

Inhaltsverzeichnis

		Seite
▶ RingBerufsunfähigkeitsPolice		
Übersicht für konventionelle Versicherungen	DRL 3154 07.08	4
Allgemeine Bedingungen für konventionelle Versicherungen	DRL 3503 04.10	5
Tarifbedingungen für die Tarife BV und BVZ	DRL 3504 04.10	15
Besondere Bedingungen für die planmäßige Erhöhung bei Pflege-, Risiko- und Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsversicherungen	DRL 3467 04.10	26
Merkblatt zur Datenverarbeitung	DRG 0881 06.04	28
Gebührentabelle für konventionelle Versicherungen	DRL 3053 07.09	30
Allgemeine Informationen zu Ihrer Lebensversicherung	DRL 3321 01.10	31
Allgemeine Angaben über die Steuerregelungen von Pflege-, Risiko- und Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsversicherungen	DRL 3512 04.10	32

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Sie haben mit uns einen Vertrag geschlossen oder beabsichtigen, eine Versicherung zu beantragen. Sie sind damit unser Vertragspartner und – sobald der Vertrag zustande gekommen ist – der Versicherungsnehmer. Versicherte Person können Sie oder jemand anderes sein. Darüber hinaus können auch weitere versicherte Personen mit dem Vertrag abgesichert werden. Wir als Versicherer erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen.

Der von uns übernommene Versicherungsschutz ist abhängig von den gewählten Tarifen. Im Antragsvordruck bzw. im Versicherungsschein finden Sie die genannten Tarifbezeichnungen wieder. Im Rahmen von Kollektiv-Versicherungen werden diese Tarifbezeichnungen durch vorangestellte Buchstaben ergänzt.

Für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Unterlagen in Abhängigkeit vom gewählten Versicherungsschutz:

- Allgemeine Bedingungen mit Anhang (Teil A)*
- Tarifbedingungen für die gewählten Tarife (Teil B)*
- Besondere Bedingungen (Teil C)*
- Merkblatt zur Datenverarbeitung*

Zu Ihrer Information erhalten Sie

- unsere aktuelle Gebührentabelle*
- Allgemeine Informationen zu Ihrer Lebensversicherung*
- Allgemeine Angaben über die für die abgeschlossene Versicherungsart geltende Steuerregelung*

sowie

- unser Produktinformationsblatt für Ihre beantragte Versicherung und*
- eine individuelle Vertragsinformation zu Ihrem beantragten bzw. nach Abschluss des Vertrages vereinbarten Versicherungsumfang.*

Einige der informativ dargestellten Sachverhalte sind keine Vertragsbestandteile. Die Informationen sind auf dem bei Antragstellung geltenden aktuellen Stand. Bitte erkundigen Sie sich im Zweifel bei uns, falls Sie während der Vertragsdauer prüfen möchten, inwieweit die Ihnen ausgehändigten Informationen noch zutreffen.

Teil A

Allgemeine Bedingungen für konventionelle Versicherungen sowie für ggf. dazu eingeschlossene Zusatzversicherungen

Allgemeine Regeln und Bestimmungen zum Versicherungsvertrag

- A.1 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?**
- A.2 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?**
- A.3 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?**
- A.4 Wer erhält die Versicherungsleistung?**
- A.5 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?**
- A.6 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?**
- A.7 Was gilt für die Verjährung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag?**
- A.8 Wann können Bedingungen geändert werden?**

Der Versicherungsbeitrag

- A.9 Wann beginnt eine Versicherungsperiode und was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?**
- A.10 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?**
- A.11 Wann können die Beiträge oder die Leistungen geändert werden?**

Beitragsfreistellung und Kündigung

- A.12 Wann können Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen?**
- A.13 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?**

Kosten und Gebühren

- A.14 Wie verteilen wir die bei der Beitragskalkulation in Ansatz gebrachten Abschluss- und Vertriebskosten?**
- A.15 Welche Kosten können wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen?**

Grundsätze der Überschussbeteiligung

- A.16** Wie sind unsere Versicherungsnehmer an den Überschüssen beteiligt?

Anwendbares Recht, Gerichtsstand

- A.17** Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

- A.18** Wo ist der Gerichtsstand?

Anhang zu den Allgemeinen Bedingungen zur Kündigung und Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung

- A.19** Erläuterungen und Hinweise zur Kündigung und Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung

Allgemeine Regeln und Bestimmungen zum Versicherungsvertrag

A.1 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag abgeschlossen worden ist, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn, der in der individuellen Vertragsinformation Ihrer Versicherung dokumentiert ist. Vor dem dort angegebenen Beginn der Versicherung – mittags 12 Uhr – besteht noch kein Versicherungsschutz. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung (vgl. Ziffern A.9.2 und A.9.3 und A.10).

A.2 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

A.2.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht

A.2.1.1 Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Vertragsabschluss in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden.

A.2.1.2 Sollen eine andere Person versichert oder weitere Personen mitversichert werden, sind auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

A.2.2 Rücktritt

A.2.2.1 Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen, der versicherten Person oder den mitversicherten Personen (vgl. Ziffer A.2.1.2) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

A.2.2.2 Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Haben Sie, die versicherte Person oder die mitversicherten Personen die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

A.2.2.3 Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir den Rückkaufswert gem. den Ziffern A.13.1 und A.13.3. Ist die Auszahlung eines Rückkaufswerts gem. den Tarifbedingungen Ihrer Versicherung nicht vorgesehen, erlischt die Versicherung, ohne dass ein Rückkaufswert fällig wird. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

A.2.3 Kündigung

A.2.3.1 Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

A.2.3.2 Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

A.2.3.3 Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine vollständig beitragsfreie Versicherung gem. der Ziffer A.12.2 um.

A.2.4 Rückwirkende Vertragsanpassung

A.2.4.1 Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

A.2.4.2 Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag oder mindert sich die versicherte Leistung jeweils um mehr als 10 % oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen. In der Mitteilung werden wir Sie auf das Kündigungsrecht hinweisen.

A.2.5 Ausübung unserer Rechte

A.2.5.1 Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen unsere Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände innerhalb eines Monats nach deren Kenntniserlangung angeben.

A.2.5.2 Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung sind ausgeschlossen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

A.2.5.3 Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von fünf Jahren seit Vertragsabschluss ausüben. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Haben Sie, die versicherte Person oder die mitversicherten Personen die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

A.2.6 Anfechtung

Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmendeckung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person oder der mitversicherten Personen, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Ziffer A.2.2.3 gilt entsprechend.

A.2.7 Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

Die Ziffern A.2.1 bis A.2.6 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen nach Ziffer A.2.5.3 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

A.2.8 Erklärungsempfänger

Die Ausübung unserer Rechte erfolgt durch eine schriftliche Erklärung, die Ihnen gegenüber abgegeben ist. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Ableben ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

A.3 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?

A.3.1 Mitteilungen, die das bestehende Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets schriftlich erfolgen. Für uns bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie uns zugegangen sind. Ihr Widerrufsrecht können Sie abweichend davon auch in einer anderen Textform ausüben.

A.3.2 Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden können. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

A.3.3 Bei Änderung Ihres Namens gilt Ziffer A.3.2 entsprechend.

A.3.4 Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, sollten Sie uns auch in Ihrem Interesse eine in der Bundesrepublik Deutschland ansässige Person benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen (Zustellungsbevollmächtigter).

A.4 Wer erhält die Versicherungsleistung?

A.4.1 Die Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir grundsätzlich an Sie als unseren Versicherungsnehmer oder an Ihre Erben, falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag bei deren Fälligkeit erwerben soll (sog. Bezugsberechtigter). Bis zum Eintritt des Leistungsfalles bzw. bis zur jeweiligen Rentenfähigkeit können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen. Nach Ihrem Tod kann das Bezugsrecht nicht mehr widerrufen werden.

A.4.2 Sie können Ihre Rechte aus dem Versicherungsvertrag auch abtreten oder verpfänden, soweit derartige Verfügungen überhaupt rechtlich möglich sind.

A.4.3 Die Einräumung oder der Widerruf eines Bezugsrechts sowie eine zulässige Abtretung oder Verpfändung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag sind uns gegenüber erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen

Berechtigten schriftlich angezeigt worden sind und in den Tarifbedingungen Ihrer Versicherung keine abweichenden Regelungen bestehen. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie als der Versicherungsnehmer; es können aber auch andere Personen sein, wenn zu ihren Gunsten bereits vorher Verfügungen vorgenommen wurden.

A.4.4 Sie können auch ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte unwiderruflich und damit sofort die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll. Hierfür ist ebenfalls eine schriftliche Anzeige gem. Ziffer A.4.3 erforderlich. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.

A.4.5 Sofern einschränkende Regelungen zum Bezugsrecht bestehen, können Sie diese der Ziffer „Welche tariflichen Besonderheiten gelten für den Erhalt der Versicherungsleistung?“ im Abschnitt „Der Leistungsfall“ der Tarifbedingungen Ihrer Versicherung entnehmen.

A.5 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

A.5.1 Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.

A.5.2 In den Fällen der Ziffer A.4.3 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die schriftliche Anzeige des bisherigen Berechtigten vorliegt.

A.6 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir unverzüglich, ob und ggf. ab welchem Zeitpunkt wir eine Leistungspflicht anerkennen.

A.7 Was gilt für die Verjährung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag?

Ihre Ansprüche auf Versicherungsleistungen verjähren regelmäßig in drei Jahren. Die Frist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und Sie von den den Anspruch begründenden Umständen Kenntnis erlangt haben oder ohne grobe Fahrlässigkeit hätten Kenntnis erlangen müssen.

A.8 Wann können Bedingungen geändert werden?

A.8.1 Ist eine Bestimmung durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir auch für Ihren Vertrag diese durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrages notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Ihre Belange werden dabei angemessen berücksichtigt.

A.8.2 Die Änderungen von Bestimmungen werden nach Ablauf von zwei Wochen wirksam, nachdem wir Ihnen die Änderungen und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt haben.

Der Versicherungsbeitrag

A.9 Wann beginnt eine Versicherungsperiode und was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

A.9.1 Die Beiträge zu dieser Versicherung können Sie je nach vereinbartem Tarif in einem einzigen Betrag (Einmalbeitrag) oder durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge (laufende Beiträge) entrichten.

A.9.2 Der erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, in der individuellen Vertragsinformation Ihrer Versicherung dokumentierten Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.

A.9.3 In beitragspflichtigen Zeiten umfasst die Versicherungsperiode bei Jahreszahlung ein Jahr, bei unterjähriger Beitragszahlung entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr. Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag umfasst die Versicherungsperiode einen Monat.

A.9.4 Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem in Ziffer A.9.2 genannten Termin eingezogen werden konnte und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

A.9.5 Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

A.9.6 Bei Fälligkeit einer Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

A.10 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

A.10.1 Einlösungsbeitrag

A.10.1.1 Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten der zur Gesundheitsprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchungen verlangen.

A.10.1.2 Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die Nicht-Zahlung nicht zu vertreten haben.

A.10.2 Folgebeitrag

A.10.2.1 Wenn Sie einen Folgebeitrag oder einen sonstigen Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig zahlen, so bekommen Sie von uns eine Mahnung in Textform. Neben den Portogebühren erheben wir hierfür eine Gebühr gem. Ziffer A.15. In der Mahnung setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen.

A.10.2.2 Sind Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist noch in Verzug

- vermindert sich der Versicherungsschutz (auch für ggf. eingeschlossene Zusatzversicherungen), sofern eine Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung möglich ist. Dabei erlöschen ggf. eingeschlossene Zusatzversicherungen, soweit gemäß den Bedingungen für die Zusatzversicherungen eine Beitragsfreistellung nicht möglich ist.

Wenn keine Beitragsfreistellung für den Vertrag möglich ist, entfällt der Versicherungsschutz und der Vertrag erlischt. In diesem Fall zahlen wir den dann ggf. vorhandenen Rückkaufswert aus. Ist die Auszahlung eines Rückkaufswerts gem. den Tarifbedingungen Ihrer Versicherung ausgeschlossen, erlischt die Versicherung, ohne dass ein Rückkaufswert fällig wird.

- sind wir ferner berechtigt, den Versicherungsvertrag zu kündigen. Die Kündigung kann mit dem Mahnschreiben verbunden sein.

Auf diese Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

A.10.2.3 Die Wirkungen der Kündigung fallen fort und der volle Versicherungsschutz tritt sofort wieder in Kraft, wenn Sie den angemahnten Gesamtbetrag zusammen mit dem von uns ggf. schon ausgezahlten Rückkaufswert innerhalb eines Monats nach der Kündigung bezahlen. Für zwischenzeitlich eingetretene Versicherungsfälle besteht jedoch kein bzw. nur verminderter Versicherungsschutz.

A.11 Wann können die Beiträge oder die Leistungen geändert werden?

A.11.1 Wir sind zu einer Neufestsetzung des Beitrages berechtigt, wenn

- sich der Leistungsbedarf nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den Rechnungsgrundlagen des vereinbarten Beitrages geändert hat,
- der nach den berichtigten Rechnungsgrundlagen neu festgesetzte Beitrag angemessen und erforderlich ist, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistung zu gewährleisten, und
- ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die Voraussetzungen der vorgenannten Punkte überprüft und bestätigt hat.

Eine Neufestsetzung des Beitrages ist insoweit ausgeschlossen, als die Versicherungsleistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies insbesondere anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen hätte erkennen müssen.

A.11.2 Bei einer beitragsfreien Versicherung sind wir unter den vorgenannten Voraussetzungen zur Herabsetzung der Versicherungsleistung berechtigt.

A.11.3 Wenn Sie es wünschen, kann anstelle einer Erhöhung des Beitrages nach Ziffer A.11.1 die Versicherungsleistung entsprechend herabgesetzt werden.

A.11.4 Die Neufestsetzung des Beitrages bzw. die Herabsetzung der Versicherungsleistung werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, nachdem wir Ihnen die neu festgesetzten Beiträge bzw. die herabgesetzten Leistungen und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt haben.

A.11.5 Die Mitwirkung des Treuhänders entfällt, wenn eine entsprechende Genehmigung der Aufsichtsbehörde erforderlich ist.

Beitragsfreistellung und Kündigung

A.12 Wann können Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen?

