

Allgemeine Bedingungen für die Selbstständige Existenz-Versicherung

(Tarifbezeichnungen: SKV, SKV+)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Sie sind als Versicherungsnehmer unser Vertragspartner; für unser Vertragsverhältnis gelten die folgenden Bedingungen. Darin werden die vertragsrechtlichen Leistungen bei Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit beschrieben. Informationen zur steuerlichen Behandlung Ihrer Versicherung finden Sie in der Kundeninformation „Allgemeine Angaben über steuerliche Aspekte“.

Inhaltsverzeichnis

Leistung

- § 1 Welche Leistungen erbringen wir bei einer Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit?
- § 2 Was ist eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?
- § 3 Welche Leistungen erbringen wir bei einer schweren Krankheit?
- § 4 Was ist eine schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen?
- § 5 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?
- § 6 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?
- § 7 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- § 8 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
- § 9 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen aus dieser Versicherung verlangt werden?
- § 10 Welche Unterstützung erhalten Sie von uns im Leistungsfall?
- § 11 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?
- § 12 Was gilt für die Nachprüfung unserer Leistungspflicht?
- § 13 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten im Anspruchsfall oder bei Nachprüfung unserer Leistungspflicht?
- § 14 Welche Bedeutung hat die Nachversicherungsgarantie?
- § 15 Was gilt für die Anschluss-Pflegeversicherung beim Tarif SKV+?
- § 16 Was gilt bei erhöhtem Leistungsbedarf?
- § 17 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?
- § 18 Wer erhält die Versicherungsleistung?

Beitrag

- § 19 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?
- § 20 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

Kündigung und Beitragsfreistellung

- § 21 Wann können Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen oder kündigen?

Kosten

- § 22 Welche Kosten sind in Ihrem Vertrag vereinbart?

Sonstige Vertragsbestimmungen

- § 23 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?
- § 24 Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?

- § 25 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?
- § 26 Wo ist der Gerichtsstand?
- § 27 Was gilt bei Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen?

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir bei einer Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit?

(1) Tritt bei der versicherten Person während der Dauer dieser Versicherung eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit gemäß § 2 ein, erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

- a) Zahlung der vereinbarten Rente monatlich im Voraus;
- b) volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht.

(2) Das Vorliegen mehrerer der in § 2 genannten Leistungsvoraussetzungen führt nicht zu einer höheren Rentenleistung.

Haben Sie mit uns den Tarif SKV+ vereinbart, so erbringen wir eine zusätzliche lebenslange Pflegerente in vereinbarter Höhe, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer pflegebedürftig im Sinne von § 2 Abs. 7 wird oder ein Autonomieverlust infolge Demenz im Sinne von § 2 Abs. 8 vorliegt.

(3) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit eingetreten ist, frühestens jedoch zum vereinbarten Beginn dieser Versicherung.

Diese Regelung gilt sinngemäß für die zusätzliche Pflegerente gemäß Absatz 2.

(4) Ihre Anspruchstellung sollte unverzüglich erfolgen, wenn die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit eingetreten ist. Auch bei späterer Anzeige leisten wir rückwirkend für die nachgewiesene Zeit der Beeinträchtigung. Entsprechendes gilt für die zusätzliche Pflegerente gemäß Absatz 2.

(5) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente gemäß Absatz 1 erlischt,

- wenn die versicherte Person stirbt,
- bei Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer oder
- wenn die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit wegfällt.

Der Anspruch auf die zusätzliche Pflegerente gemäß Absatz 2 erlischt,

- wenn die versicherte Person stirbt oder
- wenn keine Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 2 Abs. 7 und kein Autonomieverlust infolge Demenz im Sinne von § 2 Abs. 8 mehr vorliegt.

Stirbt die versicherte Person oder erlebt sie den Ablauf der Versicherungsdauer, ohne dass eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit eingetreten ist, wird keine Rente fällig.

(6) Wenn Sie eine Rente wegen einer Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit beantragen, haben Sie das Recht, bis

zur endgültigen Entscheidung über unsere Leistungspflicht die zinslose Stundung der Beiträge zu verlangen.

Stellt sich heraus, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht vorliegen, sind die gestundeten Beiträge unverzinst nachzuzahlen. Diese können Sie in Form einer einmaligen Zahlung oder in maximal 24 Monatsraten nachentrichten. Sofern Sie es wünschen und dies tariflich möglich ist, kann der Ausgleich auch durch eine Verrechnung mit dem vorhandenen Deckungskapital erfolgen. Hierbei können Sie zwischen einer Verringerung der Versicherungsleistungen oder einer Erhöhung des Beitrags wählen.

Bei festgestellter Leistungspflicht zahlen wir die über den Monat des Eintritts der Beeinträchtigung hinaus gezahlten Beiträge verzinst mit jährlich 1,25 % zurück.

(7) Falls die Leistungsdauer über die Versicherungsdauer hinausgeht, können Ansprüche, die durch den Eintritt einer Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit vor Ablauf der Versicherungsdauer entstanden sind, auch nach deren Ablauf geltend gemacht werden.

Entsprechendes gilt für die zusätzliche Pflegerente gemäß Absatz 2.

(8) Bei Vereinbarung einer garantierten Rentensteigerung erhöht sich die Rente im Leistungsbezug zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens ein Jahr nach Beginn der Rentenzahlung, um den vereinbarten Prozentsatz.

(9) Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen erhalten Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (siehe § 5).

(10) Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

§ 2 Was ist eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person innerhalb der Versicherungsdauer infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, mindestens eine der in Absatz 6 genannten Fähigkeiten im jeweils beschriebenen Umfang verliert und voraussichtlich für mindestens 12 Monate nicht wiedererlangen wird:

- Sehen,
- Hören,
- Sprechen,
- Geistige Leistungsfähigkeit,
- Gebrauch der Arme,
- Gebrauch der Hände,
- Gehen und Treppensteigen,
- Stehen,
- Knien und Bücken,
- Sitzen,
- Gleichgewicht,
- Autofahren,
- Eigenverantwortliches Handeln.

(2) Hat die versicherte Person innerhalb der Versicherungsdauer seit mindestens 12 Monaten infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls mindestens eine der versicherten Fähigkeiten im beschriebenen Umfang verloren und seitdem nicht wiedererlangt, so gilt dieser Zustand von Beginn an als Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit.

(3) Bei der Frage nach einer Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit bleiben vorübergehende akute Erkrankungen oder vorübergehende Besserungen unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

Ursache der Beeinträchtigung

(4) Die Krankheit, die Körperverletzung oder der Kräfteverfall muss zu nachweisbaren physischen Veränderungen führen und damit einer objektiven Befunderhebung zugänglich sein; der Verlust von Fähigkeiten aufgrund von psychischen Beeinträchtigungen oder neurotischen Fehlentwicklungen kommt damit als Ursache nicht in Betracht. Diese Einschränkung gilt nicht für den Verlust der geistigen Leistungsfähigkeit gemäß Absatz 6 Buchst. d sowie für den Verlust der Fähigkeit eigenverantwortlich zu handeln gemäß Absatz 6 Buchst. m.

Nachweis der Beeinträchtigung

(5) Der Verlust einer der versicherten Fähigkeiten sowie die diesem Verlust zugrunde liegende Krankheit, Körperverletzung oder der Kräfteverfall sind durch einen Facharzt der entsprechenden Fachrichtung mit den nach aktuellem medizinischen Wissensstand üblichen Befunderhebungen und Testverfahren nachzuweisen.

