lange erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?

(1) Die Beiträge erhöhen sich bis drei Jahre vor Ablauf der Beitragszahlungsdauer, jedoch nicht länger, als bis die versicherte Person *(das ist die Person, auf deren Leben die Versicherung abgeschlossen ist)* das rechnungsmäßige Alter *(Das rechnungsmäßige Alter ist die Differenz zwischen dem betreffenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr.)* von 65 Jahren erreicht hat. Wenn mehrere Personen versichert sind, ist die älteste versicherte Person entscheidend.

(2) Bei Risikoversicherungen erfolgen die Erhöhungen längstens bis zum 10. Versicherungsjahr.

(3) Bei Berufsunfähigkeitsversicherungen mit versicherter Rente erfolgen die Erhöhungen längstens bis fünf Jahre vor Ablauf der Beitragszahlungsdauer, jedoch nicht länger, als bis die versicherte Person das rechnungsmäßige Alter von 55 Jahren erreicht hat. Außerdem erfolgen keine Erhöhungen, wenn die versicherte Monatsrente durch die Erhöhung 4.000 Euro übersteigen würde.

§ 3
Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Leistungen?

(1) Die Erhöhungen der Beiträge und der Leistungen erfolgen jeweils zum Jahrestag des Versicherungsbeginns.

(2) Bei Berufsunfähigkeitsversicherungen mit Start- und Zielphase (Starter-BU) erfolgt die erstmalige Erhöhung der Beiträge und der Leistungen zum ersten Jahrestag nach Erreichen der Zielphase.

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

§ 4
Wie berechnen wir die erhöhten Leistungen?

(1) Wir errechnen die Erhöhung der Leistungen nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnungsmäßigen Alter *(Das rechnungsmäßige Alter ist die Differenz zwischen dem betreffenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr.)* der versicherten Person(en) *(das ist/sind die Person(en), auf deren Leben die Versicherung abgeschlossen ist)* der restlichen Beitragszahlungsdauer, dem bei Abschluss des Vertrages gültigen Tarif und den ursprünglichen Annahmebedingungen. Die Leistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge.

(2) Haben Sie Zusatzversicherungen eingeschlossen, erhöhen wir deren Leistungen im selben Verhältnis wie die Leistungen der Hauptversicherung.

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

(1) Alle im Rahmen des Vertrages getroffenen Vereinbarungen, auch die Bestimmung des Bezugsberechtigten, gelten ebenfalls für die Erhöhung der Leistungen. Entsprechende Anwendung findet auch der Paragraph „Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?“ der Hauptversicherung.

(2) Die Erhöhung der Leistungen setzt die Fristen in den Paragraphen der Allgemeinen und Besonderen Bedingungen für die Verletzung der vor- vertraglichen Anzeigepflicht und der Selbsttötung nicht erneut in Lauf.

§ 6
Wann entfallen die Erhöhungen?

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

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

(3) Ist die Erhöhung dreimal hintereinander entfallen, erfolgt keine weitere Erhöhung.

(4) Haben Sie in Ihren Vertrag eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung oder Pflegerenten-Zusatzversicherung mit eingeschlossen, erhöhen sich die Beiträge nicht, solange Ihre Beitragszahlungspflicht wegen Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit ganz oder teilweise entfällt.

(5) Bei einer Kapitalversicherung mit festem Auszahlungszeitpunkt (Ausbildungsversicherung) erfolgen keine Erhöhungen, wenn die Versicherung durch den Eintritt des Versicherungsfalles beitragsfrei geworden ist.

(6) Bei Berufsunfähigkeitsversicherungen erfolgen keine Erhöhungen, solange wegen Berufsunfähigkeit Ihre Beitragszahlungspflicht ganz oder teilweise entfällt. Erhöhungen, die nach dem Termin, ab dem Leistungen aus dieser Versicherung erbracht werden müssen, aber noch vor Anerkennung der Berufsunfähigkeit durchgeführt worden sind, werden rückgängig gemacht.

