

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Selbständige Erwerbsunfähigkeitsversicherung der Tarifgruppe SEUV 17 mit Raucher- und Nichtrauchertarif

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

mit diesen Versicherungsbedingungen wenden wir uns an Sie als unseren Versicherungsnehmer und Vertragspartner.

Inhaltsverzeichnis

Umfang der Versicherung

- § 1 Welche Leistungen erbringen wir?
- § 2 Wann tritt Erwerbsunfähigkeit ein?
- § 3 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?
- § 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- § 5 Wer erhält die Leistung?

Vorvertragliche und laufende Anzeigepflichten und

Mitwirkungspflichten bei Eintritt von Erwerbsunfähigkeit

- § 6 Was bedeutet vorvertragliche Anzeigepflicht, welche Folgen hat ihre Verletzung und was müssen Sie uns während der Vertragslaufzeit anzeigen?
- § 7 Welche Mitwirkungspflichten müssen Sie beachten, wenn Sie Leistungen verlangen?
- § 8 Was ist darüber hinaus zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird?
- § 9 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

Nachprüfung der Leistungspflicht

- § 10 Was gilt für die Nachprüfung unserer Leistungspflicht?
- § 11 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflicht nach Eintritt der Erwerbsunfähigkeit?

Beitragszahlung

- § 12 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten und was können Sie bei Zahlungsschwierigkeiten tun?
- § 13 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

Kündigung und Beitragsfreistellung

- § 14 Wann können Sie die Versicherung beitragsfrei stellen oder kündigen und dadurch beitragsfrei stellen?

Kosten

- § 15 Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?
- § 16 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

Tarifeingruppierung und Tarifänderung

- § 17 Welche Abhängigkeit der Tarifeingruppierung vom gesundheitsbewussten Verhalten gibt es?
- § 18 Wann erfolgt eine Tarifänderung aufgrund des gesundheitsbewussten Verhaltens?

Überschussbeteiligung

- § 19 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

Nachversicherungsgarantie

- § 20 Unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihren Versicherungsschutz ohne Gesundheitsprüfung nachträglich erhöhen?

Weitere Regelungen

- § 21 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?
- § 22 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?
- § 23 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?
- § 24 Wo ist der Gerichtsstand?
- § 25 Wie hoch ist der Rechnungszins?
- § 26 Wann können wir den Beitrag neu festsetzen, und welche Bestimmungen können wir ändern oder ersetzen?
- § 27 Was gilt im Falle von Wirtschaftssanktionen gegen ausländische Staaten?
- § 28 Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?

Umfang der Versicherung

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

- (1) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer dieser Versicherung vollständig oder infolge von Pflegebedürftigkeit erwerbsunfähig (vgl. § 2 Absatz 1 und § 2 Absätze 3 bis 5), zahlen wir eine Erwerbsunfähigkeitsrente (Rente) in der im Versicherungsschein vereinbarten Höhe und befreien Sie in voller Höhe von Ihrer Beitragspflicht. Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus.
Wenn eine Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person endet, zahlen wir unter den Voraussetzungen des Absatzes 7 eine Wiedereingliederungshilfe.
- (2) Der Anspruch auf die Rente und auf die Beitragsbefreiung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Erwerbsunfähigkeit eingetreten ist. Wir leisten rückwirkend über einen Zeitraum von höchstens 3 Jahren ab Zeitpunkt der Meldung. Sofern Sie die Verspätung Ihrer Meldung nicht zu verschulden haben, leisten wir unbegrenzt rückwirkend ab bedingungsgemäßen Leistungseintritt.
- (3) Der Anspruch auf die Rente und auf die Beitragsbefreiung erlischt,
 - wenn die versicherte Person nicht mehr erwerbsunfähig ist oder
 - bei Erwerbsunfähigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit, wenn die Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 2 Abs. 3 bis Abs. 5 nicht mehr besteht.

Stellen wir dies bei einer Nachprüfung unserer Leistungspflicht fest, so stellen wir unsere Leistungen mit Ablauf des dritten Monats ein, nachdem Ihnen unsere Darlegung des Nachprüfungsresultates zugegangen ist (vgl. § 10 Abs. 3).
Der Anspruch auf die Rente und auf die Beitragsbefreiung erlischt außerdem ohne weiteres,

 - bei Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer dieser Versicherung, auch wenn die Erwerbsunfähigkeit weiterhin besteht oder
 - wenn die versicherte Person stirbt.
- (4) Liegt zum Zeitpunkt unserer Entscheidung über die Leistungspflicht keine Erwerbsunfähigkeit vor, besteht ein Anspruch auf Leistungen nur für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit.
- (5) Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten. Wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht mit dem Rechnungszins (vgl. § 25) verzinst zurückzahlen.
Wenn Sie es wünschen, werden wir die ab Ihrer Meldung fälligen Beiträge bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos stunden.
Falls für uns keine Leistungspflicht besteht, sind die ausstehenden Beiträge von Ihnen nachzuzahlen.
Sie können den Beitragsrückstand auch in höchstens 24 Monatsraten zahlen. Alternativ können Sie die nachzuzahlenden Beiträge auch durch eine Herabsetzung der Versicherungsleistungen verrechnen lassen, soweit die Mindestbeträge für die Versicherungsleistungen (vgl. § 14 Abs. 5) dadurch nicht unterschritten werden.
- (6) Neben den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen erhalten Sie – soweit vorhanden – weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (§ 19).
- (7) Endet die Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen und war die versicherte Person mindestens 3 Jahre lang ununterbrochen erwerbsunfähig, zahlen wir zum Ende der Erwerbsunfähigkeit eine Wiedereingliederungshilfe in Höhe von 6 Monatsrenten,

insgesamt aber höchstens 10.000 Euro. Dies gilt nur, wenn die restliche Leistungsdauer dieser Versicherung zum Zeitpunkt des Fortfalls der Erwerbsunfähigkeit noch mindestens 5 Jahre beträgt. Für die Höhe ist die nach Eintritt der Erwerbsunfähigkeit von uns erstmalig gezahlte monatliche Rente maßgeblich. Wird die versicherte Person jedoch innerhalb von 6 Monaten nach dem Ende der Erwerbsunfähigkeit erneut aufgrund derselben medizinischen Ursache erwerbsunfähig, so verrechnen wir eine bereits gezahlte Wiedereingliederungshilfe mit den dann fälligen Renten. Die Wiedereingliederungshilfe kann während der Dauer dieser Versicherung mehrmals geleistet werden.

§ 2 Wann tritt Erwerbsunfähigkeit ein?

- (1) Erwerbsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens 6 Monate sowohl außerstande ist, eine übliche Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes für mindestens 3 Stunden täglich auszuüben als auch außerstande ist eine selbständige Tätigkeit für mindestens 3 Stunden täglich auszuüben. Dies gilt unabhängig davon, ob auf dem Arbeitsmarkt freie Stellen vorhanden sind. Ausbildung, bisheriger Beruf und persönliche Lebensstellung werden dabei nicht berücksichtigt. Unberücksichtigt bleiben Tätigkeiten, die von Behinderten nur in eigens dafür eingerichteten Werkstätten oder Heimen ausgeführt werden können.
- (2) Ist die versicherte Person seit 6 Monaten ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, sowohl außerstande, eine übliche Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes für mindestens 3 Stunden täglich auszuüben als auch außerstande eine selbständige Tätigkeit für mindestens 3 Stunden täglich auszuüben, so gilt dieser Zustand von Beginn an als Erwerbsunfähigkeit.
- (3) Ist die versicherte Person voraussichtlich für mindestens 6 Monate ununterbrochen pflegebedürftig im Sinne dieser Bedingungen (vgl. Abs. 4 und 5), so gilt dieser Zustand als Erwerbsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit, auch wenn die versicherte Person sowohl eine übliche Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes für mindestens 3 Stunden täglich ausüben als auch eine selbständige Tätigkeit für mindestens 3 Stunden täglich ausüben kann. Der Anspruch erlischt, wenn die versicherte Person eine solche Tätigkeit aufnimmt.
- (4) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls so hilflos ist, dass sie für die in Absatz 5 genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel täglich in erheblichem Umfang der Hilfe einer anderen Person bedarf und der Pflegefall mit mindestens 2 Punkten gemäß Absatz 5 bewertet wurde. Als pflegebedürftig gilt die versicherte Person auch dann, wenn sie wegen ihrer seelischen oder geistigen Behinderung der Aufsicht und damit ständiger Bereitschaft von Pflegepersonal bedarf, oder wenn bei der versicherten Person eine Demenz gemäß Absatz 6 vorliegt. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.
- (5) Bewertungsmaßstab für die Einstufung des Pflegefalls sind Art und Umfang der täglichen persönlichen Hilfe. Dabei wird die nachstehende Pflegetabelle angewendet.
Die versicherte Person benötigt Hilfe beim:

Fortbewegen im Zimmer	1 Punkt
Aufstehen und Zubettgehen	1 Punkt
An- und Auskleiden	1 Punkt
Waschen	1 Punkt
Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken	1 Punkt
Verrichten der Notdurst	1 Punkt
- (6) Unabhängig von der Bewertung der Aktivitäten des täglichen Lebens aufgrund der Punktetabelle in Absatz 7 liegt Pflegebedürftigkeit auch dann vor, wenn die versicherte Person eine mittelschwere, schwere oder schwerste Demenz aufweist, die bereits sechs Monate ununterbrochen bestand oder voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen bestehen wird. Eine mittelschwere, schwere oder schwerste Demenz ist charakterisiert durch einen Verlust geistiger Fähigkeiten, die sich auf das Denk-, Erkennungs-, Erinnerungs- und Orientierungsvermögen auswirken. Die Diagnose einer mittelschweren, schweren oder schwersten Demenz ist durch einen Facharzt (Neurologie) auf der Basis einer ausführlichen Befunderhebung mit körperlicher sowie psychopathologischer Untersuchung und unter Verwendung

psychometrischer Tests zu bestätigen. Es muss mindestens ein Schweregrad 5 „Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen“, ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg oder ein entsprechender Schweregrad einer alternativen, anerkannten Demenzbeurteilungsskala vorliegen.