Versicherte Fähigkeiten

(6) Die folgenden Fähigkeiten werden beim Versicherungsschutz berücksichtigt:

a) Sehen

Ein Verlust liegt vor, wenn das Sehvermögen der versicherten Person auch nach Einsatz von Hilfsmitteln (Brille, Kontaktlinsen) oder anderen therapeutischen Maßnahmen so stark eingeschränkt ist, dass bei jedem Auge nur noch ein Restsehvermögen von höchstens 5 % oder eine Einschränkung des Gesichtsfeldes auf höchstens 15 Grad Abstand vom Zentrum besteht.

b) Hören

Ein Verlust liegt vor, wenn bei der versicherten Person auch unter Nutzung von Hilfsgeräten (z. B. Hörgeräte) auf beiden Ohren jeweils ein Resthörvermögen von höchstens 20 % besteht.

c) Sprechen

Ein Verlust liegt vor, wenn die Sprechfähigkeit oder die sprachliche Ausdrucksfähigkeit der versicherten Person nach abgeschlossenem Spracherwerb auch bei Verwendung geeigneter Hilfsmittel so weit eingeschränkt ist, dass die versicherte Person von ihrem sozialen Umfeld nicht mehr verstanden wird, weil sie keine verständlichen Worte mehr formen kann.

d) Geistige Leistungsfähigkeit

Ein Verlust liegt vor, wenn die geistige Leistungsfähigkeit (wie z. B. Gedächtnis, Konzentration, Aufmerksamkeit, Auffassung, Handlungsplanung) der versicherten Person so schwer gestört ist (z. B. durch eine Hirnschädigung, Schizophrenie, Psychose), dass sie alltagsrelevante Tätigkeiten nicht mehr ausüben kann.

Dies muss durch einen Neuropsychologen bzw. einen Facharzt für Neurologie unter Verwendung der üblicherweise durchgeführten standardisierten Testverfahren nachgewiesen werden. Aufgrund dieser Tests muss sich ferner ergeben, dass die versicherte Person zu den schlechtesten 10 Prozent der Bevölkerung gehört.

e) Gebrauch der Arme

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, den linken oder den rechten Arm

- seitwärts zu bewegen und abgespreizt auf Schulterhöhe 10 Sekunden zu halten sowie

- nach vorne zu bewegen, abgespreizt auf Schulterhöhe 10 Sekunden zu halten und in beide Richtungen zu drehen.

f) Gebrauch der Hände

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person mit der rechten oder mit der linken Hand nicht mehr in der Lage ist, einen Wasserhahn auf- und wieder zuzudrehen.

g) Gehen und Treppensteigen

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Verwendung geeigneter Hilfsmittel nicht mehr selbstständig in der Lage ist,

- eine Strecke von 400 Metern über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen oder
- eine Treppe von 12 Stufen mit üblicher Stufenhöhe hinauf- und hinabzusteigen,

ohne eine Pause von mindestens einer Minute machen zu müssen.

h) Stehen

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person auch mit Veränderung der Körperhaltung nicht mehr in der Lage ist, 10 Minuten lang zu stehen, ohne sich abzustützen.

i) Knien und Bücken

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, sich aus eigener Kraft zu bücken oder hinzuknien, um mit den Fingern den Boden zu berühren, und sich danach wieder aufzurichten.

j) Sitzen

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

k) Gleichgewicht

Ein Verlust liegt vor, wenn der Gleichgewichtssinn der versicherten Person auf Dauer dermaßen gestört ist, dass ein Besteigen von Leitern bzw. von Gerüsten nicht mehr ohne stark erhöhte Unfallgefahr möglich ist. Die Störung muss durch

- eine Verletzung oder organische Erkrankung des Gehirns (z. B. Multiple Sklerose, Schädelhirntrauma, Schlaganfall, Hirntumor, Epilepsie) oder
- eine nachweisbare Schädigung des Gleichgewichtsorgans oder
- eine Schädigung der kleinen Nerven der Füße und Unterschenkel (Polyneuropathie)

verursacht worden sein. Ausgeschlossen sind Polyneuropathien, die nachweisbar auf Alkoholmissbrauch zurückzuführen sind.

l) Autofahren

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr zum Führen eines Personenkraftwagens in der Lage ist. Dazu muss die Fahrerlaubnis nachweislich aus gesundheitlichen Gründen entzogen werden. Dies muss ein verkehrsmedizinisches Gutachten bestätigen.

Alle Fälle, in denen die Fahrerlaubnis der versicherten Person aufgrund von Alkohol- oder Drogenmissbrauch oder aufgrund von psychischen Beeinträchtigungen (siehe Absatz 4) entzogen wird, gelten nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Bedingungen.

m) Eigenverantwortliches Handeln

Ein Verlust der Fähigkeit eigenverantwortlich zu handeln liegt vor, wenn die versicherte Person aufgrund einer gerichtlichen Entscheidung anhand eines psychiatrischen

Gutachtens mindestens 12 Monate lang ununterbrochen gesetzlich betreut werden muss oder seit mindestens 12 Monaten ununterbrochen gesetzlich betreut wird.

Pflegebedürftigkeit

(7) Eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit liegt ebenfalls vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls voraussichtlich mindestens 6 Monate oder seit mindestens 6 Monaten so hilflos ist, dass sie für drei oder mehr der folgenden gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens - auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel - täglich Hilfe durch eine andere Person benötigt.

Mobilität

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - nur mit Unterstützung einer anderen Person in der Lage ist, sich auf ebenem Grund in Räumen fortzubewegen.

An- und Auskleiden

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung - die Hilfe einer anderen Person benötigt, um sich an- oder auszukleiden und ggf. ein medizinisches Korsett oder eine Prothese anzulegen und zu befestigen.

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - zubereitete und servierte Mahlzeiten nicht ohne Hilfe einer anderen Person zu sich nehmen kann.

Körperpflege

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Hilfe einer anderen Person beim Waschen, bei der Zahnreinigung, beim Kämmen und beim Rasieren benötigt.

Baden und Duschen

Hilfebedarf liegt vor, wenn sich die versicherte Person ohne die Hilfe einer anderen Person weder baden noch duschen kann.

Verrichten der Notdurft

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

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

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

Demenz

(8) Als eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit betrachten wir auch einen Autonomieverlust infolge Demenz. Dieser liegt vor, wenn die versicherte Person infolge einer demenzbedingten Hirnleistungsstörung

- tägliche Beaufsichtigung oder Anleitung bei mindestens vier der in Absatz 7 aufgeführten Verrichtungen des täglichen Lebens benötigt oder
- kontinuierliche Beaufsichtigung benötigt, weil sie sich oder andere sonst in erheblichem Umfang gefährden würde.

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

Hinweis zu den verwendeten Begriffen

(9) Bitte beachten Sie, dass die verwendeten Begriffe der Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit nicht mit den Begriffen der Berufsunfähigkeit, Erwerbsminderung oder Pflegebedürftigkeit im sozialrechtlichen Sinne oder den entsprechenden Begriffen im Sinne der Versicherungsbedingungen der privaten Krankenversicherung übereinstimmen.

§ 3 Welche Leistungen erbringen wir bei einer schweren Krankheit?

(1) Sofern Sie die „Erste-Hilfe-Leistung bei schweren Krankheiten“ vereinbart haben, erbringen wir die im Versicherungsschein genannte Einmalleistung, wenn bei der versicherten Person während der Dauer dieser Versicherung eine schwere Krankheit gemäß § 4 eintritt.

(2) Der Anspruch auf die Einmalleistung entsteht

- nach Ablauf von 30 Tagen nach Diagnosestellung der schweren Krankheit durch einen Facharzt gemäß § 4 Abs. 1 bzw.
- bei chronischem Nierenversagen gemäß § 4 Abs. 2 Buchst. g nach Ablauf von 30 Tagen nach der ersten Dialysebehandlung bzw. der erfolgten Nierentransplantation, sofern die versicherte Person diesen Zeitpunkt erlebt.

(3) Stirbt die versicherte Person oder erlebt sie den Ablauf der Versicherungsdauer, ohne dass eine schwere Krankheit eingetreten ist, wird - ggf. bis auf die Auszahlung der angesammelten Überschüsse gemäß § 5 Abs. 2 Buchst. b, Nr. 2 oder 3 - keine Einmalleistung fällig.