A.12.1 Bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung können Sie, sofern eine Pflicht zur Beitragszahlung noch besteht, jederzeit schriftlich verlangen, zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (vgl. Ziffer A.9.3) von der Beitragszahlungspflicht vollständig (vollständige Beitragsfreistellung) oder teilweise (Herabsetzung) befreit zu werden. Eine Herabsetzung können Sie frühestens nach 12 Monaten verlangen.

A.12.2 Vollständige oder teilweise Beitragsfreistellung

A.12.2.1 Bei einer vollständig oder teilweise beitragsfreien Weiterführung der Versicherung setzen wir die versicherten Leistungen ganz oder teilweise auf beitragsfreie Versicherungsleistungen herab, die nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik unter Zugrundelegung des Anrechnungsbetrags gem. Ziffer A.12.3 errechnet werden.

A.12.2.2 Ihre Versicherung können Sie nur dann vollständig beitragsfrei fortführen, wenn die für den jeweiligen Tarif für die Beitragsfreistellung vorgesehenen Mindestbeträge erreicht werden. Andernfalls erlischt die Versicherung und es wird – soweit vorhanden – der Rückkaufswert gem. Ziffer A.13.1 ausgezahlt.

Eine Herabsetzung ist nur wirksam, wenn die für den jeweiligen Tarif hier vorgesehenen Mindestbeträge erreicht werden.

Die für die vollständige oder teilweise beitragsfreie Fortsetzung der Versicherung erforderlichen Mindestbeträge können Sie dem Abschnitt „Beitragsfreistellung und Kündigung“ der Tarifbedingungen Ihrer Versicherung entnehmen.

A.12.2.3 Die vollständige Beitragsfreistellung oder Herabsetzung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung sind wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. Ziffer A.14) nur geringe Beträge zur Weiterführung einer beitragsfreien oder herabgesetzten Versicherung vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen nicht unbedingt Mittel in Höhe der eingezahlten Beiträge für die vollständige oder teilweise beitragsfreie Fortführung Ihrer Versicherung zur Verfügung. Nähere Informationen zu beitragsfreien Leistungen und ihrer Höhe, können Sie dem in der individuellen Vertragsinformation Ihrer Versicherung dargestellten Vertragsverlauf entnehmen.

A.12.3 Berechnung des Anrechnungsbetrages

Der Anrechnungsbetrag zur Berechnung der Versicherungsleistungen nach vollständiger oder teilweiser Beitragsfreistellung entspricht dem gem. Ziffer A.13.3.1 bis A.13.3.4 ermittelten Rückkaufswert. Dies gilt auch für ggf. eingeschlossene Zusatzversicherungen.

A.13 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?

Sie können Ihre Versicherung – Rentenversicherungen jedoch nur vor dem vereinbarten Rentenbeginn – zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (vgl. Ziffer A.9.3) schriftlich kündigen.

A.13.1 Kündigung und Auszahlung des Rückkaufswertes

A.13.1.1 Kündigen Sie Ihre Versicherung und ist die Auszahlung eines Rückkaufswertes gemäß gesetzlicher Vorschriften bzw. gemäß den Tarifbedingungen nicht ausgeschlossen, erstatten wir nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) bei Kündigung – soweit vorhanden – den Rückkaufswert gem. Ziffer A.13.3.

A.13.1.2 Zusätzlich zahlen wir die Ihrem Vertrag bereits zugeteilten Überschussanteile aus, soweit sie nicht bereits in dem gem. den Ziffern A.13.3.1 und A.13.3.2 berechneten Rückkaufswert enthalten sind, sowie einen Schlussüberschussanteil, soweit ein solcher für den Fall einer Kündigung vorgesehen ist. Außerdem erhöht sich der Auszahlungsbetrag bei einer Kündigung um den Ihrer Versicherung gem. Ziffer A.16.1.2 ggf. zugeteilten Anteil an den Bewertungsreserven.

A.13.1.3 Sofern einschränkende Regelungen zur Auszahlung eines Rückkaufswertes bestehen, können Sie diese dem Abschnitt „Beitragsfreistellung und Kündigung“ der Tarifbedingungen Ihrer Versicherung entnehmen.

A.13.1.4 Die Kündigung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. Ziffer A.14) nur ein geringer Rückkaufswert vorhanden. Der Rückkaufswert erreicht auch in den Folgejahren nicht unbedingt die Summe der eingezahlten Beiträge.

A.13.2 Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung bei Kündigung

Ist die Auszahlung eines Rückkaufswertes von den Tarifbedingungen Ihrer Versicherung grundsätzlich oder unter bestimmten Voraussetzungen ausgeschlossen, so wandelt sich die Versicherung bei Kündigung in eine vollständig beitragsfreie Versicherung gem. Ziffer A.12.2 um.

A.13.3 Berechnung des Rückkaufswertes

A.13.3.1 Zur Berechnung des Rückkaufswertes ermitteln wir zunächst das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation zum Kündigungstermin berechnete Deckungskapital*). Bei Verträgen, bei denen bzgl. der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung (DeckRV) angewendet wird, berechnen wir jedoch mindestens das Deckungskapital, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt (vgl. Ziffer A.14).

A.13.3.2 Entsprechend § 169 Abs. 5 VVG nehmen wir von dem so ermittelten Wert einen angemessenen Abzug vor. Die Höhe des Abzugs vereinbaren und beziffern wir im Abschnitt „Beitragsfreistellung und Kündigung“ der jeweiligen Tarifbedingungen und der individuellen Vertragsinformation Ihrer Versicherung.

A.13.3.3 Mit dem Abzug wird die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen; zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug finden Sie in Ziffer A.19.

Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beziffern ist, entfällt der Abzug bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.

A.13.3.4 Beitragsrückstände werden von dem Rückkaufswert abgezogen.

A.13.3.5 Wir sind nach § 169 Abs. 6 VVG berechtigt, den nach Ziffer A.13.3.1 berechneten Betrag angemessen herabzusetzen, soweit dies erforderlich ist, um eine Gefährdung der Belange der Versicherungsnehmer, insbesondere durch eine Gefährdung der dauernden Erfüllbarkeit der sich aus den Versicherungsverträgen ergebenden Verpflichtungen, auszuschließen. Die Herabsetzung ist jeweils auf ein Jahr befristet.

A.13.3.6 Nähere Informationen zum Rückkaufswert, seiner Höhe und darüber, in welchem Ausmaß er garantiert ist, können Sie dem in der individuellen Vertragsinformation Ihrer Versicherung dargestellten Vertragsverlauf entnehmen.

A.13.4 Beitragsrückzahlung

Auf eine Rückzahlung der Beiträge haben Sie keinen Anspruch.

Kosten und Gebühren

A.14 Wie verteilen wir die bei der Beitragskalkulation in Ansatz gebrachten Abschluss- und Vertriebskosten?

A.14.1 Durch den Abschluss von Versicherungsverträgen entstehen Kosten. Diese sog. Abschluss- und Vertriebsaufwendungen (§ 43 Abs. 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen (RechVersV)) sind bereits pauschal bei der Tarifkalkulation berücksichtigt und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt.

A.14.2 Für Ihren Versicherungsvertrag ist – sofern Sie laufende Beitragszahlung vereinbart haben – das Verrechnungsverfahren nach § 4 der DeckRV vereinbart. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit die Beiträge nicht für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung einer Deckungsrückstellung**) aufgrund von § 25 Abs. 2 RechVersV in Verbindung mit § 169 Abs. 3 VVG bestimmt sind. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der DeckRV auf 4 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt.

A.14.3 Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag und bei zusätzlichen Einzahlungen werden die Abschluss- und Vertriebskosten direkt mit der jeweiligen Zahlung verrechnet.

A.14.4 Die beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung nur geringe Beträge zur Bildung der beitragsfreien Leistung oder für einen Rückkaufswert vorhanden sind, mindestens jedoch die in den Ziffern A.12 bzw. A.13 genannten Beträge.

Nähere Informationen können Sie der individuellen Vertragsinformation Ihrer Versicherung entnehmen.

A.15 Welche Kosten können wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen?

A.15.1 Falls aus besonderen von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand entsteht, können Ihnen die dadurch verursachten durchschnittlichen Kosten als pauschaler Abgeltungsbetrag in angemessener Höhe (Gebühr) gesondert in Rechnung gestellt werden.

A.15.2 Die Gebühren werden entweder leistungsmindernd mit dem Deckungskapital oder bei der Zuteilung künftiger Überschussanteile mit diesen verrechnet oder zusammen mit der Beitragszahlung fällig.

A.15.3 Gebühren erheben wir insbesondere in folgenden Fällen:

- Ausstellung einer Ersatzurkunde für den Versicherungsschein
- Durchführung von Vertragsänderungen (mit Ausnahme von vollständiger Beitragsfreistellung und vollständiger Kündigung)
- Bearbeitung von Abtretungen und Verpfändungen
- Bearbeitung von Weiterabtretungen (Weiterzession)
- Individuelle Werteanfragen zusätzlich zur regelmäßigen Information

- Neuaufteilung der Anlagebeiträge (Anlagesplitting) oder Fondswechsel (Umschichtung)
- Bearbeitung von Rückläufern im Lastschriftverfahren: Diese Gebühr dient auch der Verrechnung der uns von Ihrem Kreditinstitut in Rechnung gestellten Kosten.
- Mahnverfahren bei Beitragsrückständen

A.15.4 Die Höhe der jeweiligen Gebühr können Sie der jeweils aktuellen Gebührentabelle entnehmen. Die bei Abschluss der Versicherung aktuelle Gebührentabelle entnehmen Sie den Ihren Vertragsunterlagen beiliegenden Informationen.

A.15.5 Sofern Sie uns nachweisen, dass die der jeweiligen Gebühr zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern sind, entfällt die Gebühr bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.

Grundsätze der Überschussbeteiligung

A.16 Wie sind unsere Versicherungsnehmer an den Überschüssen beteiligt?

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gem. § 153 VVG an den Überschüssen und Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Dies gilt auch für eine ggf. eingeschlossene Zusatzversicherung, sofern in den Tarifbedingungen eine Beteiligung an den Überschüssen nicht ausdrücklich ausgeschlossen ist.

Die Überschüsse werden jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Die Höhe der Bewertungsreserven zum Bilanztermin wird im Anhang des Geschäftsberichtes ausgewiesen. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

A.16.1 Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

A.16.1.1 Überschüsse

Die Überschüsse stammen bei kapitalbildenden Versicherungen im Wesentlichen aus den Erträgen der Kapitalanlagen. An den Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige garantierte Versicherungsleistungen vorgesehen sind, beteiligen wir die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens in der Höhe gemäß § 81c Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG).

Weitere Überschüsse entstehen dann, wenn die Aufwendungen für Versicherungsfälle und die Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb (Kosten) niedriger sind, als bei der Tarifkalkulation angenommen. Auch an diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer nach § 81c VAG angemessen beteiligt.

Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Gruppen zusammengefasst. Überschussgruppen bilden wir beispielsweise, um hinsichtlich der Überschussentstehung zwischen versicherten Risiken wie dem Langlebigkeits-, dem Berufsunfähigkeits- und dem Todesfallrisiko unterscheiden zu können. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Gruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben.

Den Überschuss führen wir, soweit er den Verträgen nicht direkt gutgeschrieben wird, der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir ausnahmsweise die Rückstellung – soweit sie nicht auf bereits

festgelegte Überschussanteile entfällt – 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, vgl. § 56a VAG.

A.16.1.2 Bewertungsreserven

Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Bewertungsreserven sorgen für Sicherheit und dienen dazu, kurzfristige Ausschläge an den Kapitalmärkten auszugleichen. Ein Teil der Bewertungsreserven fließt den Versicherungsnehmern gem. § 153 Abs. 3 VVG unmittelbar zu. Hierzu wird die Höhe der Bewertungsreserven mindestens einmal jährlich neu ermittelt. Der so ermittelte Wert wird den Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren zugeordnet (§ 153 Abs. 3 VVG). Bei Beendigung der Ansparphase (durch Tod, Kündigung oder Ablauf bzw. bei Rentenversicherungen zum Rentenbeginn, bei Inanspruchnahme von Teilrenten zum Zeitpunkt der vollständigen Umwandlung des Deckungskapitals in eine Rente bzw. Inanspruchnahme der Kapitalabfindung) teilen wir den für diesen Zeitpunkt aktuell ermittelten Betrag Ihrer Versicherung zur Hälfte zu. Laufende Altersrenten werden gemäß § 153 Abs. 1 und 2 VVG über eine angemessene erhöhte laufende Überschussbeteiligung oder eine angemessene Schlussüberschussbeteiligung an den Bewertungsreserven beteiligt. Bei der Deklaration dieser Überschussanteilsätze wird insbesondere die aktuelle Bewertungsreservensituation berücksichtigt. Aufsichtsrechtliche Regelungen zur Kapitalausstattung bleiben unberührt.

Da die Höhe der Bewertungsreserven im Zeitablauf Schwankungen unterworfen ist, kann die Höhe der dem Vertrag rechnerisch zugeordneten Bewertungsreserven im Zeitablauf auch sinken.

Zum Ausgleich dieser Schwankungen kann von uns ein Sockelbetrag für die Beteiligung an den Bewertungsreserven gewährt werden. Die Höhe dieses Sockelbetrages ist von unserer Ertragslage abhängig. Übersteigt bei Zuteilung der Beteiligung an den Bewertungsreserven ein für diesen Zeitpunkt festgelegter Sockelbetrag den sich nach § 153 Abs. 3 VVG ergebenden Wert, wird der Sockelbetrag zugeteilt, anderenfalls bleibt es bei der Zuteilung des gesetzlich vorgesehenen Wertes.

Bei Versicherungen bzw. Zusatzversicherungen, die ausschließlich Todesfallrisiken bzw. Berufs-, Erwerbs- oder Grund-

unfähigkeitsrisiken absichern, sind die Beiträge so kalkuliert, dass sie überwiegend für die Deckung dieser Risiken benötigt werden. Für die Bildung von Kapitalerträgen stehen deshalb bei diesen Versicherungsformen keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung. Daher entstehen keine oder nur geringe Bewertungsreserven.