§ 7
Was gilt bei Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen?

Sollten einzelne Bestimmungen der dem Vertrag zugrunde liegenden Bedingungen unwirksam sein oder werden, so berührt dies die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht.

Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung

Mit diesen Versicherungsbedingungen wenden wir uns an Sie als unseren Versicherungsnehmer und Vertragspartner; für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

Inhaltsverzeichnis

Leistung		**Seite**
§ 1	Was ist vorläufig versichert?	22
§ 2	Was ist ein Unfall im Sinne dieser Bedingungen?	22
§ 3	Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?	22
§ 4	Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?	22
§ 5	In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?	22
Beitrag		
§ 6	Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?	23
Sonstige Vertragsbestimmungen		
§ 7	Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?	23

§ 1
Was ist vorläufig versichert?

(1) Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich auf die für den Todesfall vorgesehenen Leistungen der Versicherungsanfrage, wenn ein Unfall

– während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eingetreten ist und

– innerhalb eines Jahres nach dem Unfalltage

zum Tode der versicherten Person *(das ist die Person, auf deren Leben die Versicherung abgeschlossen ist)* führt.

(2) Haben Sie eine Unfall-Zusatzversicherung beantragt, zahlen wir zusätzlich die Unfallversicherungssumme.

(3) Bei der Versicherung auf verbundene Leben zahlen wir die Leistung nur einmal aus. Dies gilt auch dann, wenn die versicherten Personen gleichzeitig durch Unfall sterben.

(4) Aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes zahlen wir einschließlich der Leistungen aus einer Unfall-Zusatzversicherung höchstens 100.000 EUR, auch wenn Ihre Versicherungsanfrage höhere Leistungen vorsieht. Diese Begrenzung gilt auch dann, wenn mehrere Versicherungsanfragen auf das Leben derselben Person bei uns gestellt worden sind.

§ 2
Was ist ein Unfall im Sinne dieser Bedingungen?

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person *(das ist die Person, auf deren Leben die Versicherung abgeschlossen ist)* durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

§ 3
Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

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

a) der in der Versicherungsanfrage vorgesehene Versicherungsbeginn nicht später als zwei Monate nach der Unterzeichnung der Versicherungsanfrage liegt;

b) uns eine Ermächtigung zum Beitragseinzug erteilt worden ist;

c) Sie das Zustandekommen der Hauptversicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht haben;

d) Ihre Versicherungsanfrage nicht von den von uns gebotenen Tarifen und Bedingungen abweicht;

e) die versicherte Person *(das ist die Person, auf deren Leben die Versicherung abgeschlossen ist)* bei Unterzeichnung der Versicherungsanfrage das 14. Lebensjahr schon und das 67. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

f) Sie und die versicherte Person ihren Wohnsitz in Deutschland haben.

§ 4
Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

(1) Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag, an dem Ihre Versicherungsanfrage bei uns eingeht.

(2) Soweit nichts anderes vereinbart ist, endet der vorläufige Versicherungsschutz, wenn

a) der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung begonnen hat;

b) wir Ihre Versicherungsanfrage abgelehnt haben;

c) Sie Ihre Vertragserklärung angefochten oder zurückgenommen haben;

d) Sie von Ihrem Widerrufsrecht nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) Gebrauch gemacht haben;

e) Sie uns mitteilen, dass Sie am Abschluss der Hauptversicherung kein Interesse mehr haben;

f) der Einzug des Einlösungsbeitrages aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht möglich war oder dem Einzug widersprochen worden ist, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform *(z. B. Papierform, E-Mail)* oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben.

(3) Jede Vertragspartei kann den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Unsere Kündigungserklärung wird jedoch erst nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang bei Ihnen wirksam.

§ 5
In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

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

(2) Unter den Versicherungsschutz fallen jedoch nicht:

a) Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person *(das ist die Person, auf deren Leben die Versicherung abgeschlossen ist)* ergreifen.