(4) Ihre Versicherung besteht auch nach Anerkennung einer Leistungspflicht wegen einer schweren Krankheit gemäß § 4 fort.

Wenn bei der versicherten Person nacheinander mehrere versicherte schwere Krankheiten gemäß § 4 eintreten, besteht unsere Leistungspflicht also grundsätzlich auch für diese weiteren schweren Krankheiten. Dabei sind folgende Einschränkungen zu beachten:

- Nach Eintritt einer schweren Krankheit gemäß § 4 gilt eine Wartezeit von 3 Monaten, d. h. der Eintritt einer weiteren schweren Krankheit während dieses Zeitraums begründet keinen neuen Anspruch auf Einmalleistung nach Absatz 1.
- Wenn eine schwere Krankheit gemäß § 4, die bereits zur Leistungspflicht geführt hat, ein weiteres Mal eintritt oder zu einer anderen schweren Krankheit gemäß § 4 führt, so entsteht kein neuer Anspruch auf Einmalleistung nach Absatz 1.
- Nach einem Herzinfarkt gemäß § 4 Abs. 2 Buchst. b, einem Schlaganfall gemäß § 4 Abs. 2 Buchst. c oder einem chronischen Nierenversagen gemäß § 4 Abs. 2 Buchst. g entsteht bei späterem Eintritt einer der jeweiligen beiden anderen schweren Krankheiten kein neuer Anspruch auf Einmalleistung nach Absatz 1. Bei Eintritt eines Herzinfarkts, eines Schlaganfalls oder eines chronischen Nierenversagens besteht Ihre Versicherung daher ohne Anspruch auf Einmalleistung für die schweren Krankheiten Schlaganfall, Herzinfarkt und chronisches Nierenversagen fort.

(5) Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen erhalten Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (siehe § 5).

(6) Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

§ 4 Was ist eine schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Die in Absatz 2 genannten Krankheiten gelten als schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen, wenn sie die im Einzelnen genannten Voraussetzungen erfüllen. Der Eintritt einer der versicherten schweren Krankheiten ist durch einen Facharzt der entsprechenden Fachrichtung mit den nach aktuellem medizinischen Wissensstand üblichen Befunderhebungen nachzuweisen.

(2) Die folgenden Krankheiten werden beim Versicherungsschutz berücksichtigt:

- Krebs,
- Herzinfarkt,
- Schlaganfall,
- Multiple Sklerose,
- Koma,
- Querschnittslähmung,
- Chronisches Nierenversagen,
- Fortgeschrittene Lungenerkrankung.

a) Krebs

Krebs im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn

- ein solider Tumor in einer malignen (bösartigen) Form ab Tumorgröße T2 oder
- ein Tumor mit Lymphknoten- oder Fernmetastasen oder
- ein Gehirntumor ab WHO II oder
- Leukämie, Morbus Hodgkin oder maligne (bösartige) Lymphome

nachgewiesen werden.

Nicht bösartige Gehirntumore gelten auch als schwere Krankheiten im Sinne dieser Bedingungen, sofern eindeutig dauerhafte neurologische Ausfallerscheinungen nachgewiesen werden.

Zwischen Versicherungsbeginn und Erstdiagnosestellung muss ein Zeitraum von mindestens 6 Monaten gelegen haben.

b) Herzinfarkt

Ein Herzinfarkt im Sinne dieser Bedingungen ist das Absterben von Herzmuskelgewebe infolge unzureichender Blutzufuhr in die betroffenen Bereiche des Herzmuskels wegen Verengung oder Verschlusses eines oder mehrerer Herzkranzgefäße.

Es muss sich um einen während der Laufzeit des Vertrags akut aufgetretenen Infarkt mit einer voraussichtlich mindestens drei Monate bestehenden behandlungsbedürftigen Funktionsstörung handeln. Der Infarkt muss mit den dann geltenden kardiologischen Nachweisverfahren eindeutig belegt werden.

Ein stummer Herzinfarkt sowie andere akute Koronarsyn-drome (z. B. Angina pectoris) gelten nicht als schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen.

c) Schlaganfall

Ein Schlaganfall im Sinne dieser Bedingungen ist das Absterben von Hirngewebe, verursacht durch eine Durchblutungsstörung des Gehirns, infolge eines Hirninfarkts oder einer intrakranialen oder subarachnoidalen Blutung.

Es muss sich um einen während der Laufzeit des Vertrags akut aufgetretenen Schlaganfall mit einem voraussichtlich mindestens drei Monate bestehenden motorischen und objektivierbaren Funktionsausfall handeln. Der Funktions-

ausfall muss dabei in einem Bereich auftreten, der durch die vom Schlaganfall betroffene Hirnregion gesteuert wird. Der Schlaganfall muss mit entsprechenden bildgebenden Verfahren (Computertomografie, Kernspintomographie) eindeutig belegt werden.

Vorübergehende Hirndurchblutungsstörungen (TIA, PRIND), die sich ohne Folgen zurückbilden, sowie migränebedingte neurologische Ausfallerscheinungen gelten nicht als schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen.

d) Multiple Sklerose

Multiple Sklerose im Sinne dieser Bedingungen liegt vor bei einer entzündlichen Erkrankung des zentralen Nervensystems mit Entmarkungsherden in der weißen Substanz des Gehirns oder Rückenmarks. Dafür müssen die folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

- es wird mit einer zum Zeitpunkt des Leistungsantrags geltenden Diagnosetechnik (z. B. mittels Computertomographie oder Magnetresonanztomographie) mindestens ein typischer Entmarkungsherd im Gehirn oder Rückenmark (Zerstörung des Nervengewebes) nachgewiesen und
- es besteht weiterhin eine dadurch erklärbare neurologische Einschränkung, die einem Wert von 4,5 in der Expanded Disability Status Scale oder einer vergleichbaren Skala entspricht.

e) Koma

Koma im Sinne dieser Bedingungen liegt vor bei einem Versagen der Hirnfunktion, das zu einem Zustand tiefer Bewusstlosigkeit ohne Reaktion auf externe Reize führt. Der Zustand muss mindestens 4 Tage unter dauerndem Einsatz von lebenserhaltenden Systemen bestehen. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Neurologie/Psychiatrie nachgewiesen werden.

Ein künstlich hervorgerufenen Koma sowie ein Koma infolge von Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch oder Drogenkonsum gelten nicht als schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen.

f) Querschnittslähmung

Querschnittslähmung im Sinne dieser Bedingungen liegt vor bei vollständiger und dauerhafter Lähmung beider Beine verursacht durch eine Schädigung der Nervenleitungen im Rückenmark.

g) Chronisches Nierenversagen

Chronisches Nierenversagen im Sinne dieser Bedingungen liegt vor bei einem dauerhaften Verlust der selbstständigen Funktionsfähigkeit der Nieren, wenn zusätzlich eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist:

- die Notwendigkeit einer dauerhaften und regelmäßigen Dialyse wird durch einen nephrologischen Bericht belegt oder
- eine Nierentransplantation ist erfolgt.

h) Fortgeschrittene Lungenerkrankung

Eine fortgeschrittene Lungenerkrankung im Sinne dieser Bedingungen liegt vor bei einer unabänderlichen, chronischen, hochgradigen Atemfunktionsstörung, bei der auch unter optimaler Therapie die Erforderlichkeit einer dauerhaften Sauerstofftherapie von mindestens acht Std./Tag nachgewiesen wird.

Das Schlafapnoe-Syndrom (SAS) gilt nicht als schwere Krankheit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen.