Leichte oder mäßige Hirnleistungsstörungen sind keine mittelschwere, schwere oder schwerste Demenz im oben genannten Sinn und erfüllen die Leistungsvoraussetzungen nicht.

- (7) Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

§ 3 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt

- wenn wir Ihren Antrag schriftlich angenommen haben oder Ihnen der Versicherungsschein zugegangen ist,
- frühestens jedoch ab dem im Versicherungsschein angegebenen Termin.

Vorher besteht kein Versicherungsschutz.

Ein bei Antragstellung vereinbarter vorläufiger Versicherungsschutz wird hierdurch nicht berührt.

Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Zahlung des ersten Beitrags.

§ 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- (1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache die Erwerbsunfähigkeit beruht.
- (2) Wir leisten jedoch nicht, wenn die Erwerbsunfähigkeit verursacht ist:
 - (a) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;
 - (b) durch absichtliches Herbeiführen von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
 - (c) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer die Erwerbsunfähigkeit bei der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführt haben;
 - (d) unmittelbar oder mittelbar durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat, oder durch Kriegereignisse.

Tritt die Erwerbsunfähigkeit während eines Aufenthaltes der versicherten Person außerhalb der Bundesrepublik Deutschland infolge kriegerischer Ereignisse ein, an denen sie nicht aktiv beteiligt war, werden wir jedoch leisten;

- (e) unmittelbar oder mittelbar durch das vorsätzliche Frei- oder Einsetzen von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen oder den entsprechenden Waffen, sofern diese Tat darauf gerichtet ist, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird;
- (f) durch Strahlen aufgrund von Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass es zur Abwehr und Bekämpfung dieser Strahlen des Einsatzes der Katastrophenschutzbehörde der Bundesrepublik Deutschland oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf. Wenn die versicherte Person diesen Strahlen berufsmäßig ausgesetzt ist, werden wir jedoch leisten.

§ 5 Wer erhält die Leistung?

- (1) Die Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer oder nach Ihrem Tod an Ihre Erben. Dies gilt nur, falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die bei Eintritt der Erwerbsunfähigkeit die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll (Bezugsberechtigter). Die Einräumung, Änderung oder der Widerruf einer Bezugsberechtigung wird uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn uns Ihre Erklärung in Textform (z.B. Papierform, E-Mail, Fax) hierüber zugegangen ist.

- (2) Bei einem widerruflichen Bezugsrecht erwirbt der Bezugsberechtigte an Ihrer Stelle den Anspruch auf die Leistung erst mit dem Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls. Deshalb können Sie Ihre Bestimmung bis zum Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen oder ändern.

Bei einem **unwiderruflichen** Bezugsrecht erwirbt der Bezugsberechtigte an Ihrer Stelle den Anspruch auf die Leistung sofort nachdem uns Ihre Erklärung zugegangen ist. Deshalb können Sie Ihre Bestimmung in diesem Fall nur mit Zustimmung des unwiderruflich Bezugsberechtigten ändern oder widerrufen.

Vorvertragliche und laufende Anzeigepflichten und Mitwirkungspflichten bei Eintritt der Erwerbsunfähigkeit

§ 6 Was bedeutet vorvertragliche Anzeigepflicht, welche Folgen hat ihre Verletzung und was müssen Sie uns während der Vertragslaufzeit anzeigen?

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, Fax) gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

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

- (2) Soll eine andere Person für den Fall einer Erwerbsunfähigkeit versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – zu wahrheitsgemäß 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 Versicherungsfalls 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 Versicherungsfalls
 - 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 gemäß § 14 zuzüglich der vorhandenen Überschussbeteiligung. Den Rückkaufswert zahlen wir nicht, wenn wir nach Eintritt der Erwerbsunfähigkeit trotz unseres Rücktritts

zur Leistung verpflichtet bleiben. 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 in einen beitragsfreien Vertrag um (siehe § 14 Absatz 5).

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 (vgl. § 12 Absatz 2) Vertragsbestandteil.
- (12) Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung 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.

Verzicht auf unser Recht auf Vertragsanpassung bei fehlendem Verschulden

- (13) Haben Sie oder die versicherte Person ohne Verschulden oder in Unkenntnis die Anzeigepflicht verletzt, verzichten wir zu Ihren Gunsten auf das uns gesetzlich zustehende Recht (vgl. § 19 VVG), ab Beginn des laufenden Versicherungsjahres einen erhöhten risikogerechten Beitrag von Ihnen zu verlangen, die Vertragsbedingungen anzupassen oder den Vertrag zu kündigen (vgl. Abs. 8 und Abs. 11).

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) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung erlöschen nach Ablauf von 5 Jahren seit Vertragsabschluss. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte jedoch auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Bei vorsätzlicher oder arglistiger Verletzung der Anzeigepflicht beträgt die Frist 10 Jahre seit Vertragsschluss.

Anfechtung

- (18) Wir können den Vertrag auch anfechten, falls durch falsche oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmeentscheidung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person (das ist die Person, auf deren Erwerbsfähigkeit die Versicherung abgeschlossen ist), können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn

Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten.

Im Fall der Anfechtung zahlen wir den nach § 14 Abs. 3 berechneten Rückkaufwert zuzüglich der vorhandenen Überschussbeteiligung aus. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

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) Wir üben unsere Rechte durch 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.

Veränderung des Rauchverhaltens

- (21) War die versicherte Person bei Vertragsschluss Nichtraucher und wird später Raucher, stellt dies eine Gefahrerhöhung im Sinne von § 23 Abs. 1 VVG dar. Diese Gefahrerhöhung muss uns unverzüglich (d.h. ohne schuldhafte Zögern) angezeigt werden. **Raucher** im Sinne dieser Bedingungen ist, wer innerhalb des letzten Jahres Zigaretten, E-Zigaretten, Zigarren, Pfeife oder sonstigen Tabak geraucht hat. Passivrauchen ist kein Rauchen im Sinne dieser Bedingungen.

War die versicherte Person bei Vertragsschluss Raucher und wird nach Vertragsschluss Nichtraucher, ist uns dies als Gefahrminderung ebenfalls unverzüglich anzuzeigen.

- (22) Bei Kenntnis von einer Gefahrerhöhung oder einer Gefahrminderung nehmen wir hinsichtlich Ihres Vertrages eine Tarifänderung vor (vgl. § 18). Dies kann nach Maßgabe der Regelungen in § 18 entweder zu einer Änderung der Versicherungsleistung oder des Beitrags sowie nach Maßgabe von § 19 zu einer geänderten Überschussbeteiligung führen.

Wenn die versicherte Person vor oder nach Versicherungsbeginn Raucher war und uns dies nicht angezeigt hat, so passen wir die Leistungen und Risikoüberschüsse aus dieser Versicherung nachträglich für die Zeit, in der die versicherte Person Raucher war, entsprechend an.

- (23) Ist der Vertrag durch Rücktritt oder Anfechtung aufgehoben worden, so können Sie dazu nachträglich innerhalb eines Monats seit der Aufhebung die Stellungnahme eines Versicherungsberaters, der im Bundesverband der Versicherungsberater e.V. organisiert ist, einholen; § 9 Abs. 2 gilt entsprechend. Die Aufhebung bleibt dann zunächst wirksam, wir werden unsere Entscheidung jedoch anhand der Stellungnahme nochmals überprüfen und Sie vom Ergebnis benachrichtigen. Wenn wir unsere Entscheidung nachträglich ändern, übernehmen wir 75% der nachgewiesenen Kosten des Versicherungsberaters, höchstens jedoch 125 Euro.