Weitere Erläuterungen zur Beteiligung an den Bewertungsreserven veröffentlichen wir in unserem Geschäftsbericht bzw. teilen sie Ihnen in anderer Weise mit. Der Sockelbetrag sowie die Stichtage für die Ermittlung der Bewertungsreserven werden jeweils für ein Kalenderjahr festgelegt und ebenfalls in unserem Geschäftsbericht oder auf andere geeignete Weise veröffentlicht.

A.16.2 Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages

A.16.2.1 Zu welcher Überschussgruppe Ihre Versicherung gehört, können Sie dem in der individuellen Vertragsinformation Ihrer Versicherung genannten Gewinnverband entnehmen. Bei Rentenversicherungen können der Gewinnverband und damit auch die Überschussgruppe zum Rentenbeginn wechseln. Welchem Gewinnverband Ihre Versicherung während des Rentenbezugs angehört, teilen wir Ihnen vor Beginn der Rentenzahlung mit.

A.16.2.2 Zusatzversicherungen sind grundsätzlich gesondert am Überschuss beteiligt. Zu welcher Gruppe eine ggf. in Ihren Vertrag eingeschlossene Zusatzversicherung gehört, können Sie ebenfalls der individuellen Vertragsinformation Ihrer Versicherung entnehmen.

A.16.2.3 Sofern keine Überschüsse erwirtschaftet werden, kann die Zuführung bzw. Zuteilung von Überschüssen entfallen. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht bzw. teilen sie Ihnen in anderer Weise mit.

A.16.2.4 Tarifliche Einzelheiten zu alternativ wählbaren Überschussystemen, zu den Verwendungszwecken und zur Fälligkeit zuteilter Überschüsse sind in den Tarifbedingungen Ihrer Versicherung beschrieben.

A.16.3 Information über die Höhe der Überschussbeteiligung

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind – allein schon wegen der langen Vertragslaufzeit – nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Ein wichtiger Einflussfaktor ist dabei die Zinsentwicklung des Kapitalmarkts. Aber auch die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten sind von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden.

A.16.4 Änderung der Regelungen zur Überschussbeteiligung

Wir sind zu einer Neufestsetzung der Regelungen zur Überschussbeteiligung berechtigt, wenn

- sich der Leistungsbedarf nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den Rechnungsgrundlagen des vereinbarten Beitrages geändert hat,
- die Neufestsetzung der Regelungen zur Überschussbeteiligung angemessen und erforderlich ist, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistung zu gewährleisten, und
- ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen der vorgenannten Punkte überprüft und bestätigt hat.

Eine Änderung der Regelungen zur Überschussbeteiligung ist insoweit ausgeschlossen, als die Versicherungsleistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies insbesondere anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen hätte erkennen müssen.

Die neuen Regelungen zur Überschussbeteiligung werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, nachdem wir Ihnen die neuen Regelungen und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt haben.

Die Mitwirkung des Treuhänders entfällt, wenn eine entsprechende Genehmigung der Aufsichtsbehörde erforderlich ist.

Anwendbares Recht, Gerichtsstand

A.17 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

A.18 Wo ist der Gerichtsstand?

A.18.1 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder der für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

A.18.2 Sind Sie eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.

A.18.3 Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

Anhang zu den Allgemeinen Bedingungen zur Kündigung und Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung

A.19 Erläuterungen und Hinweise zur Kündigung und Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung

A.19.1 Die Kündigung oder die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden.

Im Falle einer vertraglich zulässigen Kündigung erreicht der Rückkaufswert – bzw. im Falle einer Beitragsfreistellung der Anrechnungsbetrag – bei einer kapitalbildenden Versicherung erst nach einem bestimmten Zeitpunkt die Summe der eingezahlten Beiträge, da aus diesen auch Abschluss- und Vertriebskosten sowie Kosten für die Verwaltung des gebildeten Kapitals finanziert werden und der in den Allgemeinen Bedingungen erwähnte Abzug erfolgt.

Bei Versicherungen bzw. Zusatzversicherungen, die Todesfallrisiken bzw. Berufs-, Erwerbs- oder Grundunfähigkeitsrisiken absichern, werden die Beiträge so kalkuliert, dass sie überwiegend für die Deckung dieser Risiken benötigt werden. Bei diesen Versicherungsformen werden daher in deutlich geringerem Umfang bzw. nur temporär Deckungskapitale gebildet.

A.19.2 Bei der Kalkulation des Abzugs werden folgende Umstände berücksichtigt:

- 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.

- 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.

Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beziffern ist, entfällt der Abzug bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.

*) Deckungskapital nach den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation

Das **Deckungskapital** beschreibt für jedes Jahr des Versicherungsverlaufs den Wertunterschied zwischen zukünftig noch von uns als Versicherer zu erfüllenden Verpflichtungen und zukünftig noch von dem Versicherungsnehmer zu zahlenden Beiträgen (sog. „prospektives“ Deckungskapital). Die Werte der zukünftigen Verpflichtungen bzw. der zukünftigen Beiträge werden dabei nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation ermittelt. Bei den Verpflichtungen sind neben den Aufwendungen für die versicherten Leistungen auch die kalkulierten Aufwendungen für den zukünftigen Versicherungsbetrieb (Verwaltungskosten) zu berücksichtigen.

Bei **Versicherungen mit laufender Beitragszahlung** ist bzgl. der Berücksichtigung der Abschluss- und Vertriebskosten das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung vereinbart. Dieses Verrechnungsverfahren besagt, dass die ersten Beiträge zur Tilgung von Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen werden, soweit sie nicht für Leistungen im Versicherungsfall und Kosten des Versicherungsbetriebs bestimmt sind.

Ein positives Deckungskapital entsteht erst, sobald die angesetzten Abschlusskosten vollständig getilgt wurden. Bei **Versicherungen gegen Einmalbeitrag** werden die angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten direkt von der Einmalzahlung abgezogen.

Für die **Berechnung eines Rückkaufswertes** bei Kündigung bzw. eines Anrechnungsbetrages bei Beitragsfreistellung wird gem. § 169 VVG mindestens das Deckungskapital berücksichtigt, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmertsätze angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt.

**) Deckungsrückstellung

Eine Deckungsrückstellung bilden wir für den Gesamtbestand unserer Versicherungsverträge, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können. Ihre Berechnung richtet sich nach § 65 VAG und §§ 341e, 341f des Handelsgesetzbuches (HGB) sowie den dazu erlassenen Rechtsverordnungen.

Teil B

Tarifbedingungen für die selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung (mit oder ohne Erwerbsunfähigkeitskomponente) – RingBerufsunfähigkeitsPolice – Tarif BV oder BVZ

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

die in diesen Tarifbedingungen verwendete Definition der Berufsunfähigkeit entspricht dem im Versicherungsvertragsgesetz (§§ 172 bis 177 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)) bestimmten Berufsunfähigkeitsbegriff in vollem Umfang bzw. geht in einigen Bereichen sogar über diesen hinaus.

Die ggf. zusätzlich eingeschlossene Erwerbsunfähigkeitskomponente erfüllt lediglich die Voraussetzung für eine der Berufsunfähigkeitsversicherung „ähnliche Versicherung“ (§ 177 VVG).

Der Versicherungsumfang

- B.1 Was ist versichert?**
- B.2 Was ist Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?**
- B.3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?**
- B.4 Auf welche Rechte verzichten wir bei unverschuldeter Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht?**

Der Leistungsfall

- B.5 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit verlangt werden?**
- B.6 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?**
- B.7 Welche tariflichen Besonderheiten gelten für den Erhalt der Versicherungsleistung?**
- B.8 Was gilt für die Nachprüfung der Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit?**
- B.9 Welche Folgen hat die Verletzung der Mitwirkungspflichten?**

Der Versicherungsbeitrag

- B.10 Welche tariflichen Besonderheiten haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?**
- B.11 Welche Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?**
- B.12 Welche Bedeutung hat der Beruf der versicherten Person?**

Beitragsfreistellung und Kündigung

- B.13 Was ist hinsichtlich der Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung zu beachten?**
- B.14 Was ist hinsichtlich der Kündigung zu beachten?**

Überschussbeteiligung

- B.15 Wie sind Sie an den Überschüssen beteiligt?**

Optionen

- B.16 Welche Rechte haben Sie aus der Nachversicherungsgarantie?**
- B.17 Welche Rechte haben Sie aus der Upgrade- bzw. Verlängerungsoption?**

Der Versicherungsumfang

B.1 Was ist versichert?

B.1.1 Versicherungsschutz nach Tarif BV und BVZ im Falle der Berufsunfähigkeit

Wird die versicherte Person während der Dauer dieser Versicherung gem. Ziffer B.2 berufsunfähig, so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

- Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente monatlich im Voraus
- Vollständige Befreiung von der Verpflichtung zur weiteren Beitragszahlung für die gesamte Versicherung, soweit eine solche Verpflichtung bei Beginn des Leistungsanspruchs noch besteht.

B.1.2 Zusätzlicher Versicherungsschutz nach Tarif BVZ im Falle der Erwerbsunfähigkeit

Wird die versicherte Person während der Dauer dieser Versicherung gem. Ziffer B.2 nicht nur berufsunfähig, sondern sogar erwerbsunfähig, so erbringen wir folgende zusätzliche Versicherungsleistung:

- Zahlung einer Erwerbsunfähigkeitsrente monatlich im Voraus.

B.1.3 Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

B.1.4 Versicherungsdauer

B.1.4.1 Die Versicherungsdauer ist der Zeitraum, in dem längstens Versicherungsschutz besteht.

B.1.4.2 Der Versicherungsschutz erlischt

- bei Tod der versicherten Person,
- sobald die versicherte Person Altersrentenleistungen eines gesetzlichen Rentenversicherungsträgers, eines berufsständischen Versorgungswerkes oder aus einer beamtenrechtlichen Versorgung erhält. Zuviel gezahlte Beiträge erstatten wir zurück. Bei anerkannten Ansprüchen gilt außerdem Ziffer B.14.3

oder

- mit Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer.

B.1.5 Leistungsanspruch

B.1.5.1 Leistungsdauer

Mit Leistungsdauer wird der Zeitraum bezeichnet, bis zu dessen Ablauf die Leistung für eine während der Versicherungsdauer eingetretene Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit längstens gewährt wird.

B.1.5.2 Beginn des Leistungsanspruchs

Der Anspruch auf Versicherungsleistungen entsteht frühestens mit Ablauf des Monats, in dem die Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit eingetreten ist.

Wird uns die Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit später als drei Jahre nach ihrem Eintritt schriftlich mitgeteilt, leisten wir höchstens für drei Jahre rückwirkend ab dem Monat der Mitteilung.

Wird uns nachgewiesen, dass die verspätete Mitteilung ohne Verschulden des Anspruchstellers erfolgte, so leisten wir rückwirkend ab Ablauf des Monats, in dem die Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit eingetreten ist.

B.1.5.3 Ende des Leistungsanspruchs

Der Anspruch auf Leistungen erlischt,

- wenn die Berufsunfähigkeit im Sinne der Ziffern B.2.1 bzw. B.2.2 weggefallen ist
- wenn keine Erwerbsunfähigkeit im Sinne der Ziffer B.2.3 mehr besteht (bei Rente aufgrund von Erwerbsunfähigkeit)
- wenn die versicherte Person stirbt oder
- mit Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer.

B.1.5.4 Besonderheiten bei Vereinbarung einer Karenzzeit

Ist eine Karenzzeit vereinbart, entsteht der Anspruch auf Leistungen erst mit Ablauf der Karenzzeit. Voraussetzung dafür ist, dass während der Karenzzeit ununterbrochen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit bestanden hat und zum Ablauf der Karenzzeit weiter andauert. Im letzten Jahr der Leistungsdauer werden wir keine Karenzzeit geltend machen.

Die Karenzzeit beginnt, sobald ein Leistungsanspruch gem. Ziffer B.1.5.2 besteht.

Wird die versicherte Person nach einer Reaktivierung erneut berufs- bzw. erwerbsunfähig, so werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten angerechnet.

Die Karenzzeit bei Erwerbsunfähigkeit kann bezüglich Beginn, Verlauf und Ablauf von der Karenzzeit bei Berufsunfähigkeit abweichen.

B.1.5.5 Besonderheiten bei verlängerter Leistungsdauer

Endet eine fällig gewordene Leistung infolge Reaktivierung und tritt eine erneute Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit ein, die ihren Ursprung in einer zuvor anerkannten Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit hat, lebt der Anspruch auf die versicherte Leistung wieder auf, allerdings nur innerhalb und höchstens bis zum Ende der Leistungsdauer. Eventuell zurückgelegte Karenzzeiten werden angerechnet.

B.1.6 Wiedereingliederungshilfe

Wenn unsere Leistungspflicht bei Berufsunfähigkeit endet, so leisten wir eine einmalige Wiedereingliederungshilfe. Die Voraussetzungen dafür finden Sie in Ziffer B.8.8.

B.2 Was ist Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

B.2.1 Berufsunfähigkeit

B.2.1.1 Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die nachzuweisen sind,

- voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % außerstande ist, ihren Beruf auszuüben

oder

- sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % außerstande gewesen ist, ihren Beruf auszuüben, und dieser Zustand fort dauert. In diesem Fall liegt die Berufsunfähigkeit von Anfang an vor, d.h. rückwirkend ab Beginn dieser sechs Monate.

Maßgeblich hierbei sind der zuletzt ausgeübte Beruf und die bisherige Lebensstellung, so wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet waren.

B.2.1.2 Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn die versicherte Person in zumutbarer Weise

- eine andere Tätigkeit konkret ausübt, die sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten ausüben kann, oder
- bei Selbstständigen oder Freiberuflern nach wirtschaftlich angemessener Umorganisation des Arbeitsplatzes innerhalb des Betriebs weiter tätig sein könnte. Eine Umorganisation ist wirtschaftlich angemessen, wenn sie von der versicherten Person oder dem Versicherungsnehmer durch Direktions- und Weisungsrecht vorgenommen werden kann, keinen erheblichen Kapitalaufwand erfordert und unternehmerisch zweckmäßig ist.

In zumutbarer Weise heißt, dass

- die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Verhältnisse zu mehr als 50 % in der Lage ist, die entsprechende berufliche Tätigkeit ausüben zu können und
- die entsprechende berufliche Tätigkeit der bisherigen Lebensstellung entspricht.