§ 5 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG)

an den Überschüssen und ggf. an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Die Bewertungsreserven werden dabei im Anhang des Geschäftsberichtes ausgewiesen. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

(1) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

(a) Überschüsse entstehen dann, wenn die Aufwendungen für das Risiko des Eintritts einer Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit oder einer schweren Krankheit und die Kosten niedriger sind, als bei der Tarifikalkulation angenommen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer nach der Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) angemessen beteiligt und zwar nach derzeitiger Rechtslage am Risikoergebnis (Risiko des Eintritts einer Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit oder einer schweren Krankheit) grundsätzlich zu mindestens 90 % und am übrigen Ergebnis (einschließlich Kosten) grundsätzlich zu mindestens 50 % (§ 4 Abs. 4 und 5, § 5 Mindestzuführungsverordnung).

Weitere Überschüsse stammen aus den Erträgen der Kapitalanlagen. Von den Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind (§ 3 Mindestzuführungsverordnung), erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in dieser Verordnung genannten Prozentsatz. In der derzeitigen Fassung der Verordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben (§ 4 Abs. 3, § 5 Mindestzuführungsverordnung); aus diesem Betrag werden zunächst die Beträge finanziert, die für die garantierten Versicherungsleistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer.

(b) Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Bestandsgruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben.

Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der so genannten Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 56b des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 56b VAG können wir die Rückstellung im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder - sofern die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen - zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen.

(c) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Beiträge sind so kalkuliert, dass sie für die Deckung des versicherten Risikos benötigt werden (vgl. § 21 Abs. 6). Für die Bildung von Kapitalerträgen stehen deshalb keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung. Daher entstehen keine oder nur geringe Bewertungsreserven. Soweit Bewertungsreserven überhaupt entstehen, fließt ein Teil davon den Versicherungsnehmern gemäß § 153 Abs. 3 VVG nach dem in Abs. 2 Buchst. c beschriebenen Verfahren zu. Die Bewertungsreserven werden jährlich im Geschäftsbericht ausgewiesen, unterjährig aktualisiert und am Monatsanfang zur Verteilung festgelegt. Aufsichtsrechtliche Regelungen zur Kapitalausstattung bleiben unberührt.

(2) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags

(a) Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen derjenigen Bestandsgruppe, die in Ihrem Versicherungsschein genannt ist. Die Überschussanteilsätze werden jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen sie in unserem Geschäftsbericht, den Sie auf unserer Internetseite finden können.

Die Bemessungsgrößen für die Überschussanteilsätze und für die Beteiligung an den Bewertungsreserven werden nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik ermittelt. Die dafür geltenden Rechnungsgrundlagen liegen der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (Bereich Versicherungen) vor.

(b) Überschusszuteilung und Überschussverwendung vor Eintritt des Versicherungsfalles

Die Überschussanteile können je nach Vereinbarung insbesondere wie folgt alternativ verwendet werden:

1. Als Rabatt auf den fälligen Beitrag. Falls die Versicherung beitragsfreigestellt wird, werden die Überschussanteile danach für beitragsfreie Zusatzrenten verwendet.
2. Sie können verzinslich angesammelt werden.
3. Sie können zum Kauf von Fondsanteilen verwendet und als Fondsvermögen geführt werden (Fondsansammlung).

Bei der verzinslichen Ansammlung bzw. der Fondsansammlung erfolgt die Überschusszuteilung zum Ende eines jeden Versicherungsjahres. Das angesammelte Guthaben bzw. der Geldwert des Fondsvermögens wird mit der ersten Rentenzahlung, spätestens bei Beendigung der Versicherung (Ablauf, Kündigung, Tod der versicherten Person) ausgezahlt.

Wir werden Sie jährlich über den Stand der Überschussbeteiligung informieren, sobald sich der Wert der bereits zugewiesenen Überschussanteile geändert hat.

(c) Beteiligung an den Bewertungsreserven

Für Ihren Vertrag wird eine Bemessungsgröße berechnet, die widerspiegelt in welchem Umfang Ihr Vertrag zur Bildung der Bewertungsreserven beigetragen hat. Ihrem Vertrag wird rechnerisch der Anteil der Bewertungsreserven zugeordnet, der dem Anteil seiner Bemessungsgröße an der Summe der Bemessungsgrößen aller anspruchsberechtigten Verträge entspricht. Bei Beendigung der Versicherung, spätestens zum Rentenbeginn, wird Ihrem Vertrag die Hälfte dieses Betrags zugewiesen; auf die andere Hälfte haben Sie keinen Anspruch. Der Zuteilungsbetrag

wird bei Beendigung der Versicherung ausgezahlt bzw. bei Rentenbeginn wie laufende Überschüsse verwendet. Auch während des Rentenbezugs werden wir Sie an den Bewertungsreserven beteiligen.

Da die Bewertungsreserven auch kurzfristig starken Schwankungen bis hin zur vollständigen Auflösung unterliegen können, ist eine Prognose der Höhe der Zuteilung aus den Bewertungsreserven nicht möglich.

(d) Form und Verwendung der Überschussanteile während des Rentenbezugs

Im Rentenbezug erhält Ihre Versicherung nach mindestens einjähriger Zahlungsdauer zum Ende eines jeden Versicherungsjahres laufende Überschussanteile. Diese werden für beitragsfreie Zusatzrenten verwendet und erhöhen so die vereinbarte Rente.

(3) Information über die Höhe der Überschussbeteiligung

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Einflussfaktoren sind die Zinsentwicklung des Kapitalmarkts sowie die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch Null Euro betragen.

§ 6 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag abgeschlossen worden ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Einlösungsbeitrags (siehe § 19 Abs. 2 und § 20 Abs. 2).

§ 7 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Soweit nichts anderes vereinbart ist, leisten wir nicht, wenn die Ansprüche unmittelbar oder mittelbar verursacht sind:

- durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person (Vergehen im Straßenverkehr sind von diesem Ausschluss nicht betroffen, soweit die versicherte Person nicht aufgrund einer Blutalkoholkonzentration von mehr als 1,1 Promille oder infolge des Genusses von Rauschmitteln fahruntüchtig war);
- durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- durch Kriegereignisse (diese Einschränkung unserer Leistungspflicht gilt nicht, wenn der Versicherungsfall in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen eintritt, denen die versicherte Person während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war);
- durch 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;
- durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich den Versicherungsfall herbeigeführt haben;

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

§ 8 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

(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.

(2) Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese - neben Ihnen - für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

Rücktritt

(3) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person (vgl. Absatz 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.

(4) Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass die nicht oder nicht richtig angegebenen Umstände weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich waren. Wurde die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

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

Kündigung

(6) 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.

(7) 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. Darüber hinaus verzichten wir auf unser Kündigungsrecht, wenn Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten

haben.

(8) Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um (§ 21 Abs. 3 bis 5).

Rückwirkende Vertragsanpassung

(9) 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.

Wir verzichten auf das Recht den Vertrag anzupassen, wenn Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten haben.

(10) Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag 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.

Ausübung unserer Rechte

(11) 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.

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

(13) 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. Wurde die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

(14) Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmehentscheidung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Absatz 5 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung und Wiederherstellung der Versicherung

(15) Die Absätze 1 bis 14 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen nach Absatz 13 beginnen mit der Änderung oder Wieder-

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

Erklärungsempfänger

(16) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsänderung sowie zur Anfechtung üben wir durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber geben.

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

§ 9 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen aus dieser Versicherung verlangt werden?

(1) Werden Leistungen aus dieser Versicherung verlangt, sind uns unverzüglich auf Kosten des Ansprucherhebenden folgende Unterlagen einzureichen:

- a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt des Versicherungsfalles;
- b) ausführliche Berichte der Ärzte und anderer Heilbehandler, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über die Auswirkungen auf die in § 2 Abs. 6 beschriebenen Fähigkeiten oder die Art und den Umfang einer Pflegebedürftigkeit oder einer schweren Krankheit;
- c) bei Anordnung gesetzlicher Betreuung der gerichtliche Bestellungsbeschluss oder der Betreuerausweis;
- d) Unterlagen über den Beruf der versicherten Person zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles sowie über die eingetretenen Veränderungen;
- e) bei Pflegebedürftigkeit oder Autonomieverlust infolge Demenz zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege bzw. die Notwendigkeit der Aufsichtigung.