§ 7 Welche Mitwirkungspflichten müssen Sie beachten, wenn Sie Leistungen verlangen?

- (1) Werden Leistungen aus dieser Versicherung verlangt, sind uns auf Kosten des Anspruchstellers unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:
- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Erwerbsunfähigkeit;
 - ausführliche Berichte der Fachärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über den Grad der Erwerbsunfähigkeit oder über den Umfang der Pflegebedürftigkeit;
 - einen Identitätsnachweis der versicherten Person (z.B. Ausweiskopie, Abstammungsurkunde),
 - bei Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege.

(2) Wir können außerdem zusätzliche Auskünfte sowie ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte verlangen. In diesem Fall übernehmen wir die Untersuchungskosten sowie die Reise- und Aufenthaltskosten. Hält sich die versicherte Person nicht in der Bundesrepublik Deutschland auf, so müssen Sie die Reise- und Aufenthaltskosten vorher mit uns abstimmen; wir übernehmen diese, wenn sie üblich und angemessen sind. Wir sind auch berechtigt zu prüfen, ob die versicherte Person Raucher oder Nichtraucher war oder ist (vgl. § 6 Abs. 21).

Die versicherte Person ist verpflichtet

- Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Heilpraktiker, Pflegepersonen sowie Bediensteten von Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten,
 - Pflegepersonen und Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder Pflege war oder sein wird,
 - andere Personenversicherer, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden
- zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen, soweit dies zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist.

(3) Erhalten Sie Leistungen aus dieser Versicherung, müssen Sie uns die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit und eine Minderung der Erwerbsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit der versicherten Person unverzüglich in Textform (z.B. Papierform, E-Mail, Fax) mitteilen.

(4) Nach den Grundsätzen von Treu und Glauben muss die versicherte Person zumutbare Heilbehandlungen und Maßnahmen (z.B. Diät, Suchtentzug, Verwendung von Seh- oder Hörhilfen, von orthopädischen oder anderen medizinisch-technischen Heil- und Hilfsmitteln) ergreifen, um eine Minderung der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu erreichen. Zumutbar sind Heilbehandlungen und Maßnahmen, die nicht mit besonderen Schmerzen oder Gefahren verbunden sind; sie müssen dabei geeignet sein, den Eintritt der Erwerbsunfähigkeit zumindest zu verzögern oder eine bestehende Erwerbsunfähigkeit abzukürzen. Heilbehandlungen, die mit einem operativen Eingriff verbunden sind, sehen wir in diesem Zusammenhang als nicht zumutbar an.

§ 8 Was ist darüber hinaus zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird?

- (1) Wird eine Leistung aus dem Vertrag beansprucht, können wir verlangen, dass uns der Versicherungsschein vorgelegt wird.
- (2) Wir können vor jeder Rentenzahlung auf unsere Kosten einen Nachweis darüber verlangen, dass die versicherte Person noch lebt.
- (3) Der Tod der versicherten Person muss uns unverzüglich (d.h. ohne schuldhafte Zögern) mitgeteilt werden.
- (4) Unsere Geldleistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten. Bei Überweisungen von Geldleistungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums trägt der Empfangsberechtigte die damit verbundene Gefahr.

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

- (1) Wenn uns alle erforderlichen Unterlagen und Informationen vorliegen, erklären wir innerhalb einer Woche in Textform, ob und für welchen Zeitraum wir leisten. Eine Anerkennung erklären wir grundsätzlich ohne zeitliche Befristung. Nur in begründeten Einzelfällen können wir einmalig eine befristete Anerkennung aussprechen. In dieser Zeit werden wir keine Nachprüfung nach § 10 vornehmen.
- Während der Prüfung werden wir Sie regelmäßig, mindestens monatlich, über den Sachstand informieren und fehlende Unterlagen zeitnah anfordern.

(2) Beabsichtigen wir nach Prüfung der Unterlagen den Leistungsantrag abzulehnen, informieren wir zuvor den Anspruchsteller unter Darlegung unserer Gründe von unserer Absicht. Dadurch geben wir ihm Gelegenheit einen Versicherungsberater, der im Bundesverband der Versicherungsberater e.V. organisiert ist zur Stellungnahme zu unserer vorläufigen Auffassung einzuschalten.

Aus Gründen des Datenschutzes muss die versicherte Person den Versicherungsberater zuvor schriftlich hierzu bevollmächtigen. Im Rahmen der erteilten Vollmacht dürfen dann für die

Leistungsprüfung relevante Daten und Unterlagen (z.B. der formelle Leistungsantrag, Arztberichte, Gutachten) an den Versicherungsberater weitergeleitet werden.

Der Versicherungsberater kann innerhalb von einem Monat nach der Information über unsere bevorstehende Entscheidung eine Stellungnahme abgeben. Vor einer endgültigen Entscheidung über unsere Leistungspflicht werden wir eine Stellungnahme des Versicherungsberaters in unsere Entscheidungsgrundlage einbeziehen.

Wir übernehmen 75% der nachgewiesenen Kosten des Versicherungsberaters, höchstens jedoch 375 Euro.

Nachprüfung der Leistungspflicht

§ 10 Was gilt für die Nachprüfung unserer Leistungspflicht?

- (1) Nach der Anerkennung können wir unsere Leistungspflicht nachprüfen.
- (2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte – insbesondere aktuelle Nachweise über die Einkommensverhältnisse der versicherten Person in dem Zeitraum seit Eintritt der Erwerbsunfähigkeit – und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns beauftragte Ärzte verlangen. Die Bestimmungen des § 7 Abs. 2 und Abs. 4 gelten entsprechend.
- (3) Liegt Erwerbsunfähigkeit nicht vor, so legen wir Ihnen dies in Textform dar. Mit Ablauf des dritten Monats, nachdem Ihnen unsere Darlegung zugegangen ist, stellen wir unsere Leistungen ein.

§ 11 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflicht nach Eintritt der Erwerbsunfähigkeit?

- (1) Solange Sie, die versicherte Person oder der Anspruchsinhaber eine Mitwirkungspflicht nach § 7 oder § 10 vorsätzlich nicht erfüllen, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei.
- (2) Bei grob fahrlässiger Verletzung einer der in Absatz 1 genannten Mitwirkungspflichten mindert sich unsere Leistungspflicht in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis. Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf den Eintritt oder die Feststellung der Erwerbsunfähigkeit oder die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist; dies gilt nicht, wenn die Mitwirkungspflicht arglistig verletzt wurde.
- (3) Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des dann laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet.

Beitragszahlung

§ 12 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten und was können Sie bei Zahlungsschwierigkeiten tun?

- (1) Die Beiträge zu Ihrer Versicherung können Sie durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge (laufende Beiträge) entrichten. Wenn und solange Sie Anspruch auf Leistungen gemäß § 1 haben, müssen Sie keine Beiträge zahlen.
- (2) Die Versicherungsperiode umfasst bei Jahresbeitragszahlung ein Jahr, bei unterjähriger Beitragszahlung entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr. Die Beiträge sind je nach Versicherungsperiode unterschiedlich kalkuliert.
- (3) Der Einlösungsbeitrag (erster Beitrag) wird unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn, den wir mit Ihnen vereinbart haben. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) müssen Sie jeweils zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode entrichten. Die laufenden Beiträge sind bis zum Ende der Versicherungsperiode zu entrichten, in dem die versicherte Person stirbt, längstens bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer.
- (4) Bei laufender Beitragszahlung können Sie die versicherte Rente bis auf den Mindestbetrag von 100 Euro absenken

(Wiederherstellungsoption)

- einmal während der gesamten Versicherungsdauer für bis zu 6 Monate ohne Angabe von Gründen,
- für bis zu 12 Monate nachdem Sie die Beiträge in den drei vorigen Jahren vollständig bezahlt haben, wenn und solange Sie arbeitslos sind und uns dies durch eine Bescheinigung der zuständigen Agentur für Arbeit nachweisen,
- für bis zu 12 Monate für jedes Kind, wenn Sie in gesetzliche Elternzeit gehen und uns dies nachweisen.

Die Beiträge sinken dann für den genannten Zeitraum entsprechend. Anschließend ist ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder die Rente in der ursprünglichen Höhe versichert. Die Beiträge können für die gleiche Rente nach der Wiederanhebung höher sein als vor der Absenkung.