B.2.1.3 Unter dem Begriff der bisherigen Lebensstellung ist das erzielte Einkommen, das soziale Ansehen wie auch die Wertschätzung der bislang ausgeübten maßgeblichen beruflichen Tätigkeit zu verstehen. Die dabei für die versicherte Person zumutbare Einkommensreduzierung wird von uns je nach Lage des Einzelfalles auf die im Rahmen der höchstrichterlichen Rechtsprechung festgelegte Größe im Vergleich zum jährlichen Bruttoeinkommen im zuletzt ausgeübten maßgeblichen Beruf vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung begrenzt. Sie beträgt jedoch maximal 20 %.

B.2.1.4 Ist die versicherte Person vorübergehend aus dem Berufsleben ausgeschieden und werden Leistungen beantragt, so sind bis zu fünf Jahre nach dem Ausscheiden aus dem Beruf der ausgeübte Beruf und die damit verbundene Lebensstellung zum Zeitpunkt des Ausscheidens maßgeblich.

Werden Leistungen nach Ablauf von fünf Jahren seit dem Ausscheiden aus dem Berufsleben beantragt, gilt als maßgeblicher Beruf jede berufliche Tätigkeit, die die versicherte Person aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung ausüben kann und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

B.2.1.5 Der Bescheid eines Sozialversicherungsträgers bewirkt noch keinen Leistungsanspruch.

Besondere Regelungen für Personen in Ausbildung

B.2.1.6 Ist die versicherte Person **Schüler**, liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn bei ihr Schulunfähigkeit besteht.

Schulunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit oder Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die nachzuweisen sind,

- voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen außerstande ist, am regulären Schulunterricht einer allgemeinbildenden Schule teilzunehmen.

oder

- sechs Monate ununterbrochen außerstande gewesen ist, am regulären Schulunterricht einer allgemeinbildenden Schule teilzunehmen. In diesem Fall liegt die Schulunfähigkeit von Anfang an vor, d.h. rückwirkend ab Beginn dieser sechs Monate.

Als Schulunfähigkeit gilt auch, wenn die versicherte Person während einer stationären Heilbehandlung an einem solchen Unterricht teilnehmen kann.

Keine Schulunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person regelmäßig am Unterricht einer Sonder- bzw. Förderschule teilnehmen kann.

Wird die Einschulung der versicherten Person – auch in weiterführende Schulen – aufgrund eines körperlichen, geistigen, oder seelischen Entwicklungsrückstandes für ein Jahr zurückgestellt, gilt dies allein nicht als Schulunfähigkeit.

Die Bescheinigung der Schulunfähigkeit durch eine Schulbehörde bewirkt noch keinen Leistungsanspruch.

Als allgemeinbildende Schulen gelten Grundschulen sowie weiterführende Schulen, die den Hauptschulabschluss, die mittlere Reife oder die Hochschulreife ermöglichen.

Nicht als allgemeinbildende Schulen gelten Schulen, die ausschließlich für geistig oder körperlich Behinderte vorgesehen sind.

B.2.1.7 Ist die versicherte Person **Auszubildender oder Student**, so liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die nachzuweisen sind,

- voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % außerstande ist, einer Tätigkeit als Auszubildender oder Student nachzugehen oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die zu übernehmen sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer Lebensstellung entspricht

oder

- sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % außerstande gewesen ist, einer Tätigkeit als Auszubildender oder Student nachzugehen oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die zu übernehmen sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer Lebensstellung entspricht, und dieser Zustand fort dauert. In diesem Fall liegt die Berufsunfähigkeit von Anfang an vor, d.h. rückwirkend ab Beginn dieser sechs Monate.

Als Ausbildung gilt dabei eine Berufsausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf oder eine Laufbahnausbildung für Beamte. Die Tätigkeit als Student umfasst ein Studium an einer staatlich anerkannten Hoch- oder Fachhochschule.

B.2.1.8 Kann die versicherte Person als Auszubildender bzw. Student aufgrund einer im letzten Ausbildungsjahr eingetretenen Berufsunfähigkeit gem. Ziffer B.2.1.1 diese Ausbildung nicht beenden und beginnt daher aus medizinischen Gründen, die ärztlich nachzuweisen sind, eine neue Ausbildung, erbringen wir Leistungen für maximal die ersten vier Jahre der neuen Ausbildung. Für Studenten gilt als letztes Ausbildungsjahr das letzte Jahr der Regelstudienzeit, sofern die Zulassungskriterien zur Teilnahme an den Abschlussprüfungen erfüllt sind. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person ihren Ausbildungsverpflichtungen vollumfänglich nachkommt.

Das Recht auf Nachprüfung gem. Ziffer B.8 bleibt hiervon unberührt.

B.2.1.9 Leistet die versicherte Person ihren **Wehr- oder Zivildienst oder ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr**, ist zur Beurteilung der Berufsunfähigkeit der zuletzt ausgeübte Beruf vor Beginn dieses Dienstes maßgeblich.

Hat die versicherte Person vor Beginn dieses Dienstes noch keine berufliche Tätigkeit ausgeübt, dann erfolgt die Prüfung der Berufsunfähigkeit wie bei einem Auszubildenden oder Studenten gem. Ziffer B.2.1.7.

B.2.2 Berufsunfähigkeit aufgrund von Pflegebedürftigkeit

B.2.2.1 Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die nachzuweisen sind,

- voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig im Sinne dieser Bedingungen ist

oder

- sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig im Sinne dieser Bedingungen gewesen ist und dieser Zustand fort-dauert. In diesem Fall liegt die Berufsunfähigkeit von An-fang an vor, d.h. rückwirkend ab Beginn dieser sechs Monate.

B.2.2.2 Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicher-te Person für mindestens drei Punkte der in Ziffer B.2.2.3 genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens – auch bei Ein-satz technischer und medizinischer Hilfsmittel – in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf.

B.2.2.3 Bewertungsmaßstab für die Einstufung des Pflege-falls 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 Fortbewe-gung 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 Trink-gefäße – nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann.
- Waschen, Kämmen, 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 erforder-lichen Körperbewegungen auszuführen.
- Verrichten der Notdurft.....1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Un-terstützung einer anderen Person benötigt, weil
 - sie sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
 - sie ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bett-schüssel verrichten kann oder
 - 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.

B.2.2.4 Unabhängig von der Bewertung in Ziffer B.2.2.3 liegt Pflegebedürftigkeit vor, wenn die versicherte Person we-gen einer seelischen Erkrankung oder geistiger Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsich-tigung bedarf. Das gleiche gilt für eine versicherte Person, die dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Per-

son aufstehen kann, ferner für eine versicherte Person, die der Bewahrung bedarf.

Bewahrung liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistiger Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann.

B.2.2.5 Vorübergehende akute Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung. Vorübergehende Besserungen bleiben ebenfalls unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Bes-serung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

B.2.3 Erwerbsunfähigkeit

B.2.3.1 Erwerbsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als al-tersentsprechenden Kräfteverfalls, die nachzuweisen sind,

- voraussichtlich dauernd außerstande ist, einer Erwerbs-tätigkeit von mehr als drei Stunden täglich nachzugehen

oder

- sechs Monate ununterbrochen außerstande gewesen ist, einer Erwerbstätigkeit von mehr als drei Stunden täglich nachzugehen und dieser Zustand fort-dauert. In diesem Fall liegt die Erwerbsunfähigkeit von Anfang an vor, d.h. rück-wirkend ab Beginn dieser sechs Monate.

B.2.3.2 Als Erwerbstätigkeit gelten alle selbstständigen und unselbstständigen Tätigkeiten, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt üblich sind. Der zuletzt ausgeübte Beruf, die er-worbene Ausbildung und Fähigkeiten, die bisherige Lebens-stellung, insbesondere das bisherige Einkommen und die jeweilige Arbeitsmarktlage bleiben unberücksichtigt.

Nicht als Erwerbstätigkeiten gelten Tätigkeiten, die Behinder-te in eigens dafür eingerichteten Werkstätten oder Heimen ausführen.

Der Bescheid eines Sozialversicherungsträgers bewirkt noch keinen Leistungsanspruch.

B.3 In welchen Fällen ist der Versicherungs-schutz ausgeschlossen?

B.3.1 Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht un-abhängig davon, wie es zu der Berufs- bzw. Erwerbsunfähig-keit gekommen ist. Wir gewähren Versicherungsschutz insbe-sondere auch dann, wenn die Erwerbsunfähigkeit der versi-cherten Person in Ausübung des Wehr- oder Polizeidienstes entstanden ist.

B.3.2 Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, leisten wir jedoch nicht, wenn die Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit verursacht ist durch:

B.3.2.1 innere Unruhen, wenn die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;

B.3.2.2 unmittelbare oder mittelbare Beteiligung an kriege-rischen Ereignissen. Wir werden jedoch leisten, wenn die Be-rufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit während eines Aufenthalts der versicherten Person außerhalb der Bundesrepublik Deutsch-land verursacht wurde und sie an den kriegerischen Ereignis-sen nicht aktiv beteiligt war;

B.3.2.3 unmittelbare oder mittelbare Folgen eines nicht als Kriegereignis gewürdigten terroristischen Angriffes, der mittels vorsätzlichen Einsatzes oder vorsätzlichen Freisetzens von atomaren, biologischen oder chemischen Stoffen oder von anderen als Waffe eingesetzten Mitteln mit ähnlichem Ge-fährdungspotential (Sprengstoffe, Flugzeuge, o.ä.) geführt wird

und der darauf ausgerichtet ist, das Leben oder die Gesundheit 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. Ziffer B.3.2.2 Satz 2 bleibt davon unberührt;

B.3.2.4 vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;

B.3.2.5 absichtliche Herbeiführung 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;

B.3.2.6 eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als

Versicherungsnehmer oder ein bezugsberechtigter Dritter vorwiegend die Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;

B.3.2.7 Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass es zu deren Abwehr und Bekämpfung des Einsatzes der Katastrophenschutzbehörde der Bundesrepublik Deutschland oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf. Soweit die versicherte Person berufsmäßig diesem Risiko ausgesetzt ist oder wenn eine Bestrahlung für Heilzwecke durch einen Arzt oder unter ärztlicher Aufsicht erfolgt, werden wir leisten.

B.4 Auf welche Rechte verzichten wir bei unverschuldeter Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht?

Wir verzichten auf die im Falle unverschuldeter Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten bestehenden Rechte zur Kündigung oder Vertragsänderung dieser Versicherung.

Der Leistungsfall

B.5 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit verlangt werden?

B.5.1 Werden Leistungen aus dieser Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsversicherung verlangt, so sind uns unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit;
- ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über dessen Auswirkungen auf die Berufsfähigkeit oder über Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit bzw. über den Umfang der Beeinträchtigung, täglich eine Erwerbstätigkeit ausüben zu können;
- Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, ihre Stellung und Tätigkeit vor Eintritt der gesundheitlichen Beschwerden, die zur Berufsunfähigkeit geführt haben, sowie über die eingetretenen Veränderungen;
- Unterlagen über die finanzielle Lebensstellung aus beruflicher Tätigkeit der versicherten Person und deren Veränderungen vor und nach Eintritt der Berufsunfähigkeit (z.B. Einkommensteuerbescheide, betriebswirtschaftliche Unterlagen);
- zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege (bei Berufsunfähigkeit aufgrund von Pflegebedürftigkeit).

Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Anspruchsteller zu tragen.

Eine Entscheidung über Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit bzw. über Erwerbsminderung durch einen Träger der Sozialversicherung ist kein Nachweis der Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen.

B.5.2 Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere medizinische und berufskundliche Auskünfte, Aufklärungen, Vor-Ort-Prüfungen und zusätzliche Untersuchungen sowie weitere notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen, wobei wir hierzu entsprechende Gutachter, Ärzte und sachverständige Dienstleister einsetzen können.

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 Verlangen Auskunft zur Beurteilung des Versicherungsfalles und zur Überprüfung der Angaben vor Vertragsannahme zu erteilen.

Hat die versicherte Person die Ermächtigung bei Abgabe der Vertragserklärung erteilt, wird die versicherte Person vor Einholung einer solchen Auskunft von uns unterrichtet werden; die versicherte Person kann der Einholung einer solchen Auskunft widersprechen.

Im Übrigen kann die versicherte Person jederzeit verlangen, dass die Auskunftserhebung nur bei Einzeleinwilligung erfolgt. Entsteht durch die Erteilung einer Einzeleinwilligung ein besonderer Aufwand bei der Bearbeitung des Leistungsantrages, so können wir von Ihnen die Erstattung der hiermit verbundenen Kosten in angemessener Höhe verlangen.

Die versicherte Person kann der Einholung einer Auskunft widersprechen. Werden uns in diesem Fall nicht sämtliche geforderten Nachweise – im Original – eingereicht, die uns eine Prüfung der Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen ermöglichen, liegt die Verletzung einer Mitwirkungspflicht vor. Dies kann gem. Ziffer B.9 den Eintritt der teilweisen oder vollständigen Leistungsfreiheit zur Folge haben.

B.5.3 Im Rahmen der allgemeinen gesetzlichen Schadenminderungspflicht ist die versicherte Person verpflichtet, zumutbare Anordnungen zu befolgen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt nach gewissenhaftem Ermessen trifft, um die Heilung zu fördern oder die Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit zu mindern.

Zumutbar sind dabei Maßnahmen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und sichere Aussicht auf Besserung des Gesundheitszustands bieten. Zumutbar ist zum Beispiel das Einhalten von Diäten, die Verwendung von orthopädischen oder anderen Heil- und Hilfsmitteln (wie das Tragen von Prothesen oder Stützstrümpfen oder die Verwendung von Seh- oder Hörhilfen), die Durchführung von logopädischen Maßnahmen.

Lässt die versicherte Person darüber hinausgehende ärztlich angeordnete, insbesondere operative Behandlungsmaßnahmen zur Heilung oder Minderung der Berufs- bzw. Er-

werbsunfähigkeit nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Leistung allerdings nicht entgegen.

B.5.4 Unsere Leistung überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.

B.6 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

B.6.1 Zur Feststellung unserer Leistungspflicht sind uns die erforderlichen Nachweise gem. Ziffer B.5.1 und B.5.2 zu erbringen.