(2) Wir können außerdem weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte unabhängige Ärzte sowie notwendige Nachweise verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen auch über den Gesundheitszustand der versicherten Person vor oder nach Ihrer Vertragserklärung.

In diesem Fall übernehmen wir alle Kosten, die im Zusammenhang mit diesen Untersuchungen entstehen (z. B. Untersuchungs-, Reise- und Unterbringungskosten).

Die versicherte Person hat

- Ärzte, Krankenhäuser, sonstige Krankenanstalten, Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder Pflege - auch vor Ihrer Vertragserklärung - war oder sein wird, sowie
 - Pflegepersonen,
 - andere Personenversicherer,
 - gesetzliche Krankenkassen,
 - Berufsgenossenschaften und
 - Behörden
- zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen.

(3) Die in Absatz 2 genannten Untersuchungen und Nachweise können zur Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten führen. Wir werden die versicherte Person vor einer solchen Erhebung unterrichten. Sie hat das Recht, dieser Erhebung zu widersprechen. Ihr Widerspruch kann dazu führen, dass Sie Ihre Mitwirkungspflicht verletzen

(§ 13) oder uns nicht alle für unsere Leistungsentscheidung erforderlichen Unterlagen vorliegen (§ 11 Abs. 1).

(4) Lässt die versicherte Person operative Behandlungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt anordnet, um die Heilung zu fördern oder die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit zu mindern, nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Leistungen dieser Versicherung nicht entgegen. Sie ist allerdings aufgrund der allgemeinen gesetzlichen Schadenminderungspflicht verpflichtet, zumutbaren ärztlichen Anweisungen zur Besserung ihrer gesundheitlichen Verhältnisse Folge zu leisten. Zumutbar sind dabei Maßnahmen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und die außerdem Aussicht auf zumindest Besserung (bis zur Leistungsgrenze) bieten. Hierbei handelt es sich um Maßnahmen wie z. B. Suchtentzug, die Verwendung von orthopädischen oder anderen Heil- und Hilfsmitteln (z. B. Tragen von Prothesen, Verwendung von Seh- und Hörhilfen), die Durchführung von logopädischen Maßnahmen oder das Tragen von Stützstrümpfen.

(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten sinngemäß, wenn beim Tarif SKV+ die zusätzliche Pflegerente gemäß § 1 Abs. 2 verlangt wird.

§ 10 Welche Unterstützung erhalten Sie von uns im Leistungsfall?

Wir unterstützen und beraten Sie im Leistungsfall. Insbesondere bei Fragen

- zur Beantragung von Versicherungsleistungen,
- zum Verfahren der Leistungsprüfung,
- zum Umfang der Versicherungsleistung,
- zum Nachweis des Versicherungsfalles sowie
- zu den beizubringenden Unterlagen

stehen wir Ihnen auch telefonisch zur Verfügung. Darüber hinaus erhalten Sie die nötigen Formulare zur Beantragung von Versicherungsleistungen.

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

(1) Nach Vorliegen aller für unsere Leistungsentscheidung erforderlichen Unterlagen erklären wir innerhalb von 3 Wochen in Textform, ob, in welchem Umfang und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen. Während der Prüfung werden wir Sie regelmäßig, mindestens monatlich, über den Sachstand informieren und fehlende Unterlagen unverzüglich anfordern.

(2) Grundsätzlich sprechen wir keine zeitlich befristeten Anerkenntnisse aus. Nur in begründeten Einzelfällen können wir jedoch einmalig und maximal für die Dauer von 12 Monaten ein zeitlich befristetes Anerkenntnis aussprechen. Ein solcher Fall kann insbesondere vorliegen, wenn aus medizinischen Gründen ein Ende der Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit abzusehen ist oder die vorliegenden Befunde noch nicht ausreichen, um ein unbefristetes Anerkenntnis auszusprechen. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich befristete Anerkenntnis für uns bindend.

(3) Wenn derjenige, der den Anspruch auf die Versicherungsleistung geltend macht, mit unserer Leistungsentscheidung nicht einverstanden ist, hat er die Möglichkeit, dagegen rechtlich vorzugehen. Beachten Sie bitte hierbei wie bei allen Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag, dass diese in drei Jahren verjähren. Es gelten die zivilrecht-

lichen Verjährungsregeln der §§ 194ff des Bürgerlichen Gesetzbuches.

§ 12 Was gilt für die Nachprüfung unserer Leistungspflicht?

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Leistungsvoraussetzungen nachzuprüfen; dies gilt nicht für zeitlich befristete Anerkenntnisse und Einmalleistungen.

(2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende unabhängige Ärzte verlangen. § 9 Abs. 3 gilt entsprechend.

(3) Die Wiedererteilung der Fahrerlaubnis (siehe § 2 Abs. 6 Buchst. l) und der Wegfall der Betreuung (siehe § 2 Abs. 6 Buchst. m) sind uns unverzüglich anzuzeigen.

(4) Ist die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit weggefallen, endet unsere Leistungsverpflichtung; entsprechend beginnt Ihre Beitragszahlungspflicht wieder, sofern die vereinbarte Beitragszahlungsdauer noch nicht abgelaufen ist.

Beim Tarif SKV+ endet unsere Leistungsverpflichtung für die zusätzliche Pflegerente, wenn die Leistungsvoraussetzungen gemäß § 1 Abs. 2 weggefallen sind.

Die Einstellung unserer Leistungen und den Wiederbeginn der Beitragszahlungspflicht legen wir Ihnen in Textform dar und teilen sie dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss ggf. auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.

§ 13 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten im Anspruchsfall oder bei Nachprüfung unserer Leistungspflicht?

Solange eine Mitwirkungspflicht im Anspruchsfall (§ 9) oder bei Nachprüfung unserer Leistungspflicht (§ 12) von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchshebenden 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.

Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 14 Welche Bedeutung hat die Nachversicherungsgarantie?

(1) Sie haben das Recht, die vereinbarte Leistung während der Beitragszahlungsdauer zu bestimmten Zeitpunkten unter den nachfolgend genannten Bedingungen ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen.

Diese Erhöhung kann vorgenommen werden bei

- Heirat der versicherten Person,
- Geburt eines Kindes der versicherten Person,
- Adoption eines Kindes durch die versicherte Person,
- Scheidung der versicherten Person,
- Tod des Ehegatten der versicherten Person,
- Wechsel der versicherten Person in die volle berufliche Selbstständigkeit,
- Ausscheiden aus der gesetzlichen Rentenversicherung (z. B. Handwerker bei Erfüllung der Mindestpflichtversicherungszeit),
- erstmaliger Überschreitung der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung, sofern die versicherte Person in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert ist,
- Reduzierung oder Wegfall der Absicherung gegen Berufsunfähigkeit der versicherten Person aus einer arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Altersversorgung oder einem berufsständischen Versorgungswerk, in dem die versicherte Person aufgrund einer Kammerzugehörigkeit pflichtversichert ist,
- Erwerb und Finanzierung einer selbstbewohnten Immobilie mit einem Finanzierungsbetrag von mindestens 100.000 Euro,
- Erhöhung des regelmäßigen jährlichen Bruttoeinkommens der versicherten Person von mindestens 10 % aufgrund eines Karrieresprungs (z. B. Beförderung, Gehaltserhöhung durch Wechsel des Arbeitgebers),
- Abschluss einer Berufsausbildung (einschließlich Studium) oder
- Abschluss einer beruflichen Qualifikation (z. B. Meisterbrief, Promotion).