Zahlungsaufschub

- (5) Bei Zahlungsschwierigkeiten können Sie mit uns einen teilweisen oder vollständigen Zahlungsaufschub für die Beiträge vereinbaren, wenn Sie die Beiträge mindestens 5 Jahre lang vollständig gezahlt haben und die restliche Beitragszahlungsdauer nach Ablauf des Zahlungsaufschubes noch mindestens 3 Jahre beträgt. Der Zahlungsaufschub ist für höchstens 6 Monate möglich und kann insgesamt nur einmal in Anspruch genommen werden. Der Zahlungsaufschub ist zinslos. Ihr Versicherungsschutz bleibt vollständig erhalten.
Endet der Zahlungsaufschub, können Sie die ausstehenden Beiträge in einem Betrag oder in monatlicher, vierteljährlicher oder halbjährlicher Ratenzahlung über einen Zeitraum von höchstens 24 Monaten nach dem Ende des Zahlungsaufschubes nachzahlen.
- (6) Bei Fälligkeit einer Versicherungsleistung verrechnen wir Beitragsrückstände, auch aus einer Stundung nach Absatz 5, mit der Leistung.
- (7) Versicherungsvermittler und –vertreter sind nicht zur Annahme von Zahlungen bevollmächtigt

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

Erster Beitrag

- (1) Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange die Zahlung nicht geleistet ist. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten für ärztliche Untersuchungen im Rahmen einer Gesundheitsprüfung verlangen.
- (2) Ist der erste Beitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls 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 und sonstige Beiträge

- (3) Zahlen Sie einen Folgebeitrag oder einen sonstigen Betrag, den Sie uns aus dem Versicherungsverhältnis schulden, 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 Versicherungsfalls 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, allerdings 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 Ablauf der Zahlungsfrist und der Zahlung eintreten, besteht kein oder nur ein verminderter Versicherungsschutz.

Kündigung und Beitragsfreistellung

§ 14 Wann können Sie die Versicherung beitragsfrei stellen oder kündigen und dadurch beitragsfrei stellen?

Kündigung

- (1) Sie können Ihre Versicherung jederzeit mit Frist von einem Monat zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode ganz oder teilweise in Textform (z.B. Papierform, E-Mail, Fax) kündigen und dadurch beitragsfrei stellen.

Ihre Versicherung wandelt sich dann in eine beitragsfreie Versicherung um, und wir bilden – soweit vorhanden – aus dem Rückkaufswert dieser Versicherung (vgl. Abs.3) zuzüglich der dann vorhandenen Überschussbeteiligung beitragsfreie Leistungen. Durch die Beitragsfreistellung vermindern sich die versicherten Leistungen aus dieser Versicherung. Die beitragsfreie Rente bleibt weiterhin versichert, wenn sie den Mindestbetrag von 10 Euro erreicht. Wird der Mindestbetrag bei vollständiger Beitragsfreistellung nicht erreicht und hat noch kein Anspruch auf eine Leistung bestanden, erlischt die Versicherung und ihr Rückkaufswert zuzüglich der Überschussbeteiligung – sofern jeweils vorhanden (vgl. Abs. 3) – wird ausgezahlt. Wird der Mindestbetrag bei teilweiser Kündigung und dadurch Beitragsfreistellung nicht erreicht, so ist nur die vollständige Kündigung und dadurch Beitragsfreistellung möglich.

Die Versicherung kann im Leistungsbezug nicht gekündigt werden.

(2) **Die Kündigung oder Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung kann Nachteile für Sie haben.**

Denn in der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung der Kosten (vgl. § 15) kein oder nur ein geringer Rückkaufswert für die Bildung der beitragsfreien Leistung vorhanden. Auch in den Folgejahren sind wegen der benötigten Risikobeurteile, gemessen an den gezahlten Beiträgen, nur geringe oder gar keine Rückkaufswerte für die Bildung der beitragsfreien Leistung vorhanden.

Rückkaufswert als Grundlage für die beitragsfreie Leistung

- (3) Bei Beitragsfreistellung aufgrund Kündigung Ihrer Versicherung berechnen wir entsprechend § 169 VVG einen Rückkaufswert, aus dem wir die beitragsfreien Leistungen bilden. Dieser entspricht dem nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechneten Deckungskapital Ihrer Versicherung, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (vgl. § 15 Abs. 2) angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Versicherungsjahre ergibt.

Für die Bildung des Rückkaufwertes Ihrer Versicherung verwenden wir bei laufender Beitragszahlung nur den nach Deckung des Risikos und der Kosten verbleibenden Teil des Beitrags. Der Rückkaufswert wird – wenn überhaupt – in der Anfangszeit der Versicherung gebildet, um das mit dem steigenden Alter der versicherten Person wachsende Risiko der Erwerbsunfähigkeit auszugleichen, da wir sonst die Beiträge ebenfalls entsprechend anheben müssten. Wenn ein Rückkaufswert gebildet wird, so wird dieser also im Laufe der Versicherungsdauer nach und nach verbraucht.

Beitragsrückstände behalten wir vom Rückkaufswert ein.

(4) **entfällt**

Beitragsfreistellung

- (5) Ihre Versicherung können Sie unter den in Absatz 1 genannten Voraussetzungen ganz oder teilweise beitragsfrei stellen. Wir bilden dann eine beitragsfrei versicherte Rente aus dem Rückkaufswert der Versicherung. Absatz 3 gilt entsprechend.

Durch die Beitragsfreistellung vermindern sich die versicherten Leistungen aus dieser Versicherung. Die beitragsfreie Rente bleibt weiterhin versichert, wenn sie den Mindestbetrag von 10 Euro erreicht. Wird der Mindestbetrag bei vollständiger Beitragsfreistellung nicht erreicht, erlischt die Versicherung und ihr Rückkaufswert zuzüglich der Überschussbeteiligung – sofern jeweils vorhanden (vgl. Abs. 3) – wird ausgezahlt. Wird der Mindestbetrag bei teilweiser Beitragsfreistellung nicht erreicht, so ist nur die vollständige Beitragsfreistellung möglich, sofern der dafür geltende Mindestbetrag erreicht wird.

- (6) Nach einer Beitragsfreistellung (vgl. Abs. 5) können Sie innerhalb der nächsten 5 Jahre zum Beginn einer Versicherungsperiode mit Antrag in Textform (z.B. Papierform, E-Mail, Fax) die Beitragszahlung bis zur ursprünglichen Höhe wieder aufnehmen, sofern die Erwerbsunfähigkeit noch nicht eingetreten ist. Die versicherten Leistungen berechnen wir dann nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu. Innerhalb der ersten 6 Monate nach einer Beitragsfreistellung ist die Wiederaufnahme der Beitragszahlung ohne Gesundheitsprüfung möglich. Danach ist eine Gesundheitsprüfung erforderlich, deren Ergebnis die Wiederaufnahme der Beitragszahlung auch ausschließen kann.

Kosten

§ 15 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 Antragstellung entstehen, sowie Werbeaufwendungen.

Zu den übrigen Kosten gehören insbesondere die Verwaltungskosten.

Nähere Angaben zu den Kosten können Sie Ihrem Produktinformationsblatt entnehmen, das Sie zusammen mit der Kundeninformation erhalten haben.

- (2) Wir wenden auf Ihren Vertrag das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung an. Dies bedeutet, dass Sie in den ersten Versicherungsjahren mit Ihren Beiträgen auch einen Teil der Abschluss- und Vertriebskosten tilgen. Der nach dem genannten Verrechnungsverfahren zu tilgende Betrag ist gemäß der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5% der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt. Bei einer Kündigung verteilen wir diese Abschluss- und Vertriebskosten gemäß § 169 VVG immer auf mindestens 5 Jahre.

- (3) Den restlichen Teil der Abschluss- und Vertriebskosten, also der Teil der nicht nach dem Verfahren gemäß Absatz 2 verrechnet wird, entnehmen wir nach der Verrechnung gemäß Absatz 2 während der weiteren Beitragszahlungsdauer den laufenden Beiträgen. Die übrigen Kosten verteilen wir über die gesamte Vertragslaufzeit. In den einzelnen Vertragsjahren können die Kosten unterschiedlich hoch ausfallen.

- (4) Die beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung nur geringe Beträge zur Bildung der beitragsfreien Leistung vorhanden sind, mindestens jedoch die in § 14 genannten Beträge. Nähere Informationen können Sie der Garantiewertetabelle in Ihrer Kundeninformation entnehmen.

§ 16 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

Kosten für zusätzlichen Verwaltungsaufwand

- (1) Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, stellen wir Ihnen für die folgenden Leistungen pauschale Gebühren in Rechnung:
- Bearbeitung von Lastschrifretouren, sofern diese von Ihnen zu vertreten sind
 - Mahnungen
 - Ausstellen eines Ersatz-Versicherungsscheins
 - Anschriftermittlung

- Versicherungsnehmerwechsel, sofern wir diesen im Einzelfall zulassen
- Bearbeitung einer Teilkündigung, § 14 Abs. 1
- Bearbeitung einer teilweisen Beitragsfreistellung, § 14 Abs. 5
- Durchführung von sonstigen Vertragsänderungen (beispielsweise Änderungen der Zahlungsweise, Terminverschiebungen)

Die Höhe der gegenwärtig erhobenen Gebühren entnehmen Sie bitte Ihrem Produktinformationsblatt, welches Sie zusammen mit Ihren Vertragsunterlagen erhalten haben. Wir sind berechtigt und verpflichtet, die Höhe der Gebühren nach billigem Ermessen an die allgemeine Kostenentwicklung anzupassen. Die Höhe der Gebühren kann dementsprechend künftig steigen oder sinken.