Innerhalb von fünf Arbeitstagen nach Eingang der jeweils zur Prüfung vorgelegten Unterlagen erhalten Sie von uns eine Entscheidung über die Leistungspflicht oder eine Mitteilung darüber, welche weiteren Unterlagen von Ihnen nachzureichen sind bzw. welche weiteren Schritte (z.B. neutrales Gutachten) wir einleiten werden. Während der Prüfung werden wir Sie regelmäßig – mindestens alle sechs Wochen – über den aktuellen Bearbeitungsstand informieren.

B.6.2 Die Entscheidung über unsere Leistungspflicht sprechen wir immer ohne zeitliche Befristung aus, außer im Falle der Ziffer B.2.1.8.

B.6.3 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 ausdrücklichen Wunsch hin werden wir die Beiträge für mögliche Zeiten unserer Leistungspflicht stunden und hierfür keine Stundungszinsen erheben.

Bei Ablehnung unserer Leistungspflicht müssen Sie die gestundeten Beiträge nachrichten. Anstelle der Rückzahlung der gestundeten Beiträge in einem Betrag, bieten wir Ihnen die Möglichkeit an, die gestundeten Beiträge über einen Zeitraum bis zu zwölf Monaten in gleichen Raten zinslos zurückzuzahlen. Alternativ können Sie mit uns auch die Verrechnung der gestundeten Beiträge mit dem Deckungskapital *) – falls vorhanden – vereinbaren. Dies kann über eine Herabsetzung der versicherten Leistungen oder zu einer Erhöhung der künftigen Beiträge bei gleichen Leistungen erfolgen.

Während einer Karenzzeit können die Beiträge weder gestundet noch zurückerstattet werden.

B.7 Welche tariflichen Besonderheiten gelten für den Erhalt der Versicherungsleistung?

Sie können Ihre Rechte aus dem Versicherungsvertrag weder abtreten noch verpfänden.

B.8 Was gilt für die Nachprüfung der Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit?

B.8.1 Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit sind wir berechtigt, nachzuprüfen, ob die Berufsunfähigkeit aufgrund eingetretener Verbesserungen des Gesundheitszustands oder neu erworbener Ausbildung und Fähigkeiten (z.B. durch Umschulung) fortbesteht. Die Nachprüfung erfolgt gem. den Ziffern B.2.1 bis B.2.2.

B.8.2 Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht wegen Erwerbsunfähigkeit sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Erwerbsunfähigkeit gem. Ziffer B.2.3 nachzuprüfen.

B.8.3 Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich – zusätzlich aber auch zum Ablauf einer eventuell vereinbarten Karenzzeit – umfassende Untersuchungen der versicherten

Person durch von uns zu beauftragende Ärzte einholen. Die Bestimmungen gem. den Ziffern B.5.2 und B.5.3 gelten entsprechend.

B.8.4 Außerdem können wir ein amtliches Zeugnis darüber verlangen, dass die versicherte Person noch lebt. Der Tod der versicherten Person ist uns unverzüglich anzuzeigen.

B.8.5 Eine Minderung der Berufsunfähigkeit, der Pflegebedürftigkeit, der Schulunfähigkeit bzw. der Erwerbsunfähigkeit oder die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit müssen Sie als Versicherungsnehmer bzw. muss die versicherte Person oder der Anspruchsberechtigte uns unverzüglich mitteilen.

B.8.6 Ist die Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit weggefallen, können wir unsere Leistungen einstellen. Die Einstellung teilen wir dem Anspruchsberechtigten unter Hinweis auf seine Rechte gem. Ziffer A.7 der Allgemeinen Bedingungen in Textform mit. In der Mitteilung werden wir Ihnen die Gründe für unsere Entscheidung erläutern. Die Leistungseinstellung wird erst nach Ablauf des dritten Monats nach Zugang dieser Mitteilung bei Ihnen wirksam. Bei Wegfall der Berufsunfähigkeit zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden, falls die Beitragszahlungsdauer nicht abgelaufen ist.

Zu Unrecht empfangene Leistungen gem. Ziffer B.8.4 oder B.8.5 sind an uns zurückzuzahlen.

B.8.7 Bei Berufsunfähigkeit aufgrund von Pflegebedürftigkeit gilt Ziffer B.8.6 entsprechend, wenn bei Pflegebedürftigkeit sich die Art des Pflegefalls geändert hat oder der Umfang unter drei Punkte gesunken ist.

B.8.8 Wenn unsere Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit aufgrund neu erworbener Ausbildung und Fähigkeiten gem. Ziffer B.8.1 endet, so leisten wir eine einmalige Wiedereingliederungshilfe in Höhe von sechs monatlichen Berufsunfähigkeitsrenten, maximal jedoch 10.000 EUR. Die Zahlung ist fällig zu Beginn des Monats, für den keine Leistungen mehr erbracht werden. Tritt binnen eines Jahres nach dieser Zahlung erneute Berufsunfähigkeit ein, so wird die Wiedereingliederungshilfe auf die fällig werdenden Monatsrenten angerechnet.

Eine Wiedereingliederungshilfe wird nicht gezahlt, wenn

- die Verpflichtung gem. Ziffer B.8.5 verletzt wurde,
- der Zeitraum bis zum Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer weniger als ein Jahr beträgt oder
- gem. Ziffer B.2.1.8 geleistet wurde.

B.9 Welche Folgen hat die Verletzung der Mitwirkungspflichten?

Solange eine Mitwirkungspflicht (Obliegenheit) gem. den Ziffern B.5 und B.8.1 bis B.8.5 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchsberechtigten vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet, bei Vereinbarung einer Karenzzeit gem. Ziffer B.1.5.4 jedoch frühestens nach Ablauf der Karenzzeit. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

Der Versicherungsbeitrag

B.10 Welche tariflichen Besonderheiten haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

Grundsätzliche Vereinbarungen hinsichtlich der Beitragszahlung regeln die Allgemeinen Bedingungen in Ziffer A.9 bis A.11.

Diese Versicherung kann gegen laufende Beitragszahlung abgeschlossen werden.

B.11 Welche Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?

B.11.1 Bei Zahlungsschwierigkeiten, z.B. bei Elternzeit oder Arbeitslosigkeit, können Sie mit uns vereinbaren, dass Ihre Versicherung befristet beitragsfrei gestellt wird. Dabei wird der Versicherungsschutz auf einen beitragsfreien Versicherungsschutz gem. Ziffer B.13.1 bis B.13.2 herabgesetzt, sofern die Voraussetzungen gem. Ziffer B.13.3 erfüllt sind.

Die Vereinbarung kann frühestens nach Zahlung der Beiträge für das erste Jahr nach Versicherungsbeginn und für eine Dauer von höchstens zwölf Monaten geschlossen werden.

B.11.2 Nach Ablauf der beitragsfreien Zeit wird der Versicherungsschutz automatisch und ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder hergestellt, wie er vor der befristeten Beitragsfreistellung bestanden hat. Dementsprechend müssen Sie auch die Beitragszahlung wieder aufnehmen.

Für die Wiederaufnahme der Beitragszahlung gelten die Regelungen gem. Ziffer B.13.4.

B.11.3 Eine weitere Vereinbarung über eine erneute befristete Beitragsfreistellung kann erst dann getroffen werden, wenn seit der Wiederaufnahme der vollen Beitragszahlung mindestens drei Jahre vergangen sind. Nach Ablauf der befristeten Beitragsfreistellung muss die verbleibende Beitragszahlungsdauer noch mindestens ein Jahr betragen.

B.11.4 Bevor Sie bei dauerhaften Zahlungsschwierigkeiten Ihre Versicherung kündigen oder in eine beitragsfreie Versicherung umstellen, sprechen Sie uns an, damit wir Ihnen ggf. ein entsprechendes einzelvertragliches Änderungsangebot machen können.

B.12 Welche Bedeutung hat der Beruf der versicherten Person?

Die Beitragshöhe richtet sich grundsätzlich nach der tariflichen Berufsklasse, die für den Beruf – bei Auszubildenden oder Studenten für das Berufsziel – der versicherten Person bei Vertragsbeginn nach diesen Tarifbedingungen maßgebend ist. Ein späterer Berufswechsel während der Versicherungsdauer ist dann nicht mehr anzuzeigen. Diese Tarifbedingungen sind in Verbindung mit folgenden Berufsklassen abschließbar:

- Berufsklasse 1N bzw. 1E: Berufe ohne körperliche oder sonstige Belastungen und mit sehr geringem Gefährdungsgrad
- Berufsklasse 2N bzw. 2E: Berufe ohne körperliche oder sonstige Belastungen und mit geringem Gefährdungsgrad
- Berufsklasse 3N bzw. 3E: Berufe mit geringen körperlichen oder sonstigen Belastungen
- Berufsklasse 4N bzw. 4E: Berufe mit körperlichen oder sonstigen Belastungen
- Berufsklasse 5N bzw. 5E: Berufe mit schweren körperlichen oder sonstigen Belastungen
- Berufsklasse 6N: Schüler.

Ist die versicherte Person bei Versicherungsbeginn Auszubildender oder Student, ist die Berufsklasse 1E, 2E, 3E, 4E oder 5E maßgebend.

Belastungen können z.B. sein:

- Arbeiten unter ungünstigen Witterungs- und Temperaturbedingungen
- Kontakt mit Allergie auslösenden Substanzen
- Erschütterungen und Vibrationen beim Bedienen und Führen von Maschinen
- Akkordarbeit
- Schichtdienst und unregelmäßige Arbeitszeiten
- Tätigkeiten mit überwiegend einseitiger Körperhaltung / Zwangshaltung
- besondere Beanspruchung der Stimme
- besondere psychische Beanspruchung.

Beitragsfreistellung und Kündigung

B.13 Was ist hinsichtlich der Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung zu beachten?

B.13.1 Grundsätzliche Auswirkungen auf Ihre Versicherung

B.13.1.1 Grundsätzliche Vereinbarungen und Hinweise hinsichtlich der Beitragsfreistellung regeln die Allgemeinen Bedingungen in Ziffer A.12.

Bei vollständiger Beitragsfreistellung wird die versicherte Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente auf eine beitragsfreie Rente herabgesetzt. Bei teilweiser Beitragsfreistellung (Herabsetzung) wird die versicherte Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente auf eine reduzierte Rente herabgesetzt.

Die Herabsetzung ist eine Vertragsänderung, für die gem. Ziffer A.15 eine Gebühr erhoben wird.

Nach einer vollständigen Beitragsfreistellung entfällt Ihr Recht auf die Nachversicherungsgarantie gem. Ziffer B.16.

B.13.2 Abzug nach § 169 VVG

B.13.2.1 Bei vollständiger Beitragsfreistellung beträgt der Abzug (vgl. Ziffer A.12.3) 2,7 % der jährlichen Berufsunfähigkeitsrente im Tarif BV bzw. 2,7 % der jährlichen Berufs- und zusätzlichen Erwerbsunfähigkeitsrente im Tarif BVZ.

B.13.2.2 Bei einer Herabsetzung wird der Abzug anteilig angewendet. Der Anteil entspricht dem Verhältnis der nach der Herabsetzung wegfallenden Jahresleistung zur vor der Herabsetzung vereinbarten Jahresleistung.

B.13.3 Mindestbeträge

B.13.3.1 Für die beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente gilt ein Mindestbetrag von 50 EUR monatlich.

Wird diese Mindestrente nicht erreicht, so erlischt diese Versicherung. In diesem Falle erhalten Sie – soweit vorhanden – den Rückkaufswert nach § 169 VVG unter Berücksichtigung des Abzuges gem. Ziffer B.13.2.

B.13.3.2 Für die reduzierte Berufsunfähigkeitsrente bei Herabsetzung gilt der Mindestbetrag gem. Ziffer B.13.3.1.

Der bei Herabsetzung verbleibende für ein Jahr zu zahlende Beitrag muss mindestens 180 EUR betragen.

B.13.4 Wiederherstellung des Versicherungsschutzes

B.13.4.1 Sie können nach einer vollständigen oder teilweisen Beitragsfreistellung (Herabsetzung) die Wiederherstellung des Versicherungsschutzes mit uns vereinbaren, wie er vor der Beitragsfreistellung bestanden hat. Der Beitrag erhöht sich dabei nach versicherungsmathematischen Grundsätzen unter Berücksichtigung von Ziffer B.13.4.4.

B.13.4.2 Ebenso haben Sie die Möglichkeit, den Beitrag in der Höhe wieder aufzunehmen, wie er vor der Beitragsfreistellung bestanden hat. In diesem Fall berechnen sich die Versicherungsleistungen nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Die Versicherungsleistungen fallen geringer aus, als sie vor der Beitragsfreistellung bestanden haben. Die Ziffern B.13.4.3 und B.13.4.4 gelten entsprechend.

B.13.4.3 Bei Wiederherstellung des Versicherungsschutzes innerhalb von sechs Monaten nach Beitragsfreistellung oder Herabsetzung verzichten wir auf eine erneute Gesundheitsprüfung. Die Wiederherstellung des Versicherungsschutzes nach Ablauf von sechs Monaten ist möglich, wenn sich nach einer Gesundheitsprüfung keine Tatsachen ergeben, welche die Übernahme des Risikos zu den bisherigen Bedingungen nach unseren allgemeinen Richtlinien für die Risikoeinschätzung ausschließen.

B.13.4.4 Den bei vollständiger oder teilweiser Beitragsfreistellung erfolgten Abzug gem. Ziffer B.13.2 werden wir bei der Wiederherstellung des Versicherungsschutzes ausgleichen.

Der Ausgleich des Abzuges erfolgt im Verhältnis der Versicherungsleistungen nach Wiederherstellung zu den Versicherungsleistungen vor der Beitragsfreistellung. Eine Gebühr erheben wir nicht.

B.13.4.5 Die Wiederherstellung des Versicherungsschutzes ist nicht möglich, wenn der Versicherungsfall eingetreten ist.

B.14 Was ist bei Kündigung zu beachten?

B.14.1 Grundsätzliche Auswirkungen auf Ihre Versicherung

Grundsätzliche Vereinbarungen und Hinweise hinsichtlich der Kündigung regeln die Allgemeinen Bedingungen in Ziffer A.13.

Da bei einer Selbstständigen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsversicherung der Eintritt der Verpflichtung des Versicherten nicht gewiss ist, besteht grundsätzlich kein Anspruch auf einen Rückkaufswert (§ 169 Abs. 1 VVG).