(2) Sie müssen dieses Recht innerhalb von sechs Monaten seit Eintritt des Ereignisses ausüben.

(3) Die Nachversicherungsgarantie besteht nur, wenn

- noch keine Leistungen aus Berufsunfähigkeits- oder sonstigen Invaliditätsversicherungen (wie Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsversicherungen) beantragt wurden,
- noch kein Versicherungsfall eingetreten ist und
- die versicherte Person das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

(4) Für die Erhöhung gemäß Absatz 1 gelten folgende Obergrenzen:

- Durch die Erhöhung darf die insgesamt bei uns versicherte Rente aus Berufsunfähigkeits- oder sonstigen Invaliditätsversicherungen 2.500 Euro monatlich nicht übersteigen,
- die gesamte Anwartschaft auf Rente aus Berufsunfähigkeits- oder sonstigen Invaliditätsversicherungen einschließlich anderweitig bestehender privater und betrieblicher Anwartschaften darf nach der Erhöhung nicht mehr als 85 % des Nettoeinkommens betragen,
- für jedes Ereignis gemäß Absatz 1 darf die Erhöhung für alle bei uns bestehenden Renten aus Berufsunfähigkeits- oder sonstigen Invaliditätsversicherungen in der Summe 500 Euro Monatsrente nicht überschreiten.

(5) Bei Vereinbarung der Individuellen Nachversicherungsgarantie haben Sie innerhalb der ersten fünf Versicherungsjahre die Möglichkeit, die vereinbarte Rente entsprechend der Einkommensentwicklung der versicherten Person ohne erneute Gesundheitsprüfung bis auf den vereinbarten Betrag anzuheben. Die neue Rente muss dabei mindestens um 50 Euro höher als die vor der Erhöhung vereinbarte Rente sein. Die gesamte Anwartschaft auf Rente aus Berufsunfähigkeits- oder sonstigen Invaliditäts-

versicherungen einschließlich anderweitig bestehender privater und betrieblicher Anwartschaften darf nach der Erhöhung nicht mehr als 85 % des Nettoeinkommens betragen. Weitere Voraussetzung ist, dass zu diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen aus Berufsunfähigkeits- oder sonstigen Invaliditätsversicherungen der versicherten Person beantragt worden sind und noch kein Versicherungsfall eingetreten ist. Zur Ausübung der Individuellen Nachversicherungsgarantie sind uns aktuelle Einkommensbestätigungen einzureichen.

(6) Für die Erhöhungen im Rahmen der Nachversicherungsgarantien gemäß den Absätzen 1 und 5 gelten die zum Nachversicherungszeitpunkt gültigen Tarife und Versicherungsbedingungen. Der Beitrag richtet sich nach dem von Ihnen gewählten Tarif und der Risikoeinstufung (insbesondere Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse) des zuletzt abgeschlossenen Vertrags.

(7) Wir können für das Vorliegen der jeweiligen Voraussetzungen aus Absatz 1 und für die Einhaltung der Obergrenzen aus Absatz 4 geeignete Nachweise verlangen.

(8) Die Einmalleistung gemäß § 3 Abs. 1 erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Rente gemäß § 1 Abs. 1. Beim Tarif SKV+ erhöht sich die zusätzliche Pflegerente (§ 1 Abs. 2) um den gleichen Betrag wie die Rente wegen einer Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit (§ 1 Abs. 1).

§ 15 Was gilt für die Anschluss-Pflegeversicherung beim Tarif SKV+?

(1) Sofern zum Ablauf der Versicherungsdauer keine zusätzliche Pflegerente gemäß § 1 Abs. 2 erbracht wird und diese Versicherung weder gekündigt noch beitragsfrei gestellt wurde, haben Sie das Recht, für die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt eine Anschluss-Pflegeversicherung abzuschließen. Dieses Recht haben Sie auch, sofern Sie gem. § 1 Abs. 1 Buchst. b von der Beitragszahlungspflicht befreit sind.

(2) Sie können dieses Recht nur innerhalb von drei Monaten vor Ablauf der Versicherungsdauer ausüben.

(3) Die Höhe der Pflegerente für die Anschlussversicherung können Sie bestimmen. Der dafür zu zahlende Beitrag wird entsprechend dem dann gültigen Tarif für Anschluss-Pflegeversicherungen der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a.G. und der Risikoeinstufung der versicherten Person bei dieser Existenz-Versicherung (insbesondere Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse) berechnet. Obergrenze ist die zuletzt vereinbarte Höhe der zusätzlichen Pflegerente gemäß § 1 Abs. 2, maximal aber 2.000 Euro. Versicherungsbeginn ist der Ablauf dieser Existenz-Versicherung. Es erfolgt keine erneute Gesundheitsprüfung.

(4) Wird die versicherte Person während der Dauer der Anschluss-Pflegeversicherung pflegebedürftig gemäß § 2 Abs. 7, werden aus der Anschluss-Pflegeversicherung folgende Leistungen erbracht:

- a) Volle oder teilweise Zahlung der vereinbarten Pflegerente abhängig von der Anzahl der in § 2 Abs. 7 genannten Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens, bei denen die versicherte Person täglich Hilfe durch eine andere Person benötigt:
- Hilfebedarf bei allen 6 Verrichtungen oder bei Autonomieverlust infolge Demenz gemäß § 2 Abs. 8: volle Rentenhöhe,

- Hilfebedarf bei 4 oder 5 Verrichtungen: 75 % der vollen Rentenhöhe,
- Hilfebedarf bei 3 Verrichtungen: 50 % der vollen Rentenhöhe.

b) Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht bei Hilfebedarf bei drei oder mehr Verrichtungen oder Autonomieverlust infolge Demenz.

Sie können alternativ eine Anschluss-Pflegeversicherung mit geringeren Versicherungsleistungen vereinbaren, sofern wir einen entsprechenden Anschluss-Tarif anbieten.

(5) Diese Existenz-Versicherung setzt sich automatisch als Anschluss-Pflegeversicherung mit den in Absatz 4 genannten Leistungen fort, sofern sie zum Ende der Versicherungsdauer beitragspflichtig ist. Sie erhalten drei Monate vor Ablauf der Versicherungsdauer einen Versicherungsschein, in dem wir Sie über den genauen Inhalt der Anschluss-Pflegeversicherung informieren. Ferner werden wir Ihnen die für die Anschluss-Pflegeversicherung geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die gesetzlich vorgeschriebenen Produktinformationen zusenden.

Im Rahmen der automatischen Fortsetzung wird die Höhe der Pflegerente so berechnet, dass der Beitrag dem zuletzt für diese Existenz-Versicherung vereinbarten Beitrag entspricht, sofern dies im Rahmen der versicherbaren Höchstrente (vgl. Absatz 3) möglich ist. Die Pflegerente wird in der Regel niedriger sein, als die zuvor vereinbarte Pflegerente. Bis zum Ende des dritten Monats nach Beginn der Anschluss-Pflegeversicherung können Sie den Versicherungsschutz bis zu der in Absatz 3 genannten Rente - ebenfalls ohne erneute Gesundheitsprüfung - erhöhen.

Sie haben die Möglichkeit, einer Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses als Anschluss-Pflegeversicherung innerhalb von vier Wochen nach Beginn der Anschluss-Pflegeversicherung zu widersprechen.

§ 16 Was gilt bei erhöhtem Leistungsbedarf?

(1) Wir sind nach § 163 VVG zu einer Neufestsetzung der vereinbarten Prämie berechtigt, wenn

1. sich der Leistungsbedarf nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den Rechnungsgrundlagen der vereinbarten Prämie geändert hat,
2. die nach den berichtigten Rechnungsgrundlagen neu festgesetzte Prämie angemessen und erforderlich ist, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistung zu gewährleisten und
3. ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die Voraussetzungen der Ziffern 1 und 2 überprüft und bestätigt hat.