Nachweis geringerer Gebühren

Bei der Bemessung der Pauschale haben wir uns an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand orientiert. Die Beweislast für die Angemessenheit der Kostenpauschale tragen wir. Sofern Sie uns aber demgegenüber nachweisen, dass die der Bemessung zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Höhe nach niedriger zu beziffern sind, entfällt die Pauschale bzw. wird – im letzteren Fall – entsprechend herabgesetzt.

Gebühren für weitere Leistungen

Wir sind berechtigt, für weitere Leistungen, die wir in Ihrem Auftrag oder Ihrem mutmaßlichen Interesse erbringen und die nach den Umständen zu urteilen, nur gegen eine Vergütung zu erwarten sind, Gebühren nach billigem Ermessen (§ 315 BGB) zu erheben. Für Leistungen, zu deren Erbringung wir gesetzlich oder vertraglich verpflichtet sind, erheben wir keine Gebühren, es sei denn, dies ist gesetzlich zulässig.

Weiterbelastung öffentlicher Abgaben

- (2) Sollten Steuern auf Versicherungsbeiträge oder sonstige öffentliche Abgaben erhoben werden, sind wir berechtigt, Ihnen diese weiterzubelasten.

Tarifeingruppierung und Tarifänderung

§ 17 Welche Abhängigkeit der Tarifeingruppierung vom gesundheitsbewussten Verhalten gibt es?

Das gesundheitsbewusste Verhalten der versicherten Person ist für die Eingruppierung in eine der Tarifgruppen maßgeblich.

Hierfür legen wir das Rauchverhalten der versicherten Person zu Grunde.

Daher führen wir getrennte Tarife für Raucher und Nichtraucher. Raucher im Sinne dieser Bedingungen ist, wer innerhalb des letzten Jahres Zigaretten, E-Zigaretten, Zigarren, Pfeife oder sonstigen Tabak geraucht hat. Passivrauchen ist kein Rauchen im Sinne dieser Bedingungen.

Bei Vertragsabschluss wird eine Zuordnung abhängig von den vorvertraglichen Angaben zu dem einen oder dem anderen Tarif vorgenommen.

§ 18 Wann erfolgt eine Tarifänderung aufgrund des gesundheitsbewussten Verhaltens?

- (1) Innerhalb der Tarifgruppe erfolgt die Beitragskalkulation und Überschussbeteiligung auch aufgrund des gesundheitsbewussten Verhaltens der versicherten Person.

Sollten sich die vor Vertragsabschluss gemachten Angaben zum Rauchverhalten der versicherten Person während der Vertragslaufzeit ändern, führt dies zu einer Gefahränderung, wobei der Wechsel vom Nichtraucher zum Raucher eine Gefahrerhöhung und der Wechsel vom Raucher zum Nichtraucher eine Gefahrmindeung darstellt (vgl. § 6 Abs. 21 und 22). Eine solche Gefahränderung führt nach Maßgabe der folgenden Absätze zu einer Tarifänderung.

- (2) War die versicherte Person bei Vertragsabschluss Raucher und wird sie nach Vertragsabschluss während der Vertragslaufzeit zum Nichtraucher, wird der Vertrag ab Zugang der Mitteilung über die Gefahrmindeung (vgl. § 6 Abs. 21 und 22) im Nichtrauchertarif fortgeführt. Dies führt grundsätzlich dazu, dass Ihr Beitrag nach

Maßgabe der für den Nichtrauchertarif bei Vertragsabschluss geltenden Kalkulationsgrundlagen und den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik entsprechend herabgesetzt wird. Darüber werden wir Sie durch einen Nachtrag zum Versicherungsschein informieren.

- (3) War die versicherte Person bei Vertragsabschluss Nichtraucher und wird sie nach Vertragsabschluss während der Vertragslaufzeit zum Raucher, wird der Vertrag ab dem Zeitpunkt der Gefahrerhöhung (vgl. § 6 Abs. 21 und 22) im Rauchertarif fortgeführt. Dies führt grundsätzlich dazu, dass sich der Beitrag, ggf. rückwirkend, nach Maßgabe der für den Rauchertarif bei Vertragsabschluss geltenden Kalkulationsgrundlagen und den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik entsprechend erhöht. Darüber werden wir Sie spätestens einen Monat nach Zugang Ihrer Mitteilung über die Gefahrerhöhung durch einen Nachtrag zum Versicherungsschein informieren. Haben Sie uns die Gefahrerhöhung erst nach ihrem Eintritt mitgeteilt, erfolgt die Anpassung des Beitrags rückwirkend zum Zeitpunkt des Eintritts der Gefahrerhöhung. Sie können innerhalb von vier Wochen nach Zugang des Nachtrages zum Versicherungsschein beantragen, dass anstelle des erhöhten Beitrags die Leistung entsprechend der für den Rauchertarif bei Vertragsabschluss geltenden Kalkulationsgrundlagen und den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik reduziert wird. Diesen Antrag werden wir in jedem Fall annehmen und dies durch einen Nachtrag zum Versicherungsschein bestätigen.

- (4) Die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend, wenn sich das Rauchverhalten während der Vertragslaufzeit erneut ändert.

Überschussbeteiligung

§ 19 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

- (1) Ihre Versicherung erhält eine Überschussbeteiligung. Diese besteht gemäß der derzeit gültigen Fassung des § 153 VVG aus Anteilen an unseren Überschüssen und Bewertungsreserven. Die Überschussbeteiligung wird nach den folgenden Regelungen ermittelt und Ihrer Versicherung gutgeschrieben.
- (2) Um die zugesagten Versicherungsleistungen über die gesamte Versicherungsduer hinweg sicherzustellen, sind die vereinbarten Beiträge besonders vorsichtig kalkuliert. An den so entstehenden Überschüssen, die jährlich bei unserem Jahresabschluss festgestellt werden, beteiligen wir Sie entsprechend den jeweils geltenden Grundsätzen des Versicherungsaufsichtsgesetzes angemessen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungen dieser Bestandsgruppe nach der derzeitigen Rechtslage der Mindestzuführungsverordnung (MindZV) am Risikoergebnis (Berufsunfähigkeitsrisiko) grundsätzlich zu mindestens 90% und am übrigen Ergebnis (einschließlich Kosten) grundsätzlich zu mindestens 50% beteiligt.
- Die Höhe der Überschüsse hängt von zahlreichen Faktoren ab, wie zum Beispiel der Entwicklung der versicherten Risiken und insbesondere im Leistungsbezug von den Erträgen aus den Kapitalanlagen. Die Entwicklung dieser Faktoren ist nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Die Höhe der künftigen Überschüsse kann also nicht garantiert werden. Der Vorstand unseres Unternehmens legt auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Bestimmungen die Überschussanteilsätze jährlich fest.
- Die Mittel für die Überschussanteile werden bei Direktgutschrift durch Überschüsse des Geschäftsjahres finanziert, andernfalls der Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) entnommen. In einzelnen Versicherungsjahren kann eine Zuteilung von Überschüssen entfallen, sofern dies sachlich gerechtfertigt ist.

Verbindliche Angaben über die künftigen Überschüsse sind daher nicht möglich. Die Überschussanteilsätze werden jährlich neu festgelegt und im Geschäftsbericht veröffentlicht. Den Geschäftsbericht senden wir Ihnen auf Wunsch gern zu.

- (3) Überschüsse können in erster Linie entstehen, wenn das Risiko niedriger ist als bei der Tarifkalkulation angenommen (Risikoüberschuss). An diesen Überschüssen werden Sie entsprechend der MindZV angemessen beteiligt.
- Die weiteren Überschüsse stammen aus den Erträgen der Kapitalanlagen. Von den Nettoerträgen der Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind, erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in der MindZV

genannten Prozentsatz. Derzeit beträgt dieser Satz 90%. Aus diesem Betrag werden zunächst die Zinsen gedeckt, die zur Finanzierung der garantierten Versicherungsleistungen benötigt werden. Eventuell verbleibende Mittel verwenden wir für die Überschüsse der Versicherungsnehmer (Zinsüberschüsse).

- (4) Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Bestandsgruppen und teilweise darüber hinaus in Gewinnverbänden zusammengefasst. Der zu verteilende Überschuss wird den einzelnen Bestandsgruppen zugeordnet und – soweit er den Verträgen nicht direkt gutgeschrieben wird – in die Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) eingestellt. Die Verteilung des Überschusses auf die einzelnen Gruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang diese zur Überschussentstehung beigetragen haben. Die in die RfB eingestellten Mittel dürfen wir grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwenden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach den derzeitigen Regelungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Danach können wir die Rückstellung, im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder – sofern die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen – zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen.
- (5) Ihre Versicherung gehört zur Bestandsgruppe der überschussberechtigten Kollektivversicherungen mit eigener Vertragsabrechnung. Das Anlagerisiko zu den Versicherungen wird von uns getragen.