Bei Kündigung wandelt sich Ihre Versicherung gem. Ziffer A.13.2 in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente um.

Wird der für eine beitragsfreie Fortführung des Vertrages festgelegte Mindestbetrag gem. Ziffer B.13.3 nicht erreicht, erlischt die Versicherung. In diesem Fall erhalten Sie – soweit vorhanden – den Rückkaufswert gem. § 169 VVG.

B.14.2 Abzug nach § 169 VVG

Bei der Berechnung des Rückkaufswertes erfolgt ein Abzug in Höhe von 2,7 % der jährlichen Berufsunfähigkeitsrente im Tarif BV bzw. 2,7 % der jährlichen Berufs- und zusätzlichen Erwerbsunfähigkeitsrente im Tarif BVZ.

B.14.3 Anerkannte oder festgestellte Ansprüche werden durch eine Kündigung oder bei einer verlängerten Leistungsdauer durch den Ablauf der Versicherung nicht berührt.

Überschussbeteiligung

B.15 Wie sind Sie an den Überschüssen beteiligt?

Grundsätzliche Vereinbarungen und Hinweise zur Beteiligung unserer Versicherungsnehmer an den Überschüssen und Bewertungsreserven regeln die Allgemeinen Bedingungen in Ziffer A.16.

Leistungen aus der Überschussbeteiligung werden grundsätzlich immer zusammen mit der tariflichen Leistung oder dem zu zahlenden Beitrag fällig.

B.15.1 Überschussbeteiligung bei beitragspflichtigen Versicherungen

Die Überschüsse werden je nach bei Vertragsabschluss vereinbartem Überschussystem **Beitragsreduktion** bzw. **Bonus** wie folgt verwendet:

B.15.1.1 Überschussystem „Beitragsreduktion“

Die Überschüsse werden zur Minderung des Beitrages verwendet. Die Höhe der Beitragsreduktion ist nicht garantiert und wird jährlich für das folgende Kalenderjahr neu festgesetzt. Durch eine gegenüber dem Vorjahr geringer festgesetzte Beitragsminderung kommt es zu einer Erhöhung der von Ihnen zu entrichtenden Beiträge. Höchstens wird aber der kalkulierte Beitrag fällig.

Die Höhe der Beitragsminderung wird in Prozent des kalkulierten Beitrages (ohne medizinische und technische Zuschläge) bemessen.

In Abhängigkeit von dem Geschlecht, dem Tarif und der Berufsklasse können unterschiedliche Anteilsätze gelten.

Die Überschüsse werden entsprechend der Beitragszahlungsweise zugeteilt. Die erste Überschuss-Zuteilung erfolgt zu Beginn dieser Versicherung. Die letzte Zuteilung erfolgt mit Zahlung des letzten Beitrages.

B.15.1.2 Überschussystem „Bonus“

Zusätzlich zu der versicherten Leistung gem. Ziffer B.1 erhält Ihre Versicherung bei Eintritt der Leistungspflicht eine Überschussbeteiligung in Form einer beitragsfreien Rente („**Bonus**“).

Die Höhe des Bonus wird in Prozent der vereinbarten Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente bemessen.

In Abhängigkeit von dem Geschlecht, dem Tarif und der Berufsklasse können unterschiedliche Anteilsätze gelten.

Bitte beachten Sie, dass für die Höhe des Bonus der zum Beginn des Leistungsanspruchs gem. Ziffer B.1.5.2 festgelegte Anteilsatz maßgeblich ist. Er wird jährlich neu festgesetzt und gilt für die Eintritte der Leistungspflicht im folgenden Kalenderjahr.

Durch eine gegenüber dem Vorjahr geringer festgesetzte Höhe des Bonus kommt es zu einer Senkung der im Leistungsfall zu zahlenden Gesamtleistung. In diesem Fall haben Sie die Mög-

lichkeit, die vereinbarte Leistung ohne erneute Gesundheitsprüfung soweit zu erhöhen, dass sie zusammen mit der verminderten Höhe des Bonus der bisherigen Gesamtleistung entspricht. Ihren Wunsch auf Erhöhung der Leistung müssen Sie uns innerhalb eines Monats nach Zugang des Schreibens, in dem wir Sie über die Senkung des Bonus informieren, mitteilen. Die zu Beginn der Leistungspflicht ermittelte Höhe des Bonus ist während der Leistungspflicht garantiert.

Der Bonus wird im Leistungsfall mit jeder Rentenzahlung als zusätzliche Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente (Bonusrente) ausgezahlt.

Die Leistungsdauer des Bonus stimmt mit derjenigen der jeweils vereinbarten Leistung überein. Die Ziffer B.1.5 gilt entsprechend.

B.15.2 Überschussbeteiligung bei beitragsfreien Versicherungen

Die zugeteilten Überschussanteile werden in einem Gewinn Guthaben verzinslich angesammelt. Dieses erhöht sich durch die Gutschriften aus Basiszinsen und Zinsüberschüssen. Das Gewinn Guthaben wird spätestens bei Beendigung dieser Versicherung ausbezahlt.

Diese Überschüsse werden festgelegt

- bei den Basiszinsen in Prozent des Gewinn Guthabens (nach Zuteilung) zu Beginn des bei der vorangegangenen Zuteilung abgelaufenen Versicherungsjahres **)
- und bei den Zinsüberschüssen in Prozent des Deckungskapitals zu Beginn des abgelaufenen Versicherungsjahres, um ein Jahr mit dem dem Tarif zugrunde liegenden Rechnungszins diskontiert und außerdem in Prozent des Gewinn Guthabens (nach Zuteilung) zu Beginn des bei der vorangegangenen Zuteilung abgelaufenen Versicherungsjahres.

Die Zuteilungen erfolgen jährlich zu Beginn eines Versicherungsjahres. Die erste Zuteilung erfolgt nach Ablauf eines beitragsfreien Jahres am Beginn des darauf folgenden Versicherungsjahres, frühestens zu Beginn des dritten Versicherungsjahres.

Die letzte Zuteilung erfolgt spätestens bei Ablauf dieser Versicherung.

Solange keine Leistungspflicht besteht und nach erstmals erfolgter Zuteilung von Überschussanteilen erhalten Sie jährlich eine Benachrichtigung, soweit sich der Stand Ihrer Überschussbeteiligung ändert.

B.15.3 Überschussbeteiligung während der Leistungspflicht

Leistungspflichtige Versicherungen erhalten laufende Überschussanteile. Die Überschussanteile werden jährlich zu Beginn eines Versicherungsjahres zugeteilt, erstmals nach Ablauf eines leistungspflichtigen Jahres. Die letzte Zuteilung erfolgt zum Beginn des letzten leistungspflichtigen Versicherungsjahres.

Die zugeteilten Überschussanteile werden zur jährlichen Erhöhung der Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente verwendet (**Dynamikrente**). Eine dadurch erreichte Rentenhöhe ist bis zum Ende der Leistungspflicht garantiert.

Der Überschussanteilsatz bezieht sich auf die zuletzt gezahlte Rente (ggf. einschließlich Bonusrente).

B.15.4 Verwendung aktueller Rechnungsgrundlagen

Ist aus Gründen eines veränderten Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrisikos die Bildung einer zusätzlichen Rückstellung erforderlich, so ändert sich dadurch die Höhe der Bemessungsgrößen für die Überschussbeteiligung nicht.

B.15.5 Versicherungsmathematische Hinweise

Die Bemessungsgrößen für die Überschussanteile werden nach versicherungsmathematischen Regeln mit den Rechnungsgrundlagen der Tariffkalkulation ermittelt.

Wir verwenden die Sterbe- und Wahrscheinlichkeitstabellen „DAV 1997“ für die Berufsunfähigkeit und „DAV 1998 EU“ für die Erwerbsunfähigkeit, mit dem Rechnungszins 2,25 %.

Optionen

B.16 Welche Rechte haben Sie aus der Nachversicherungsgarantie?

B.16.1 Sie können, sofern eine Nachversicherungsgarantie mit uns vereinbart ist, die Versicherungsleistungen während der Beitragszahlungsdauer ohne erneute Gesundheitsprüfung gem. den Ziffern B.16.2 bis B.16.7 erhöhen. Ob die Nachversicherungsgarantie bei Ihrer Versicherung eingeschlossen ist, können Sie dem Versicherungsschein entnehmen.

B.16.2 Die Nachversicherungsgarantie können Sie bei folgenden Anlässen ausüben:

- Heirat der versicherten Person
- Geburt eines Kindes der versicherten Person
- Adoption eines minderjährigen Kindes durch die versicherte Person
- Ehescheidung der versicherten Person
- erfolgreiche Beendigung eines Studiums an einer staatlich anerkannten Hoch-/Fachhochschule oder einer Berufsausbildung mit Lehrbrief durch die versicherte Person und Aufnahme der entsprechenden beruflichen Tätigkeit

- Aufnahme eines Darlehens durch die versicherte Person zur Finanzierung einer selbstgenutzten Immobilie im Wert von mindestens 50.000 EUR
- Wegfall der Versicherungspflicht für die versicherte Person in der Gesetzlichen Rentenversicherung
- Karrieresprung der versicherten Person; ein solcher tritt ein
 - bei Nichtselbstständigen mit dem Ablauf des Kalenderjahres, in dem sich das Bruttoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit im Vergleich zum davor liegenden Kalenderjahr um mehr als 10 % erhöht hat
 - bei freiberuflich oder selbstständig Tätigen mit dem Ablauf des Zeitraums zweier Kalenderjahre, in denen sich die Summe der Bruttoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit vor Abzug von Personensteuern (Einkommenssteuer) im Vergleich zu den davor liegenden zwei Kalenderjahren um mindestens 25 % erhöht hat.

B.16.3 Im Rahmen der Nachversicherungsgarantie erhöhen Sie die Versicherungsleistungen durch Erhöhung des Beitrags.

B.16.4 Für die Erhöhung gelten folgende Voraussetzungen:

- Die Erhöhung muss innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt eines der genannten Ereignisse beantragt werden.
- Das Ereignis darf erst später als zwölf Monate nach einem vorhergehenden Ereignis, für das bereits eine Erhöhung im Rahmen der Nachversicherungsgarantie durchgeführt worden ist, eingetreten sein.
- Die Erhöhung der monatlichen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente muss mindestens 50 EUR betragen. Sie darf außerdem nicht höher sein als die ursprünglich vereinbarte monatliche Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente. Die gesamte monatliche Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente nach der Erhöhung ist auf Basis des ausgeübten Berufes der versicherten Person bei Beginn der Erhöhung festgelegt. Die gesamte monatliche Berufsunfähigkeitsrente nach der Erhöhung darf 1.600 EUR nicht übersteigen; die gesamte monatliche Erwerbsunfähigkeitsrente nach der Erhöhung darf 2.400 EUR nicht übersteigen.
- Die gesamten für die versicherte Person bestehenden Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrenten inkl. der beantragten Erhöhung müssen in einem angemessenen Verhältnis zum Einkommen der versicherten Person stehen und dürfen bei Berufsunfähigkeitsrenten allein 60 % und bei Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten zusammen 90 % des Bruttoeinkommens nicht übersteigen.

B.16.5 Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich mit

- den am Erhöhungstermin für Erhöhungen dann jeweils gültigen, aktuellen versicherungsmathematischen Berechnungsgrundlagen, wobei diese von den ursprünglichen Rechnungsgrundlagen abweichen können,
- dem am Erhöhungstermin erreichten rechnermäßigen Alter ^{***}) der versicherten Person und des von der versicherten ausgeübten Berufes bei Beginn dieser Versicherung und
- den im Versicherungsschein dokumentierten Terminen für den Ablauf der Versicherungs-, Beitragszahlungs- und Leistungsdauer.

Ggf. gilt eine einzelne Erhöhung als neuer Versicherungsvertrag, dem der aktuell gültige Tarif mit den entsprechenden Bedingungen zugrunde gelegt wird.

B.16.6 Die Erhöhung erfolgt zum Monatsersten der nächsten Beitragsfälligkeit – mittags 12 Uhr - nach Eingang des Antrages. Den Anlass gem. Ziffer B.16.2 und das angemessene Verhältnis zum Einkommen gem. Ziffer B.16.4 müssen Sie uns schriftlich belegen. Wir haben das Recht, Ihre Angaben im Rahmen der Fristen und Regelungen für die vorvertragliche Anzeigepflicht gem. Ziffer A.2 zu überprüfen.

B.16.7 Das Recht auf eine Erhöhung ohne erneute Gesundheitsprüfung (Nachversicherungsgarantie) erlischt, wenn

- für die versicherte Person bereits einmal eine Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-/Erwerbsminderungsrente oder Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung bei einem Versicherer oder Sozialversicherungsträger beantragt worden sind,
- die versicherte Person schwerbehindert ist oder ein An-

trag auf Anerkennung der Schwerbehinderung gestellt worden ist,

- die Versicherung beitragsfrei oder befristet beitragsfrei gestellt ist,
- die versicherte Person ihr 45. Lebensjahr vollendet,
- die Versicherung sich in den letzten fünf Jahren vor Vertragsende befindet oder
- wir aufgrund der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht von einer Erhöhung zurücktreten, diese kündigen oder eine Vertragsänderung dieser Versicherung vornehmen (vgl. Ziffer A.2).

B.17 Welche Rechte haben Sie aus der Upgrade- bzw. Verlängerungsoption?

B.17.1 Die im Folgenden beschriebene Upgradeoption bzw. Verlängerungsoption ist vereinbart, wenn Ihre Versicherung nach der Berufsklasse 1E, 2E, 3E, 4E, 5E oder 6N abgeschlossen ist.

B.17.2 Upgradeoption

B.17.2.1 Sie können diese Versicherung einmalig ohne erneute Gesundheitsprüfung umtauschen, wenn die versicherte Person

- eine Ausbildung gem. Ziffer B.2.1.7 erfolgreich abgeschlossen und
- eine berufliche Tätigkeit aufgenommen

hat.

Der Umtausch erfolgt in eine neue Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung nach den dann für Neuabschlüsse gültigen Tarifen.

B.17.2.2 Bei der neu abzuschließenden Versicherung wird die Versicherungsdauer ausgedehnt. Die Ausdehnung kann bis zu dem rechnermäßigen Endalter, das für den aufgenommenen Beruf vorgesehen ist, mindestens aber bis zum rechnermäßigen Endalter 55 Jahre, vereinbart werden.