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

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

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

d) Unfälle der versicherten Person

- als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit dieser nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;
- bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit;
- bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

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

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

g) Gesundheitsschädigungen durch Strahlen.

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

h) Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.

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

i) Infektionen.

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

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

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

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

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

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

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

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

(3) Unsere Leistungspflicht ist auch ausgeschlossen für Unfälle aufgrund von Ursachen, nach denen in der Versicherungsanfrage gefragt wird und von denen die versicherte Person vor ihrer Unterzeichnung Kenntnis hatte, auch wenn diese in der Versicherungsanfrage angegeben wurden.

§ 6
Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir zwar keinen besonderen Beitrag. Erbringen wir aber Leistungen aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes, behalten wir ein Entgelt ein. Das Entgelt entspricht dem Beitrag für einen Beitragszahlungsabschnitt. Bei Einmalbeitragsversicherungen ist dies der einmalige Beitrag. Wir berechnen Ihnen jedoch nicht mehr als den Tarifbeitrag für die Höchstsumme gemäß § 1 Absatz 4. Bereits gezahlte Beträge rechnen wir an.

§ 7
Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

(1) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen und Besonderen Bedingungen für die Hauptversicherung Anwendung, einschließlich derjenigen für eine Unfall-Zusatzversicherung, soweit für diese eine Versicherungsanfrage gestellt wurde. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse. Eine Überschussbeteiligung erfolgt jedoch nicht.

(2) Haben Sie in der Versicherungsanfrage ein Bezugsrecht benannt, gilt dieses auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

VVG = Versicherungsvertragsgesetz

Informationen über die gültigen Steuerregelungen für Risikoversicherungen

Welche Steuerregelungen gelten für Risikoversicherungen?

Inhaltsverzeichnis

		Seite
I	Einkommensteuer	24
II	Erbschaft-/Schenkungsteuer	24
III	Versicherungsteuer	24
IV	Mehrwertsteuer	24
V	Meldepflichten	24
VI	Wichtige Hinweise	24

I Einkommensteuer

a) Risikoversicherungen nach unseren R-Tarifen

Beiträge

Die Beiträge sind, neben anderen Vorsorgeaufwendungen, bei der Einkommensteuer gemäß § 10 Absatz 1 Nr. 3a des Einkommensteuergesetzes (EStG) im Rahmen der Höchstbeträge als sonstige Vorsorgeaufwendungen abzugsfähig. Der für solche Aufwendungen maßgebliche Höchstbetrag beträgt 2.800 EUR je Steuerpflichtigen, sofern er Aufwendungen zu einer Krankenversicherung in vollem Umfang allein tragen muss. Anderenfalls reduziert sich der Höchstbetrag auf 1.900 EUR (insbesondere für in der gesetzlichen Krankenversicherung Pflichtversicherte, in der Familienversicherung Mitversicherte, Beamte, privat Versicherte, denen der Arbeitgeber einen steuerfreien Zuschuss zahlt). Ein Abzug der Beiträge als Vorsorgeaufwendungen ist nur möglich, falls die nach § 10 Absatz 1 Nr. 3 EStG abziehbaren Beiträge zu Krankenversicherungen den jeweils maßgeblichen Höchstbetrag von 2.800 EUR bzw. 1.900 EUR nicht übersteigen. Bei zusammenveranlagten Ehegatten bestimmt sich der gemeinsame Höchstbetrag aus der Summe der jedem Ehegatten zustehenden Höchstbeträge. Der Versicherungsnehmer kann die Beiträge nur dann als Sonderausgaben geltend machen, wenn er auch selbst der Beitragszahler ist. Versicherungsleistungen sind stets einkommensteuerfrei.

Leistungen

Versicherungsleistungen im Todesfall sind stets einkommensteuerfrei.

b) Zusatzversicherungen (Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, Unfall-Zusatzversicherung)

Beiträge

Die Beiträge sind bei der Einkommensteuer gemäß § 10 Absatz 1 Nr. 3a EStG im Rahmen der Höchstbeträge als sonstige Vorsorgeaufwendungen abzugsfähig.