Überschüsse außerhalb der Erwerbsunfähigkeit

- (6) Außerhalb der Erwerbsunfähigkeit erhält die einzelne Versicherung laufende Überschussanteile am Schluss eines jeden Versicherungsjahrs.

Maßstäbe der laufenden Überschussanteile außerhalb der Erwerbsunfähigkeit

Die laufenden Überschussanteile setzen sich aus Risikoüberschuss- und Zinsüberschussanteilen zusammen.

Die einzelne Versicherung erhält am Schluss eines jeden Versicherungsjahrs Risikoüberschussanteile, wenn sie nicht beitragsfrei gestellt worden ist. Dieser Risikoüberschuss berechnet sich aus den Bemessungsgrundlagen multipliziert mit dem Überschussanteilsatz. Für diese Überschüsse gelten die versicherte Rente und der Beitrag als Bemessungsgrundlagen. Beitragsfrei gestellte Versicherungen erhalten zum Ende eines jeden Versicherungsjahrs einen Zinsüberschussanteil. Die Höhe der Gutschrift wird in Prozent des nach anerkannten versicherungsmathematischen Grundsätzen mit den Grundlagen der Prämienkalkulation berechneten Deckungskapitals der Versicherung bemessen. Der Zinsüberschussanteil wird als Einmalbeitrag zur Erhöhung der versicherten Rente verwendet.

Grundsätze für die Bemessung der Risikoüberschüsse (allgemeiner Überschussatz)

Die Bemessung der Risikoüberschüsse nehmen wir in einer ersten Stufe auf Grundlage des allgemeinen Risikoverlaufs vor und können dafür die bei uns für den Beruf der versicherten Person gültige Berufsgruppe sowie die erfolgte Eingruppierung in den Tarif „Raucher“ oder den Tarif „Nichtraucher“ berücksichtigen. Raucher im Sinne dieser Bedingungen ist, wer innerhalb des letzten Jahres Zigaretten, E-Zigaretten, Zigarren, Pfeife oder sonstigen Tabak geraucht hat. Passivrauchen ist kein Rauchen im Sinne dieser Bedingungen.

Gesundheitsbewusstes Verhalten

Die so ermittelten Überschussanteile werden sodann in einer zweiten Stufe auf der Grundlage des sonstigen gesundheitsbewussten Verhaltens der versicherten Person modifiziert.

Zur Bemessung des sonstigen gesundheitsbewussten Verhaltens dient derzeit der Generali Vitality Status der versicherten Person im Generali Vitality Programm der Generali Vitality GmbH. Wenn sich der Generali Vitality Status im Generali Vitality Programm der Generali Vitality GmbH ändert, wird uns dies von der Generali Vitality GmbH übermittelt.

Zum jeweiligen Versicherungsjahrestag ist für die Bemessung des sonstigen gesundheitsbewussten Verhaltens jedoch ausschließlich der 3 Monate vor dem jeweiligen Versicherungsjahrestag erreichte Generali Vitality Status maßgeblich. Für die Bemessung des sonstigen gesundheitsbewussten Verhaltens berücksichtigen wir den Generali Vitality Status erstmalig zum zweiten Versicherungsjahrestag, sofern die Teilnahme am Generali Vitality Programm zu diesem Zeitpunkt bereits mindestens 15 Monate bestand. Andernfalls berücksichtigen wir den Generali Vitality Status erstmalig zum dritten Versicherungsjahrestag.

Der Versicherungsjahrestag ist der Tag im jeweiligen Jahr, der dem Ablaufdatum Ihres Vertrages entspricht. Die Dauer des ersten Versicherungsjahrs beträgt daher beispielsweise 5 Monate, falls Ihr Versicherungsvertrag eine Versicherungsdauer von 30 Jahren und 5 Monaten hat.

Falls Ihr Vertrag aufgrund einer Nachversicherungsgarantie (vgl. § 20) als weiterer Vertrag abgeschlossen wurde, richten sich die Risikoüberschüsse **hiervon abweichend** zum Vertragsbeginn nach den Verhältnissen des ursprünglichen Versicherungsvertrages. Sie erhalten daher für diesen weiteren Vertrag zum Vertragsbeginn eine diesbezügliche Überschussbeteiligung, die im Verhältnis dem dann aktuellen Überschussniveau des Ursprungsvertrages entspricht. Wir berücksichtigen in der Folge auch für diesen weiteren Vertrag den 3 Monate vor jedem Versicherungsjahrestag dieses weiteren Vertrages erreichten Generali Vitality Status der versicherten Person, frühestens jedoch ab der erstmaligen Berücksichtigung des Generali Vitality Status in Ihrem Ursprungsvertrag.

Sofern wir keine termingerechte Information über das sonstige gesundheitsbewusste Verhalten erhalten, weil z.B. das Generali Vitality Programm gekündigt wurde oder der Übermittlung des Generali Vitality Status widersprochen wurde, wird Ihr Vertrag hinsichtlich dieser Überschüsse für die betroffenen Vertragsjahre so behandelt, als hätte die versicherte Person sich nicht gesundheitsbewusst verhalten.

Sobald wir wieder termingerecht über das sonstige gesundheitsbewusste Verhalten informiert werden, ermitteln wir die Überschüsse wieder entsprechend dem tatsächlichen Verhalten.

Die Überschussanteile Ihrer Versicherung können steigen, wenn die versicherte Person durch sonstiges gesundheitsbewusstes Verhalten einen entsprechenden Generali Vitality Status erreicht. Umgekehrt können die Überschussanteile Ihrer Versicherung aber auch sinken, wenn die versicherte Person sich weniger gesundheitsbewusst verhält und einen diesem Verhalten entsprechenden Generali Vitality Status erhält. Ein stärker sonstiges gesundheitsbewusstes Verhalten kann – bei laufender Beitragszahlung – über das Überschussystem Beitragssofortabzug dann zu sinkenden Zahlbeiträgen, ein weniger sonstiges gesundheitsbewusstes Verhalten zu steigenden Zahlbeiträgen führen. Einzelheiten hierzu, insbesondere zu den von dem Generali Vitality Status abhängigen jährlichen Zu- oder Abnahmen Ihres Zahlbeitrages, sowie zu den in jedem Versicherungsjahr geltenden Grenzwerten und Bezugsgrößen finden Sie in unserem jährlichen Geschäftsbericht; diese Werte werden jährlich im Rahmen der Überschussdeklaration neu festgesetzt.

Sofern das Generali Vitality Programm während der Dauer Ihres Versicherungsvertrags nicht mehr angeboten wird und wir dann auch kein anderes geeignetes Programm hierfür anbieten, können wir das sonstige gesundheitsbewusste Verhalten nicht mehr berücksichtigen. Stattdessen werden wir Ihrem Vertrag einen angemessenen, verhaltensunabhängigen Überschussanteil zuteilen.

Option, die Berücksichtigung des sonstigen gesundheitsbewussten Verhaltens zu beenden

- (7) Sie können sich bei laufender Beitragszahlung jederzeit einmalig dazu entscheiden, dass das sonstige gesundheitsbewusste Verhalten bei der Überschussbemessung nicht mehr berücksichtigt werden soll. Falls Sie sich für diese Option entscheiden, führen wir Ihren Vertrag dauerhaft unabhängig von dem sonstigen gesundheitsbewussten Verhalten der versicherten Person fort. Bei laufender Beitragszahlung erhöht sich im Gegenzug bei einem durch einen Unfall verursachten Eintritt von Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person die Rente um einen nicht garantierten Sofortbonus, jedoch nur dann, wenn die unfallbedingte Erwerbsunfähigkeit frühestens 5 Jahre nach Vertragsbeginn Ihrer Versicherung eingetreten ist.

Der Sofortbonus wird in Prozent der versicherten Rente bemessen. Der Sofortbonus wird jährlich neu festgelegt, so dass er sinken oder auch ganz entfallen kann. Versicherungen, die bereits im Leistungsbezug sind, sind von einer späteren Senkung des Sofortbonus jedoch nicht betroffen.

Nähere Informationen zur Überschussbeteiligung, insbesondere zum Einfluss des sonstigen gesundheitsbewussten Verhaltens bzw. des Generali Vitality Programms auf Ihren Vertrag, entnehmen Sie bitte unserem jährlichen Geschäftsbericht.