Sofern die Leistungsdauer kürzer ist als die ausgedehnte Versicherungsdauer, wird auch sie auf die Versicherungsdauer ausgedehnt.

Der sonstige Versicherungsumfang, insbesondere die Höhe der Versicherungsleistungen und eventuell vereinbarte Erschwerungen, bleibt unverändert.

Der Beitrag für die neue Versicherung errechnet sich u.a. nach der Berufsklasse, die der aufgenommenen beruflichen Tätigkeit entspricht, und nach dem zum Umtauschzeitpunkt erreichten rechnermäßigen Alter der versicherten Person. Daraus kann sich eine erhebliche Erhöhung des Beitrages ergeben.

B.17.2.3 Den Umtausch können Sie nach Abschluss der Ausbildung gem. Ziffer B.17.2.1 bis zu einem Jahr vor Ablauf der Versicherungsdauer beantragen.

Wird die Ausbildung erst im letzten Jahr vor Ablauf der Versicherung beendet, können Sie den Umtausch auch noch innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss der Ausbildung, spätestens aber bis einen Monat vor Ablauf der Versicherungsdauer, beantragen.

Der Versicherungsbeginn für die neu abzuschließende Versicherung ist der Monatserste mit der nächsten Beitragszahlung – mittags 12 Uhr – nach Eingang des Antrags. Diese Versicherung erlischt damit.

B.17.3 Verlängerungsoption

B.17.3.1 Sie können diese Versicherung zum Ende der Versicherungsdauer einmalig ohne erneute Gesundheitsprüfung verlängern, wenn die versicherte Person sich in einer Ausbildung gem. Ziffer B.2.1.7 befindet und diese noch nicht abgeschlossen hat.

Die Verlängerung muss mit Frist von einem Monat zum Ende der Versicherungsdauer beantragt werden.

B.17.3.2 Die Versicherungsdauer wird um fünf Jahre verlängert.

Der sonstige Versicherungsumfang, insbesondere die Höhe der Versicherungsleistungen und eventuell vereinbarte Erschwerungen, bleibt unverändert.

Der Beitrag nach der Verlängerung errechnet sich u.a. nach der Berufsklasse und dem zum Verlängerungszeitpunkt erreichten rechnungsmäßigen Alter der versicherten Person. Daraus kann sich eine Erhöhung des Beitrages ergeben.

B.17.4 Die Voraussetzungen für die

- Upgradeoption gem. Ziffer B.17.2 bzw.
- Verlängerungsoption gem. Ziffer B.17.3

müssen Sie uns schriftlich belegen. Wir haben das Recht, Ihre Angaben im Rahmen der Fristen und Regelungen für die vorvertragliche Anzeigepflicht gem. Ziffer A.2 zu überprüfen.

B.17.5 Sowohl Upgrade- als auch Verlängerungsoption erlöschen, wenn

- für die versicherte Person bereits einmal eine Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-/ Erwerbsminderungsrente oder Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung bei einem Versicherer oder Sozialversicherungsträger beantragt worden sind,
- die versicherte Person schwerbehindert ist oder ein Antrag auf Anerkennung der Schwerbehinderung gestellt worden ist,
- die Versicherung beitragsfrei oder befristet beitragsfrei gestellt ist oder
- wir aufgrund der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht von einer Erhöhung zurücktreten, diese kündigen oder eine Vertragsänderung dieser Versicherung vornehmen (vgl. Ziffer A.2).

*) Deckungskapital nach den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation

Das Deckungskapital beschreibt für jedes Jahr des Versicherungsverlaufs den Wertunterschied zwischen zukünftig noch von uns als Versicherer zu erfüllenden Verpflichtungen und zukünftig noch von dem Versicherungsnehmer zu zahlenden Beiträgen (sog. „prospektives“ Deckungskapital).

Die Werte der zukünftigen Verpflichtungen bzw. der zukünftigen Beiträge werden dabei nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation ermittelt. Bei den Verpflichtungen sind neben den Aufwendungen für die versicherten Leistungen auch die kalkulierten Aufwendungen für den zukünftigen Versicherungsbetrieb (Verwaltungskosten) zu berücksichtigen.

Bei Versicherungen gegen laufende Beitragszahlung ist bzgl. der Berücksichtigung der Abschluss- und Vertriebskosten das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung vereinbart. Dieses Verrechnungsverfahren besagt, dass die ersten Beiträge zur Tilgung von Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen werden, soweit sie nicht für Leistungen im Versicherungsfall und Kosten des Versicherungsbetriebs bestimmt sind. Ein positives Deckungskapital entsteht erst, sobald die angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten vollständig getilgt wurden.

Für die Berechnung eines Rückkaufswertes bei Kündigung bzw. eines Anrechnungsbetrages bei Beitragsfreistellung wird gem. § 169 VVG mindestens das Deckungskapital berücksichtigt, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmertsätze angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt.

**) Versicherungsjahr

Ist der Monat des Versicherungsbeginns ein anderer als der Monat des Versicherungsablaufs, so endet das erste Versicherungsjahr bereits vor Ablauf von zwölf Monaten mit dem Ersten des Monats, dessen Benennung dem Monat des Versicherungsablaufs entspricht. Die daran anschließenden Versicherungsjahre umfassen jeweils den Zeitraum von zwölf Monaten.

***) rechnungsmäßiges Alter

Das rechnungsmäßige Alter der versicherten Person ist die Differenz zwischen dem jeweiligen Kalenderjahr und dem Geburtsjahr.

Teil C

Besondere Bedingungen für die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung bei Pflegerenten-, Risiko- und Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsversicherungen

- *RingPflegerente – Tarife PV, PVZ und PVP*
- *RingRisikoversicherung – Tarife RUB, RUR und RUN*
- *RingBerufsunfähigkeitsPolice – Tarife BV und BVZ*

- C.1 Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge?**
- C.2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?**
- C.3 Wie erhöhen sich die Versicherungsleistungen?**
- C.4 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen?**
- C.5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?**

C.1 Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge?

C.1.1 RingPflegerente – Tarife PV, PVZ und PVP

C.1.1.1 Ihr Beitrag erhöht sich jährlich jeweils um 5 % des zuletzt gezahlten Beitrages.

Jede Beitragserhöhung erfolgt mindestens in der Höhe, die einer Beitragsanhebung von 3 EUR monatlich entspricht.

C.1.1.2 Die Erhöhungen erfolgen bis fünf Jahre vor dem Ablauf der Beitragszahlungsdauer, längstens jedoch bis zu dem Jahrestag gem. Ziffer C.2.1, an dem die versicherte Person das rechnerische Alter *) von 65 Jahren erreicht hat.

C.1.1.3 Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung.

C.1.2 RingRisikoversicherung – Tarife RUB, RUR und RUN

C.1.2.1 Ihr Beitrag erhöht sich erstmals nach einem Jahr und dann alle drei Jahre jeweils um 10 % des zuletzt gezahlten Beitrages.

Jede Beitragserhöhung erfolgt mindestens in der Höhe, die einer Beitragsanhebung von 2 EUR monatlich entspricht.

C.1.2.2 Die Erhöhungen erfolgen bis fünf Jahre vor dem Ablauf der Beitragszahlungsdauer, längstens jedoch bis zu dem Jahrestag gem. Ziffer C.2.1, an dem die versicherte Person das rechnerische Alter von 50 Jahren erreicht hat.

C.1.2.3 Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung.

C.1.2.4 Bei Versicherungen mit Einschluss des Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrisikos ist die Erhöhung der Versicherungsleistungen so begrenzt, dass die zusätzliche Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente 300 EUR monatlich nicht übersteigt.

C.1.3 RingBerufsunfähigkeitsPolice – Tarife BV und BVZ

C.1.3.1 Ihr Beitrag erhöht sich erstmals nach einem Jahr und dann alle drei Jahre bei den Berufsklassen

– 1N, 2N, 3N, 4N und 5N um jeweils 10 % bzw.

– 1E, 2E, 3E, 4E, 5E und 6N um jeweils 5 %

des zuletzt gezahlten Beitrages, mindestens jedoch um 2 EUR.

C.1.3.2 Die Erhöhungen erfolgen bis ein Jahr vor dem Ablauf der Beitragszahlungsdauer, längstens bis zu dem Jahrestag gem. Ziffer C.2.1, an dem die versicherte Person das rechnerische Alter von 50 Jahren erreicht hat.

Während der Verlängerungsoption erfolgen keine Anpassungen.

C.1.3.3 Bei einem rechnerischen Eintrittsalter bis zu 30 Jahren kann bei den Berufsklassen 1N, 2N, 3N, 4N und 5N anstelle der Anpassung gem. Ziffern C.1.3.1 und C.1.3.2 eine jährliche Erhöhung des Beitrags um 10 % des zuletzt gezahlten Beitrages, mindestens jedoch um 2 EUR, vereinbart werden. Die Erhöhungen erfolgen insgesamt höchstens fünfmal, längstens bis ein Jahr vor dem Ablauf der Beitragszahlungsdauer.

C.1.3.4 Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung.

C.1.3.5 Die Erhöhung der Versicherungsleistungen ist so begrenzt, dass die zusätzliche Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente 300 EUR monatlich nicht übersteigt.

C.2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?

C.2.1 Die Erhöhungen der Beiträge und der Versicherungsleistungen erfolgen jeweils zu dem Jahrestag des Versicherungsbeginns.

C.2.2 Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin mittags um 12 Uhr.

C.2.3 Während beitragsfreier Zeiten erfolgen keine Erhöhungen.

C.3 Wie erhöhen sich die Versicherungsleistungen?

C.3.1 Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich

- mit den am Erhöhungstermin für planmäßige Erhöhungen dann jeweils gültigen, aktuellen versicherungsmathematischen Berechnungsgrundlagen, wobei diese von den ursprünglichen Rechnungsgrundlagen abweichen können
- nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnungsmäßigen Alter der versicherten Person
- nach den ursprünglichen Annahmebedingungen und
- mit den in der individuellen Vertragsinformation vereinbarten Terminen für den Ablauf der Beitragszahlungsdauer, des Versicherungsschutzes und ggf. der Leistungsdauer.

C.3.2 Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge.

C.3.3 Nach einer Erhöhung der Versicherungsleistungen können ggf. die Angaben zum Verlauf der Todesfallleistung, zur Höhe des Rückkaufwertes, zur Höhe der beitragsfreien Versicherungsleistung oder zur Entwicklung der garantierten Werte nicht mehr der individuellen Vertragsinformation, sondern dem jeweils letzten Anpassungsschreiben entnommen werden.

Sind ggf. Zusatzversicherungen eingeschlossen, so erhöhen sich auch deren Versicherungsleistungen. Das Verhältnis der versicherten Leistungen der Zusatzversicherungen zu den Leistungen der Hauptversicherung wird durch die planmäßigen Erhöhungen nicht verändert.

C.4 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen?

C.4.1 Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, erstrecken sich die im Rahmen des Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen, insbesondere auch die Verfügung über die Bezugsrechte, ebenfalls auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen.

Entsprechende Anwendung finden insbesondere die Ziffern „Wie verteilen wir die bei der Beitragskalkulation in Ansatz gebrachten Abschluss- und Vertriebskosten?“ und „Wann können die Bedingungen geändert werden?“ der Allgemeinen Bedingungen für konventionelle Versicherungen sowie für ggf. dazu eingeschlossene Zusatzversicherungen.

C.4.2 Die planmäßige Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag setzt die jeweilige Frist bei Selbsttötung gem. den Tarifbedingungen und bei Verletzung der Anzeigepflicht gem. den Allgemeinen Bedingungen für konventionelle Versicherungen sowie für ggf. dazu eingeschlossene Zusatzversicherungen nicht erneut in Lauf.

C.4.3 Bezüglich der Überschussbeteiligung gelten die Regelungen der Ziffer „Wie sind unsere Versicherungsnehmer an den Überschüssen beteiligt?“ der Allgemeinen Bedingungen für konventionelle Versicherungen und die Regelungen aus der Ziffer „Wie sind Sie an den Überschüssen beteiligt?“ der Tarifbedingungen auch für die Erhöhungen der Versicherungsleistungen. Hierbei wird jede einzelne Erhöhung (insbesondere bezüglich der Versicherungsjahre und Wartezeiten) für sich betrachtet.

C.4.4 Werden neue versicherungsmathematische Berechnungsgrundlagen für künftige Erhöhungen der Versicherungsleistungen eingeführt, so kann insoweit hinsichtlich der Überschussbeteiligung eine Zuordnung zu neu gebildeten Gewinnverbänden notwendig werden. Hierüber werden wir Sie zum ersten Erhöhungstermin nach dieser Änderung informieren.

C.5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

C.5.1 Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen.

C.5.2 Unterbliebene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.

C.5.3 Sollten Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, so erlischt Ihr Recht auf weitere planmäßige Erhöhungen; es kann jedoch mit unserer Zustimmung neu begründet werden.

C.5.4 Sieht Ihre Versicherung oder ggf. eingeschlossene Zusatzversicherung Leistungen bei Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit vor, erlischt bei Eintritt einer Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit das Recht auf die planmäßige Erhöhung. Wird der Eintritt der Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit verspätet angezeigt, entfallen die seit dem Eintritt durchgeführten Erhöhungen rückwirkend. Lebt die Verpflichtung zur Beitragszahlung wegen des Wegfalls der Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit wieder auf, haben wir das Recht, weitere planmäßige Erhöhungen von dem Ergebnis einer erneuten Risikoprüfung abhängig zu machen.

Dies gilt in den **Tarifen PV, PVZ und PVP** sinngemäß auch bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit.

*) rechnerisches Alter

Das rechnerische Alter der versicherten Person ist die Differenz zwischen dem Kalenderjahr des Erhöhungstermins und dem Geburtsjahr.

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Vorbemerkung

Versicherungen können heute ihre Aufgabe nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versichertengemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekanntgegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der datenspeichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

Die nachfolgenden Regelungen über die Datenaufnahme, Übermittlung und -verarbeitung gelten entsprechend auch für die Deutscher PensionsRing AG.

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihren Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch – außer in der Lebens- und Unfallversicherung – schon mit der Ablehnung des Antrags oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es u. U. nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die, z. B. beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindung enthalten. Im folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung nennen.