Leistungen

Die Versicherungsleistung aus der Unfall-Zusatzversicherung ist einkommensteuerfrei. In der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung ist die Rentenleistung als zeitlich begrenzte Leibrente mit ihrem Ertragsanteil gemäß § 55 Einkommensteuer-Durchführungsverordnung (EStDV) zu versteuern.

II Erbschaft-/Schenkungsteuer

Die Ansprüche oder Leistungen aus Risikoversicherungen und ggf. eingeschlossenen Zusatzversicherungen unterliegen der Erbschaftsteuer (Schenkungsteuer), wenn sie aufgrund einer Schenkung des Versicherungsnehmers oder bei dessen Tod als „Erwerb von Todes wegen“ *(z. B. aufgrund eines Bezugsrechts oder als Teil des Nachlasses)* erworben werden, vgl. §§ 3 und 7 Erbschaftsteuer- und Schenkungsteuergesetz (ErbStG).

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

Erhält der Versicherungsnehmer die Versicherungsleistung, ist sie nicht erbschaftsteuerpflichtig, falls auch die Zahlung der Beiträge durch den Versicherungsnehmer erfolgt ist.

III Versicherungsteuer

Beiträge zu Risikoversicherungen, Unfall-Zusatzversicherungen und Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen für die Beitragsbefreiung sind nach der derzeitigen Rechtslage von der Versicherungsteuer befreit.

Beiträge zu Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen sind für die Rentenleistung in Deutschland nach § 4 (1) Nr. 5 b) Versicherungsteuergesetz (VersStG) von der Versicherungsteuer befreit, sofern die bezugsberechtigte Person und die versicherte Person *(das ist die Person, auf deren Berufsfähigkeit die Versicherung abgeschlossen ist)* identisch sind oder es sich um nahe Angehörige im Sinne des § 7 des Pflegezeitgesetzes (PflegeZG) oder Angehörige im Sinne des § 15 der Abgabenordnung (AO) handelt. Trifft dieses nicht zu, sind die Beiträge steuerpflichtig. Bei Änderung des Bezugsrechts oder des Angehörigenstatus kann sich ebenfalls eine Steuerpflicht ergeben.

IV Mehrwertsteuer

Beiträge zu und Leistungen aus Risikoversicherungen und ggf. eingeschlossenen Zusatzversicherungen sind mehrwertsteuerfrei.

V Meldepflichten

Gesetzliche Vorschriften erfordern Meldungen unsererseits u.a. bei

– Auszahlungen an andere Personen als den Versicherungsnehmer (ab 5.000 EUR Zahlung)

– Auszahlung von Rentenleistungen (z. B. aus Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen)

VI Wichtige Hinweise

(1) Die vorstehenden Angaben über die Steuerregelung gelten insoweit, als das deutsche Steuerrecht Anwendung findet.

Sie beziehen sich auf das derzeitige Steuerrecht; dieses kann sich ändern.

Bei den Ausführungen handelt es sich lediglich um allgemeine Angaben. Verbindliche Auskünfte über die steuerliche Behandlung von Beiträgen oder Versicherungsleistungen dürfen Ihnen außer dem zuständigen Finanzamt nur die im Steuerberatungsgesetz bezeichneten Personen (insbesondere Steuerberater) erteilen. Fragen, auf die Sie hier keine Antwort finden, richten Sie daher bitte an Ihren Steuerberater. Wir sind nicht befugt, Sie steuerlich zu beraten. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit dieser Information sowie für Angaben zu steuerlichen Fragen übernehmen wir keine Haftung.

AO = Abgabenordnung
ErbStG = Erbschaftsteuer- und Schenkungsteuergesetz
EStDV = Einkommensteuer-Durchführungsverordnung
EStG = Einkommensteuergesetz
PflegeZG = Pflegezeitgesetz
VersStG = Versicherungsteuergesetz