Maßstäbe und Verwendung der Überschussanteile, während Erwerbsunfähigkeit besteht

- (8) Das Überschussystem Ihrer Versicherung ist während des Bestehens von Erwerbsunfähigkeit die jährliche Rentensteigerung. Dies gilt entsprechend für den Sofortbonus (vgl. Abs. 7). Die einzelne Versicherung erhält zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres laufende Zinsüberschussanteile. Bemessungsgrundlage ist das nach anerkannten versicherungsmathematischen Grundsätzen mit den Grundlagen der Prämienkalkulation berechnete Deckungskapital zum Zuteilungstermin. Die Überschussanteile werden zur Rentensteigerung verwendet.
- (9) Endet Ihre Versicherung oder stirbt die versicherte Person, zahlen wir Ihnen ein Überschussguthaben, sofern vorhanden, aus.

Entstehung, jährliche Zuordnung und Zuteilung von Bewertungsreserven bei Vertragsbeendigung

- (10) Bewertungsreserven entstehen, wenn der tatsächliche Marktwert unserer Kapitalanlagen größer ist als der Wert, mit dem die Kapitalanlagen in unserem Jahresabschluss ausgewiesen sind. Diese Reserven verwenden wir grundsätzlich, um Wertschwankungen unserer Kapitalanlagen auszugleichen und so über größere Zeiträume hinweg möglichst gleichmäßige Überschussanteile zu erzielen. Ob und in welchem Umfang Bewertungsreserven entstehen, hängt von der Wertentwicklung der Kapitalanlagen ab und lässt sich daher nicht vorhersagen. Entstandene Bewertungsreserven können sich auch wieder auflösen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen sinkt.

Der Anteil an den Bewertungsreserven aus den Kapitalanlagen wird den einzelnen Verträgen jährlich rechnerisch zugeordnet. Die Zuordnung des Anteils orientiert sich daran, in welchem Umfang die einzelne Versicherung zur Entstehung der Bewertungsreserven beigetragen hat. Dafür ist die Höhe des am jeweiligen Jahresende für Ihre Versicherung gebildeten Deckungskapitals maßgeblich. Diese Werte Ihrer Versicherung werden über die Jahre seit Vertragsbeginn aufsummiert und zur Summe der entsprechenden Werte von allen anspruchsberechtigten Versicherungen ins Verhältnis gesetzt. Versicherungen im Rahmen von Konsortialverträgen und Sonderbeständen bleiben dabei unberücksichtigt. Für sie erfolgt eine gesonderte Berechnung.

Bei Vertragsbeendigung multiplizieren wir gemäß der derzeit gültigen Fassung des § 153 Abs. 3 VVG den dem Vertrag so bei Beendigung zugeordneten Anteil mit der Hälfte der dann tatsächlich vorhandenen, zur Verteilung anstehenden Bewertungsreserven. Diese maßgeblichen Bewertungsreserven unterscheiden sich von den gesamten etwa durch Herausrechnen der Anteile, die dem Eigenkapital, den Konsortialverträgen oder den Sonderbeständen zugeordnet werden. Die Terminierung zur Ermittlung dieser Bewertungsreserven ist im Geschäftsbericht festgelegt. Ihre so ermittelte Beteiligung an den Bewertungsreserven zahlen wir bei Beendigung Ihrer Versicherung aus.

Die andere Hälfte der Bewertungsreserven verwenden wir – wie erläutert – zum Ausgleich von Wertschwankungen unserer Kapitalanlagen.

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

Weitere Erläuterungen zur Überschussentstehung finden Sie im Anhang zu den Versicherungsbedingungen.

Nachversicherungsgarantie

§ 20 Unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihren Versicherungsschutz ohne Gesundheitsprüfung nachträglich erhöhen?

- (1) Sie haben bei laufender Beitragszahlung das Recht, die Beiträge und damit den Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen (**Nachversicherungsgarantie**), wenn die versicherte Person
1. volljährig wird oder
 2. heiratet bzw. eine Lebenspartnerschaft nach dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft begründet oder
 3. durch ein rechtskräftiges Urteil geschieden wird bzw. eine Lebenspartnerschaft nach dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft durch richterliche Entscheidung aufgehoben wird oder
 4. ein Kind bekommt oder adoptiert oder
 5. eine selbstgenutzte Eigentumswohnung oder ein selbstgenutztes Wohnhaus erwirbt bzw. baut und zu diesem Zweck einen Finanzierungsdarlehensvertrag abschließt oder
 6. eine selbständige berufliche Tätigkeit aufnimmt oder
 7. eine Meisterprüfung erfolgreich ablegt oder
 8. einmal innerhalb der ersten 5 Versicherungsjahre, wenn die versicherte Person in diesem Zeitraum eine Berufsausbildung oder ein Studium erfolgreich abschließt und eine Berufstätigkeit aufnimmt oder
 9. eine Mitteilung über eine Gehaltssteigerung von mindestens 10% ihres letzten Jahresgehaltes erhält oder
 10. einen etwaigen Anspruch auf Leistungen aus der betrieblichen Altersversorgung ganz oder teilweise verliert oder
 11. sich als Handwerker von der gesetzlichen Rentenversicherung befreien lässt oder
 12. mit ihrem Gehalt erstmals die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung überschreitet oder
 13. einen Anspruch auf Leistungen für den Fall der Berufsunfähigkeit aus einem berufsständischen Versorgungswerk der freien Berufe ganz oder teilweise verliert oder
 14. wenn der Ehegatte oder eingetragene Lebenspartner der versicherten Person stirbt.

Dies müssen Sie innerhalb von 6 Monaten nach dem Eintritt des Ereignisses in Textform (z.B. Papierform, E-Mail, Fax) bei uns beantragen.

- (2) Durch die Erhöhung muss die versicherte monatliche Rente um mindestens 100 Euro steigen. Durch eine einzelne Erhöhung darf die versicherte monatliche Rente höchstens um 500 Euro steigen. Insgesamt können Sie die versicherte monatliche Rente jedoch auf höchstens 2.500 Euro (inkl. Bonusrenten) erhöhen. Dieser Höchstbetrag gilt für alle bei uns versicherten Renten aufgrund des ganzen oder teilweisen Verlustes der Berufs- oder Erwerbsfähigkeit oder von Grundfähigkeiten. Eine Erhöhung der insgesamt versicherten monatlichen Rente auf mehr als 1.500 Euro (inkl. Bonus- oder erhöhten Renten) ist nur möglich, wenn und soweit die versicherte Rente 70% des durchschnittlichen monatlichen Bruttoeinkommens der versicherten Person aus den letzten 3 Jahren vor der Erhöhung nicht übersteigt. Dies müssen Sie uns nachweisen.

Ihre Beiträge erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die versicherte Rente, sondern abhängig von

- dem Erhöhungstermin
- dem Geburtsjahr der versicherten Person
- der restlichen Beitragszahlungs-, Versicherungs- und Leistungsdauer
- dem Erhöhungsbeitrag
- dem beim ursprünglichen Vertragsschluss ausgeübten Beruf der versicherten Person
- einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag.

- (3) Sie haben einmalig zum Beginn des 6. Versicherungsjahres das Recht, die versicherte Rente aus Ihrer selbständigen Erwerbsunfähigkeitsversicherung um bis zu 125 Euro zu erhöhen, wenn die versicherte Person das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und zu diesem Zeitpunkt nicht erwerbsunfähig ist bzw. war oder wenn zum Zeitpunkt der Ausübung des Rechts die Erwerbsunfähigkeit bereits bestanden hat, aber erst zu einem späteren Zeitpunkt festgestellt wird.

- (4) Eine Erhöhung ohne erneute Gesundheitsprüfung ist ausgeschlossen, wenn die versicherte Person das 50. Lebensjahr vollendet hat. Solange Sie die Versicherung beitragsfrei gestellt haben oder wenn und solange die versicherte Person erwerbsunfähig ist, ruht Ihr Erhöhungsrecht.

- (5) Die Erhöhung stellt einen weiteren, selbständigen Versicherungsvertrag nach den zur Zeit der Erhöhung gültigen Versicherungsbedingungen zwischen Ihnen und uns dar.

Da die Erhöhung einen weiteren, selbständigen Versicherungsvertrag darstellt, gelten die Regelungen beider Verträge, insbesondere auch die Bezugsrechtsverfügung, unabhängig von einander.

- (6) Durch die Erhöhung Ihrer Versicherungsleistungen beginnen die Fristen nach § 6 Abs. 8 (Verletzung der Anzeigepflicht) nicht erneut.
- (7) Für den Beginn des durch die Erhöhung erweiterten Versicherungsschutzes gilt § 3 entsprechend. Für den erweiterten Versicherungsschutz gelten die restliche Beitragszahlungsdauer, die restliche Versicherungsdauer und die restliche Leistungsdauer der ursprünglichen Versicherung. Eine in der ursprünglichen Versicherung vereinbarte Ausschlussklausel gilt analog für die Nachversicherung.

Weitere Regelungen

§ 21 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 des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Dies gilt nur, wenn der Versicherungsschein eine Urkunde ist. Wir können verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.