Eine Neufestsetzung der Prämie 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.

(2) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass anstelle einer Erhöhung der Prämie nach Absatz 1 die Versicherungsleistung entsprechend herabgesetzt wird.

(3) Bei beitragsfreien Versicherungen - allerdings nicht während einer Rentenzahlung - sind wir entsprechend den Voraussetzungen des Absatzes 1 dazu berechtigt, die

Versicherungsleistung zu senken. Der Versicherungsnehmer hat in diesem Fall das Recht, die Versicherungsleistung ohne erneute Gesundheitsprüfung durch eine Zuzahlung auf den Wert vor der Anpassung anzuheben.

(4) Wir werden Ihnen die Neufestsetzung der Prämie und die Herabsetzung der Versicherungsleistung mitteilen und dabei die maßgeblichen Gründe für die Änderung darstellen. Zu Beginn des zweiten, auf die Mitteilung folgenden Monats werden die Änderungen wirksam.

(5) Ist eine Bestimmung in diesen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.

(6) Die neue Regelung nach Absatz 5 wird zwei Wochen, nachdem wir Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt haben, Vertragsbestandteil.

§ 17 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

(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.

(2) In den Fällen des § 18 Abs. 3 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die schriftliche Anzeige des bisherigen Berechtigten vorliegt.

§ 18 Wer erhält die Versicherungsleistung?

(1) Die Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer oder an Ihre Erben, falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die bei Eintritt des Versicherungsfalles die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll (Bezugsberechtigter). Bis zum Eintritt des Versicherungsfalles können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen.

(2) Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll. Wir werden Ihnen schriftlich bestätigen, dass der Widerruf des Bezugsrechts ausgeschlossen ist. Sobald Ihnen unsere Bestätigung zugegangen ist, kann das bis zu diesem Zeitpunkt noch widerrufliche Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.

(3) Die Einräumung und der Widerruf eines widerruflichen Bezugsrechts (vgl. Absatz 1) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten schriftlich angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie; es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits vorher Verfügungen vorgenommen haben.

Das Gleiche gilt für die Abtretung und Verpfändung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag, soweit derartige Verfügungen überhaupt rechtlich möglich sind.

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

§ 19 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

(1) Die Beiträge zu Ihrer Versicherung können Sie je nach Vereinbarung durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge (laufende Beiträge) entrichten. Die Versicherungsperiode umfasst ein Jahr, bei unterjähriger Beitragszahlung entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.

(2) Der erste Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.

(3) 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 Absatz 2 genannten Termin eingezogen werden kann 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.

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

(5) Sofern Sie aufgrund länger anhaltender Zahlungsschwierigkeiten Beiträge zu Ihrer Versicherung nicht mehr zahlen können und der Versicherungsschutz aus dem Vertrag noch unverändert besteht, haben Sie neben der Kündigung oder Beitragsfreistellung folgende Möglichkeiten:

- Sie können für maximal ein Jahr die Aussetzung der Beitragszahlung unter Wegfall des Versicherungsschutzes vereinbaren. Nach Ablauf der Aussetzungsfrist leben die Beitragszahlungspflicht und der Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder auf. Aufgrund des dann höheren Alters ist nach der Aussetzungsfrist in der Regel ein höherer Beitrag zu zahlen.

- Bei Vereinbarung des Überschusssystemes verzinsliche Ansammlung oder Fondsansammlung (siehe § 5 Abs. 2 Buchst. b, Nr. 2 und 3) können Sie einen Antrag auf Verrechnung der fälligen Beiträge mit dem vorhandenen Überschussguthaben bzw. Fondsguthaben stellen. Der Antrag kann frühestens drei Jahre nach Vertragsbeginn gestellt werden und zu diesem Zeitpunkt muss das vorhandene Überschussguthaben mindestens das 1,5fache eines Jahresbeitrags betragen. Nach Prüfung Ihres Antrags erhalten Sie von uns eine Mitteilung, ob und in welcher Form wir Ihrem Antrag entsprechen können.

Während der Beitragsaussetzung bleibt der Versicherungsschutz in vollem Umfang bestehen; evtl. vereinbar-

te planmäßige Erhöhungen von Beitrag und Leistung finden nicht statt.

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

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

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

(2) Ist der 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 Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

(3) Wenn ein Folgebeitrag oder ein sonstiger Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig gezahlt worden ist oder nicht eingezogen werden konnte, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist, entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

§ 21 Wann können Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen oder kündigen?

Kündigung

(1) Sie können Ihren Vertrag

- bei beitragspflichtigen Versicherungen jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (siehe § 19 Abs. 1 Satz 2),
- bei beitragsfreien Versicherungen zu jedem Monatsende in Schriftform (d. h. durch ein eigenhändig unterschriebenes Schriftstück) kündigen.

(2) Mit Kündigung erlischt die Versicherung, ohne dass ein Rückkaufswert fällig wird. Ansprüche aus der Versicherung auf Grund bereits vor Kündigung eingetretener Versicherungsfälle bleiben unberührt.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

(3) Anstelle einer Kündigung nach Absatz 1 können Sie unter Beachtung der dort genannten Termine und Fristen verlangen, von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden.

Sofern aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Leistung Kapital zur Verfügung steht, ziehen wir davon evtl. rückständige Beiträge ab und vermindern es um einen Abzug in Höhe von 8 % der vereinbarten, jährlichen Rente.

Verbleibt ein Restbetrag, bilden wir daraus nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik eine beitragsfreie Rente, sofern der Mindestbetrag gemäß Absatz 5 erreicht wird.

Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm u. a. die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

(4) Beim Tarif SKV+ vermindert sich bei Beitragsfreistellung die zusätzliche Pflegerente (§ 1 Abs. 2) im gleichen Verhältnis wie die Rente wegen einer Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit (§ 1 Abs. 1). Außerdem erlischt mit der Beitragsfreistellung das Recht, eine Anschluss-Pflegeversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung (§ 15 Abs. 1) abzuschließen.

(5) Haben Sie die Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt und erreicht die nach Absatz 3 zu berechnende beitragsfreie Rente den Mindestbetrag von 25 Euro monatlich nicht, wird der gemäß Absatz 3 Satz 3 verbleibende Restbetrag ausgezahlt und die Versicherung erlischt.

Wichtiger Hinweis zur Höhe der beitragsfreien Rente

(6) Bei der Existenz-Versicherung ist keine oder eine - gemessen an der vereinbarten Versicherungsleistung - geringe beitragsfreie Versicherungsleistung vorhanden. Dies hat drei Gründe:

1. Eine Existenz-Versicherung bezweckt nicht die Bildung eines bestimmten Kapitals, das bei Ablauf der Versicherungsdauer ausgezahlt wird. Wir verwenden Ihre Beiträge nur zur Deckung der Leistungen im Versicherungsfall (Risikobeitrag) und der Abschluss- und Verwaltungskosten. Beim Tarif SKV+ benötigen wir außerdem einen Teil Ihrer Beiträge als Optionsbeitrag für Ihr Recht auf eine Anschluss-Pflegeversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung gemäß § 15.

Der Risikobeitrag ist aufgrund des steigenden Alters der versicherten Person zu Vertragsbeginn geringer als in den letzten Vertragsjahren. Wir haben die Beiträge so kalkuliert, dass sie während der gesamten Beitragszahlungsdauer konstant bleiben. Daher werden sie zu Beginn nicht vollständig durch den Risiko- und Verwaltungskostenanteil sowie den Optionsanteil beim Tarif SKV+ aufgebraucht. Der verbleibende Beitragsteil wird zunächst für die Tilgung der Abschlusskosten verwendet und danach angespart.