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten wie Kundennummer (Partnernummer), Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z. B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z. B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit oder die Feststellung Ihrer Reparaturwerkstatt über einen KFZ-Totalschaden oder bei Ablauf einer Lebensversicherung den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten).

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen

Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadensabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z. B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen. Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, KFZ-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

4. Zentrale Hinweissysteme der Fachverbände

Bei Prüfung eines Antrags oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung des Versicherungsmissbrauchs Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu bestehen beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft und beim Verband der privaten Krankenversicherung zentrale Hinweissysteme.

Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Beispiele:

Haftpflichtversicherer

Registrierung von auffälligen Schadenfällen sowie von Personen, bei denen der Verdacht des Versicherungsmissbrauchs besteht.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und -verhütung.

KFZ-Versicherer

Registrierung von auffälligen Schadenfällen, KFZ-Diebstählen sowie von Personen, bei denen der Verdacht des Versicherungsmissbrauchs besteht.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und -verhütung.

Lebensversicherer

Aufnahme von Sonderrisiken, z. B. Ablehnung des Risikos bzw. Annahme mit Beitragszuschlag

– aus versicherungsmedizinischen Gründen

- aufgrund der Auskünfte anderer Versicherer
- wegen verweigerter Nachuntersuchung

Aufhebung des Vertrags durch Rücktritt oder Anfechtung seitens des Versicherers; Ablehnung des Vertrags seitens des Versicherungsnehmers wegen geforderter Beitragszuschläge, Leistungsausschlüsse.

Zweck: Risikoprüfung.

Rechtsschutzversicherer

- vorzeitige Kündigungen und Kündigungen zum normalen Vertragsablauf durch den Versicherer nach mindestens zwei Versicherungsfällen innerhalb von 12 Monaten.
- Kündigungen zum normalen Vertragsablauf durch den Versicherer nach mindestens 3 Versicherungsfällen innerhalb von 12 Monaten.
- vorzeitige Kündigungen und Kündigungen zum normalen Vertragsablauf bei konkret begründetem Verdacht einer betrügerischen Inanspruchnahme der Versicherung.

Zweck: Überprüfung der Angaben zu Vorversicherungen bei der Antragstellung.

Sachversicherer

- Aufnahme von Schäden und Personen, wenn Brandstiftung vorliegt oder wenn aufgrund des Verdachts des Versicherungsmisbrauchs der Vertrag gekündigt wird und bestimmte Schadenssummen erreicht sind.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung, Verhinderung weiteren Missbrauchs.

Transportversicherer

- Aufnahme von auffälligen (Verdacht des Versicherungsmisbrauchs) Schadenfällen, insbesondere in der Reisegepäckversicherung.

Zweck: Schadenaufklärung und Verhinderung weiteren Versicherungsmisbrauchs.

Unfallversicherer

- Meldung bei erheblicher Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht
- Leistungsablehnung wegen vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung im Schadenfall, wegen Vortäuschung eines Unfalls oder von Unfallfolgen,
- außerordentliche Kündigung durch den Versicherer nach Leistungserbringung oder Klageerhebung auf Leistung.

Zweck: Risikoprüfung und Aufdeckung des Versicherungsmisbrauchs.

5. Datenverarbeitung in und außerhalb der Unternehmensgruppe

Einzelne Versicherungsbranchen (z. B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) und andere Finanzdienstleistungen, z. B. Kredite, Bausparen, Kapitalanlagen, Immobilien werden durch rechtlich selbständige Unternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen. Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z. B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d. h. Ihre allgemeinen An-

trags-, Vertrags- und Leistungsdaten, werden in einer zentralen Datensammlung geführt.

Dabei sind die sog. Partnerdaten (z. B. Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl, bestehende Verträge) von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden.

Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den Versicherungsunternehmen der Gruppe abfragbar.

Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von „Datenübermittlung“, bei der die Vorschriften des BDSG zu beachten sind. Branchenspezifische Daten – wie z. B. Gesundheits- oder Bonitätsdaten bleiben dagegen unter ausschliesslicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen.

Unserer Unternehmensgruppe gehören z. Zt. folgende Unternehmen an:

Deutscher Ring Lebensversicherungs-AG
Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G.
Deutscher Ring Sachversicherungs-AG
Deutscher Ring Financial Services GmbH
Deutscher Ring Bausparkasse AG
Deutscher PensionsRing AG

6. Betreuung durch Versicherungsvermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe werden Sie durch einen unserer Vermittler betreut, der Sie mit Ihrer Einwilligung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen berät. Vermittler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften.

Um seine Aufgaben ordnungsgemäss erfüllen zu können, erhält der Vermittler zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z. B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen. Ausschliesslich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Unsere Vermittler verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vermittler ist gesetzlich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z. B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem BDSG neben dem eingangs erwähnten Widerrufsrecht ein Recht auf Auskunft, sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten.

Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an Ihren Versicherer.

Gebührentabelle für konventionelle Renten-, Pflege-, Risiko- und Berufsunfähigkeitsversicherungen

Die folgenden Gebühren werden entweder mit der Deckungsrückstellung oder bei der Zuteilung künftiger Überschussanteile mit diesen verrechnet oder zusammen mit der Beitragszahlung fällig.

▶ Ausstellung einer Ersatzurkunde für den Versicherungsschein	25 EUR
▶ Durchführung von Vertragsänderungen (mit Ausnahme von vollständiger Beitragsfreistellung und vollständiger Kündigung)	25 EUR pro Vertragsänderung
▶ Bearbeitung von Abtretungen und Verpfändungen (sofern diese vertraglich nicht ausgeschlossen sind)	25 EUR pro Bearbeitungsvorgang
▶ Bearbeitung von Weiterabtretungen (Weiterzession, sofern diese vertraglich nicht ausgeschlossen ist)	50 EUR pro Weiterabtretung
▶ Individuelle Werteanfragen zusätzlich zur regelmäßigen Information	0 EUR pro Anfrage
▶ Neuaufteilung der Anlagebeiträge (Anlagesplitting) oder Fondswechsel (Umschichtung) bei einem Geldwert der Fondsanteile von <u>weniger</u> als 1.000 EUR	25 EUR pro Änderung
▶ Neuaufteilung der Anlagebeiträge (Anlagesplitting) oder Fondswechsel (Umschichtung) bei einem Geldwert der Fondsanteile von <u>mindestens</u> als 1.000 EUR	Bis zu 12 Änderungen pro Kalenderjahr sind gebührenfrei, dann 25 EUR für jede weitere Änderung
▶ Bearbeitung von Rückläufern im Lastschriftverfahren Diese Gebühr dient auch der Verrechnung der uns von Ihrem Kreditinstitut in Rechnung gestellten Kosten.	5 EUR
▶ Mahnverfahren bei Beitragsrückständen	2,50 EUR pro Mahnung

Wir weisen darauf hin, dass nicht alle Gebührenarten auf die jeweilige Versicherung zutreffen müssen.

Wir behalten uns vor, die in der Gebührentabelle genannten Gebühren bzw. die Anzahl der gebührenfreien Vorgänge in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und ggf. in angemessener Höhe neu festzulegen. Über Änderungen werden wir Sie informieren.

Allgemeine Informationen zu Ihrer Lebensversicherung

1 Name, Anschrift, Rechtsform und Sitz des Unternehmens

Deutscher Ring Lebensversicherungs-AG
Ludwig-Erhard-Straße 22
20459 Hamburg

Telefon: +49 (0)40 35 99-0

Telefax: +49 (0)40 35 99-25 00

E-Mail: Service@DeutscherRing.de

Internet: <http://www.DeutscherRing.de>

Sitz: Hamburg

USt.-IdNr.: DE 118618422

Registergericht: Amtsgericht Hamburg HRB 4659

2 Hauptgeschäftstätigkeit

Die Gesellschaft betreibt die Lebensversicherung in allen ihren Arten, und zwar als Erst- und Rückversicherung, ferner Kapitalisierungsgeschäfte sowie die Verwaltung von Versorgungseinrichtungen.

Die Gesellschaft kann Zweigniederlassungen errichten, andere Bestände übernehmen, die Geschäfte anderer Versicherungsunternehmen fortführen und sich an anderen Wirtschaftsunternehmen beteiligen sowie Versicherungs-, Bauspar- und Investmentverträge vermitteln.

3 Sicherungsfonds

Die Deutscher Ring Lebensversicherungs-AG gehört dem gesetzlichen Sicherungsfonds an, der dem Schutz der Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Personen, Zugangsberechtigten und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen dient. Aufgaben und Befugnisse des Sicherungsfonds für die Lebensversicherer wurden übertragen an die Protektor Lebensversicherungs AG, Wilhelmstr. 43 / 43 G, 10117 Berlin.

4 Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, Annahmefristen

Die Ihnen zur Verfügung gestellten Informationen sind auf dem bei Antragstellung aktuellen Stand. Bitte erkundigen Sie sich im Zweifel bei uns, falls Sie während der Vertragsdauer prüfen wollen, inwieweit sie noch zutreffen.

Ihren Antrag auf Grundlage dieser Informationen können wir innerhalb von sechs Wochen annehmen. Diese Annahmefrist beginnt mit Ihrer Antragsunterzeichnung, jedoch nicht vor dem Tag einer eventuell erforderlichen ärztlichen Untersuchung.

Haben wir Ihnen ein Angebot unter Berücksichtigung Ihrer Risikoverhältnisse unterbreitet, so halten wir dieses in der Regel vier Wochen aufrecht.

5 Anwendbares Recht und Vertragssprache

Für Ihren Vertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

Wir teilen Ihnen alle Versicherungsbedingungen und -informationen in deutscher Sprache mit. Auch während der Vertragslaufzeit verständigen wir uns mit Ihnen in Deutsch.

6 Beschwerdestelle / Aufsichtsbehörde

Der Vermittler – Ihr Berater – und unsere Mitarbeiter werden Sie umfassend und kompetent beraten. Sollte es dennoch im Einzelfall zu Meinungsverschiedenheiten kommen, können Sie den Kundenservice der Hauptverwaltung Deutscher Ring unter der Rufnummer +49 (0)40 35 99-77 11 anrufen oder Sie schreiben an

Deutscher Ring Lebensversicherungs-AG, 20449 Hamburg.

Darüber hinaus können Sie sich auch wenden an den

Versicherungsombudsmann e.V. Postfach 08 06 32
10006 Berlin

oder die

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

Unabhängig davon haben Sie auch die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

Allgemeine Angaben über die Steuerregelungen für
– Pflegeversicherungen,
– Risikoversicherungen auf den Todesfall,
– Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeits-
versicherungen

Die nachfolgenden steuerlichen Hinweise beruhen auf den per 01.01.2010 geltenden gesetzlichen Bestimmungen.

Die Verbraucherinformationen bieten lediglich eine allgemeine steuerliche Übersicht und können – auch im Hinblick auf die persönliche Situation des Versicherungsnehmers und auf etwaige zukünftige Änderungen der Steuergesetzgebung – eine steuerliche Beratung nicht ersetzen.

1 Einkommensteuer

1.1 Steuerliche Behandlung der Beiträge

Die Beiträge zu Pflege-, Risiko- und Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsversicherungen gehören zu den Vorsorgeaufwendungen nach § 10 Abs.1 Nr. 3a EStG und können bei der Einkommensteuer als Sonderausgaben geltend gemacht werden.

Der Höchstbetrag für diese und alle weiteren Vorsorgeaufwendungen nach § 10 Abs. 1 Nr. 3 und Nr. 3a EStG (z.B. Beiträge zur Kranken- und gesetzlichen Pflegeversicherung) beträgt insgesamt 2.800 EUR.

Dieser Höchstbetrag reduziert sich auf 1.900 EUR, wenn der Steuerpflichtige ganz oder teilweise ohne eigene Aufwendungen einen Anspruch auf vollständige oder teilweise Erstattung oder Übernahme von Krankheitskosten hat (z.B. Beihilfe) oder für dessen Krankenversicherung Leistungen vom Arbeitgeber erbracht werden (z.B. Arbeitgeberbeitrag zur Krankenversicherung).

Bei zusammen veranlagten Ehegatten bestimmt sich der gemeinsame Höchstbetrag aus der Summe der jedem Ehegatten zustehenden Höchstbeträge.

Die abzugsfähigen Beiträge zur Kranken- und gesetzlichen Pflegeversicherung können auch dann in voller Höhe als Sonderausgaben abgezogen werden, wenn sie die vorgenannten Höchstbeträge übersteigen. Beiträge zur Pflege-, Risiko- oder Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsversicherung können in diesem Fall steuerlich nicht berücksichtigt werden.

1.2 Steuerliche Behandlung der Leistungen aus einer Pflegeversicherung

Leistungen aus Pflegeversicherungen sind nach § 3 Abs. 1a EStG einkommensteuerfrei. Kapitaleistungen aus Pflegeversicherungen auf den Todesfall sind einkommensteuerfrei.

1.3 Steuerliche Behandlung der Leistungen aus einer Risikoversicherung

Kapitaleistungen aus Risikoversicherungen auf den Todesfall sind in vollem Umfang einkommensteuerfrei, wenn sie im Versicherungsfall (Tod der versicherten Person) in einer Summe ausgezahlt werden.

Sofern Rentenzahlungen aus eingeschlossenen Zusatzversicherungen bezogen werden, unterliegen diese als sonstige Einkünfte nur mit dem Ertragsanteil der Einkommensteuer. Die Höhe des Ertragsanteils bemisst sich nach der voraussichtlichen Laufzeit der Rentenzahlungen ab Beginn des Rentenbezugs.

1.4 Steuerliche Behandlung der Leistungen aus einer Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsversicherung

Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitsrenten unterliegen als sonstige Einkünfte nur mit dem Ertragsanteil der Einkommensteuer.

Die Höhe des Ertragsanteils bemisst sich nach der voraussichtlichen Laufzeit der Rentenzahlungen ab Beginn des Rentenbezugs.

2 Erbschaft- bzw. Schenkungsteuer

Versicherungsleistungen, die nicht an den Versicherungsnehmer erbracht werden, unterliegen grundsätzlich der Erbschaft- bzw. Schenkungsteuer. Durch hohe Freibeträge fällt in vielen Fällen keine Erbschaft- bzw. Schenkungsteuer an.