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

- (1) Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen, müssen – soweit in diesen Bedingungen nicht anders geregelt – stets in Textform erfolgen. Für uns bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie uns zugegangen sind. Ihre Mitteilungen richten Sie bitte an die in der Kundeninformation angegebene Adresse.

Vermittler und Versicherungsvertreter sind zur Entgegennahme von Mitteilungen und Erklärungen des Versicherungsnehmers im Rahmen der gesetzlichen Regelungen bevollmächtigt, nicht jedoch zur Abgabe von Erklärungen über den Abschluss, die Änderung, die Kündigung oder den Rücktritt von Versicherungsverträgen in unserem Namen.

- (2) Eine Änderung Ihres Namens oder der uns genannten Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Andernfalls können für Sie Nachteile entstehen. Wir können eine an Sie zu richtende Willenserklärung per Einschreiben an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung als zugestellt. Bei Änderung Ihres Namens gilt Entsprechendes.
- (3) Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, sind Sie verpflichtet, eine im Inland ansässige Person zu benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen (Zustellungsbevollmächtigter). Dies gilt nicht für diejenigen Mitgliedsstaaten des Europäischen Wirtschaftsraums, in denen wir im Rahmen des Dienstleistungsverkehrs tätig sind.

§ 23 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 24 Wo ist der Gerichtsstand?

- (1) Für Klagen aus dem Vertrag **gegen uns** ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk unser Sitz liegt. Dies ist gegenwärtig München. Darüber hinaus ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz, oder in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
- (2) Klagen aus dem Vertrag **gegen Sie** müssen wir bei dem Gericht erheben, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines

solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthaltes zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.

- (3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz, sind die Gerichte der Bundesrepublik Deutschland zuständig.

§ 25 Wie hoch ist der Rechnungszins?

Der Rechnungszins Ihrer Versicherung beträgt 0,90% p.a. Mit diesem Zinssatz wird die jeweilige Deckungsrückstellung Ihrer Versicherung während der gesamten Versicherungsdauer mindestens verzinst.

§ 26 Wann können wir den Beitrag neu festsetzen, und welche Bestimmungen können wir ändern oder ersetzen?

- (1) Unter den Voraussetzungen von § 163 VVG sind wir berechtigt, den Beitrag neu festzusetzen oder die Versicherungsleistung herabzusetzen. Bei einer Erhöhung der Beiträge können Sie stattdessen die Herabsetzung der Versicherungsleistung verlangen.
- (2) Sollten einzelne Bestimmungen dieser Bedingungen auf Grund eines bestandskräftigen Verwaltungsakts oder höchstrichterlicher Rechtsprechung unwirksam sein, sind wir berechtigt, diese nach § 164 VVG zu ersetzen.
- (3) Eine Neufestsetzung des Beitrags oder Herabsetzung der Versicherungsleistung (vgl. Abs. 1) können wir nur vornehmen, wenn ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen des § 163 Abs. 1 Nr. 1 und 2 VVG überprüft und bestätigt hat.
- (4) Änderungen nach § 163 VVG werden zu Beginn des zweiten Monats, Änderungen nach § 164 VVG werden zwei Wochen, nachdem wir Sie davon benachrichtigt haben, wirksam.

§ 27 Was gilt im Falle von Wirtschaftssanktionen gegen ausländische Staaten?

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.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos, die durch die Vereinigten Staaten von Amerika erlassen werden, soweit dem nicht europäische oder deutsche Rechtsvorschriften entgegenstehen.

§ 28 Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?

- (1) Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung 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 schuldhafte 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 derzeit insbesondere Umstände, die für die Beurteilung Ihrer persönlichen Steuerpflicht, der Steuerpflicht dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, und der Steuerpflicht des Leistungsempfängers maßgebend sein können. Dazu zählen u.a. die deutsche oder ausländische Steuerpflicht, die Steueridentifikationsnummer, der Geburtsort und der Wohnsitz.

Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, müssen Sie trotz einer nicht bestehenden Steuerpflicht davon ausgehen, dass wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden melden.

Allgemeine Angaben über die geltende Steuerregelung bei der Selbständigen Erwerbsunfähigkeitsversicherung

Die folgenden Ausführungen über die geltenden Steuerregelungen sind lediglich 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. Aufgrund der knappen Darstellung können diese Hinweise selbstverständlich nicht vollständig sein und insbesondere keine individuelle steuerliche Beratung ersetzen. Unsere Vermittler dürfen Sie aufgrund der gesetzlichen Regelungen nicht steuerlich beraten.

Für die Richtigkeit und Vollständigkeit dieser Informationen übernehmen wir keine Haftung. Dieser Haftungsausschluss gilt nicht für vorsätzlich falsche Informationen und Angaben. Künftige Änderungen des Steuerrechts werden von uns **nicht** mitgeteilt.

Im Rahmen der folgenden Erläuterungen gehen wir von einer unbeschränkten Steuerpflicht für eine natürliche Person als Versicherungsnehmer mit Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland sowie von privat abgeschlossenen Verträgen aus.

Inhaltsverzeichnis

1. Wie wird Ihre Erwerbsunfähigkeitsversicherung steuerlich behandelt?
2. Was gilt für die Versicherungsteuer?
3. Welche steuerrechtlichen Mitteilungspflichten bestehen für uns?

1. Wie wird Ihre Erwerbsunfähigkeitsversicherung steuerlich behandelt?

Die entrichteten Beiträge können bei der Veranlagung zur Einkommensteuer im Rahmen der Höchstbeträge als Sonderausgaben abgezogen werden. Die Abzugsfähigkeit der Beiträge ist insbesondere unter Berücksichtigung der Beiträge

- zu Versicherungen gegen Arbeitslosigkeit,
- zu Risikoversicherungen, die nur im Todesfall eine Leistung vorsehen,
- zu Kranken-, Pflege-, Unfall- und Haftpflichtversicherungen sowie
- zu vor dem 01.01.2005 abgeschlossenen Kapitallebensversicherungen bzw. Rentenversicherungen mit und ohne Kapitalwahlrecht

auf einen Höchstbetrag von 2.800 Euro begrenzt.

Dieser Höchstbetrag verringert sich auf 1.900 Euro bei Personen, für deren Krankenversicherung Leistungen nach § 3 Nr. 62, § 3 Nr. 57, § 3 Nr. 14 oder § 3 Nr. 9 EStG erbracht werden. Bei zusammenveranlagten Ehegatten bestimmt sich der gemeinsame Höchstbetrag aus der Summe der jedem Ehegatten zustehenden Höchstbeträge.

Bis zum Kalenderjahr 2019 ist eine „Günstiger-Prüfung“ vorgesehen. Danach ist für die Kalenderjahre 2005 bis 2019 der Abzug der Vorsorgeaufwendungen nach § 10 Abs. 1 Nr. 2a, Nr. 3 und Nr. 3a EStG in der für das Kalenderjahr 2004 geltenden Fassung des § 10 Abs. 3 EStG mit ab 2011 sinkendem Vorwegabzug unter Berücksichtigung des sog. Erhöhungsbetrags vorzunehmen, soweit sich diese für den Steuerpflichtigen günstiger darstellt. Diese mögliche Besserstellung wird vom Finanzamt bei der Veranlagung automatisch berücksichtigt.

Renten aus Selbständigen Erwerbsunfähigkeitsversicherungen sind grundsätzlich als Leibrenten mit dem Ertragsanteil gemäß § 55 der Einkommensteuer-Durchführungsverordnung bzw. gemäß § 22 Nr. 1 S. 3 a bb S. 5 EStG zu versteuern.

2. Was gilt für die Versicherungsteuer?

Erwerbsunfähigkeitsversicherungen unterliegen in der Bundesrepublik Deutschland gemäß § 4 Nr. 5 des Versicherungsteuergesetzes (VersStG) zur Zeit keiner Versicherungsteuer.

3. Welche steuerrechtlichen Mitteilungspflichten bestehen für uns?

Sobald wir Rentenleistungen aus diesem Vertrag zahlen, sind wir gesetzlich dazu verpflichtet, eine Rentenbezugsmeldung unter Verwendung Ihrer persönlichen Daten an die Deutsche Rentenversicherung Bund abzugeben. Die Daten sind dabei bis zum 1. März des Jahres zu melden, das auf das Jahr folgt, in dem die Rente dem Leistungsempfänger zugeflossen ist.

Der Leistungsempfänger ist in diesem Fall verpflichtet, uns seine Identifikationsnummer (§ 139 b Abgabenordnung) mitzuteilen. Sollte der Leistungsempfänger dieser Verpflichtung nicht nachkommen, sind wir berechtigt, die Identifikationsnummer beim Bundeszentralamt für Steuern zu erfragen.

Stand dieser Allgemeinen Angaben zur Steuerregelung:
01.07.2014