Dieses angesparte Kapital wird zur Deckung der höheren Risikobeiträge am Ende der Vertragslaufzeit verwendet. Ihr Beitrag ist so bemessen, dass bei Vertragsablauf die angesparten Beitragsteile vollständig aufgebraucht sind.

Zur Bildung von beitragsfreien Leistungen steht nur dieses zwischenzeitlich angesparte Kapital zur Verfügung.

2. Die mit dem Abschluss Ihrer Versicherung entstehenden Kosten werden pauschal bei der Tarifkalkulation berücksichtigt. Ein Teil dieser Kosten wird gemäß § 22 Abs. 4 zunächst getilgt, bevor Beitragsteile angespart werden, die gemäß Ziffer 1 für die Bildung einer beitragsfreien Leistung zur Verfügung stehen. Diese Kosten werden Ihnen bei Beitragsfreistellung auch nicht anteilig erstattet.

Da zur Tilgung der Abschlusskosten nur ein kleiner Teil Ihrer Beiträge zur Verfügung steht, streckt sich die Tilgung je nach Vertragskonstellation über mehrere Jahre

und in Extremfällen über die gesamte Beitragszahlungsdauer.

3. Sofern während der Vertragslaufzeit Kapital gemäß Ziffer 1 und 2 angespart wurde und zur Bildung einer beitragsfreien Leistung zur Verfügung steht, kann dieses durch den in Absatz 3 beschriebenen Abzug vollständig oder zum größten Teil aufgebraucht werden.

Eine Beitragsfreistellung ist daher in der Regel mit dem Verlust oder einer erheblichen Verminderung Ihres Versicherungsschutzes verbunden. Eine spätere Wiederherstellung des Versicherungsschutzes erfordert den Abschluss eines neuen Vertrags. Aufgrund des dann höheren Alters und evtl. schlechteren Gesundheitszustandes der versicherten Person ist dies evtl. nur zu deutlich höheren Beiträgen oder gar nicht mehr möglich.

Ob und in welcher Höhe beitragsfreie Versicherungsleistungen vorhanden sind, können Sie für jedes Jahr der Versicherungsdauer Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

(7) Ansprüche aus der Versicherung auf Grund bereits vor Beitragsfreistellung eingetretener Versicherungsfälle bleiben unberührt.

Herabsetzung des Beitrags

(8) Anstelle der Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung können Sie die Höhe der Beiträge reduzieren. Dabei gelten die in Absatz 1 genannten Termine.

(9) Im Falle einer Reduzierung der Beiträge wird die Versicherungsleistung herabgesetzt. Ihre Höhe wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik errechnet. Die Herabsetzung des Beitrags ist nur möglich, wenn

- die verbleibende Rente 50 Euro monatlich nicht unterschreitet und
- der verbleibende Jahresbeitrag 150 Euro nicht unterschreitet.

Beitragsrückzahlung

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

§ 22 Welche Kosten sind in Ihrem Vertrag vereinbart?

(1) Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten (Absätze 2 bis 6), Verwaltungskosten (Absätze 7 und 8) und anlassbezogene Kosten (Absätze 10 und 11). Die Abschluss- und Vertriebskosten sowie die Verwaltungskosten haben wir in den Beitrag einkalkuliert. Sie müssen von Ihnen daher nicht gesondert gezahlt werden. Die anlassbezogenen Kosten sind von Ihnen zusätzlich zum Beitrag zu entrichten.

Abschluss- und Vertriebskosten

(2) Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören insbesondere Abschlussprovisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschluss- und Vertriebskosten z. B. die Kosten für Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen.

(3) Die Abschluss- und Vertriebskosten haben wir in die Beiträge der ersten maximal acht Jahre der Beitragszahlungsdauer einkalkuliert.

(4) Auf einen Teil dieser Abschluss- und Vertriebskosten - maximal 2,5 % der Beitragssumme (das ist die Summe der während der Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Beiträge) - wenden wir das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung an. Das heißt, dass wir die ersten Beiträge zur Tilgung dieses Teils der Abschluss- und Vertriebskosten heranziehen. Dies gilt jedoch nicht für die Teile der ersten Beiträge, die für Leistungen im Versicherungsfall, für Verwaltungskosten gemäß den Absätzen 7 und 8 und - aufgrund von gesetzlichen Regelungen - für die Bildung einer Deckungsrückstellung bestimmt sind.

(5) Ist die Beitragszahlungsdauer länger als 5 Jahre, sind - soweit vorhanden - in die Beiträge der Jahre sechs bis acht in der Regel weitere Abschlusskosten einkalkuliert. Für jedes dieser Jahre sind die einkalkulierten Abschlusskosten auf 0,5 % der Beitragssumme begrenzt.

(6) Das beschriebene Verrechnungsverfahren trägt mit dazu bei, dass in der Regel keine beitragsfreie Versicherungsleistung vorhanden ist. Ob und in welcher Höhe beitragsfreie Versicherungsleistungen vorhanden sind, können Sie für jedes Jahr der Versicherungsdauer Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Weitere Informationen zu den beitragsfreien Versicherungsleistungen finden Sie in § 21 Abs. 6.

Verwaltungskosten

(7) Die Verwaltungskosten sind die Kosten für die laufende Verwaltung Ihres Vertrags. Sie umfassen den auf Ihren Vertrag entfallenden Anteil an allen Sach- und Personalaufwendungen, die für den laufenden Versicherungsbetrieb erforderlich sind.

(8) Die Verwaltungskosten werden über die gesamte Vertragslaufzeit verteilt. Ihre Höhe kann für jedes Jahr der Vertragslaufzeit unterschiedlich sein.

Höhe der Kosten

(9) Die Höhe der einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten sowie der einkalkulierten Verwaltungskosten können Sie für jedes Jahr der Vertragslaufzeit dem Kundeninformationsblatt entnehmen.

Anlassbezogene Kosten

(10) Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag gesondert in Rechnung stellen. Dies gilt bei

- Ausstellung eines neuen Versicherungsscheins,
- Fristsetzung in Textform bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen,
- Verzug mit Beiträgen,
- Rücklastschriften,
- Durchführung von Vertragsänderungen, soweit nicht vertraglich vereinbarte Optionen ausgeübt werden,
- Bearbeitung von Abtretungen oder Verpfändungen,
- Ermittlung einer geänderten Postanschrift, sofern die Änderung uns nicht mitgeteilt wurde (vgl. § 23 Abs. 1).

Darüber hinaus belasten wir Sie nur dann mit Kosten, wenn dies nach gesetzlichen Vorschriften ausdrücklich zulässig ist.

(11) Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem pauschalen Abgeltungsbetrag zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der

Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern sind, entfällt bzw. vermindert sich der Abgeltungsbetrag.

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

(1) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Andernfalls 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.

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

§ 24 Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?

(1) Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen bei Vertragsabschluss, bei Änderung nach Vertragsabschluss oder auf Nachfrage unverzüglich - d. h. ohne schuldhaftes Zögern - zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.

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

- Ihrer persönlichen Steuerpflicht,
- der Steuerpflicht dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben und
- der Steuerpflicht des Leistungsempfängers maßgebend sein können.

Dazu zählen die deutsche oder ausländische Steuerpflicht, die Steueridentifikationsnummer, der Geburtsort und der Wohnsitz.

Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, müssen Sie trotz einer nicht bestehenden Steuerpflicht

davon ausgehen, dass wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden melden.

§ 25 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

(1) Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

(2) Für das Vertragsverhältnis gilt auch die Satzung der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a. G.; diese senden wir Ihnen auf Wunsch kostenfrei zu.

§ 26 Wo ist der Gerichtsstand?

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

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

(3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts in das Ausland, sind für Klagen aus dem Vertrag die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

§ 27 Was gilt bei Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen?

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrags - gleich aus welchem Grund - unwirksam sein oder werden, berührt dies die Wirksamkeit des Vertrags im Übrigen nicht.