Kundeninformationen für eine Risiko-Lebensversicherung

der Provinzial Lebensversicherung Aktiengesellschaft
(KA 30 Stand 15.03.2025)

Inhaltsverzeichnis

- Allgemeine Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung
- Besondere Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung Smart
- Besondere Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung Komfort
- Besondere Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz
- Bestimmungen zur Überschussbeteiligung für Risiko-Lebensversicherung
- Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung als Beitragsbefreiung
- Bestimmungen für die Definition der Pflegebedürftigkeit
- Besondere Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung
- Welche Steuerregelungen gelten für die private Risiko-Lebensversicherung?
- Welche Steuerregelungen gelten für betrieblich veranlasste Lebens- und Rentenversicherungen, die keine Direktversicherungen sind, insbesondere also für Rückdeckungsversicherungen?
- Bestimmungen über sonstige Kosten und tarifabhängige Begrenzungen für die Risiko-Lebensversicherung

Allgemeine Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung

(Stand 15.03.2025)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

Inhalt

Erläuterung einiger Begriffe

Leistungen und Versicherungsschutz
Welche Leistungen erbringen wir? § 1
Welche besonderen Regeln gelten bei Vereinbarung eines Nichtrauchertarifs? § 2
Wie erfolgt die Überschussbeteiligung? § 3
Wer erhält die Leistungen? § 4
Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz? § 5
Wie sind ein Versicherungsjahr und eine Versicherungsperiode definiert? § 6

Leistungsausschlüsse und -einschränkungen
Was gilt bei Polizei- oder Wehrdienst, Unruhen, Krieg oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen/-Stoffen? § 7
Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person? § 8

Ihre Gestaltungsmöglichkeiten
Wann können Sie in den Nichtrauchertarif wechseln? § 9
Welche Möglichkeit der Leistungserbringung haben bezugsberechtigte Hinterbliebene? § 10

Ihre Pflichten
Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht, und welche Folgen hat ihre Verletzung? § 11
Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird? § 12
Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie? § 13
Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift oder Ihres Namens? § 14

Beitragszahlung
Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? § 15
Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen? § 16

Kündigung, Beitragsfreistellung und Stundung
Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen? § 17
Wann können Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen? § 18
Wie können Sie vorübergehende Zahlungsschwierigkeiten überbrücken (Stundung)? § 19

Kosten
Wie verrechnen wir die Abschlusskosten? § 20
Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung, und welche tarifabhängigen Begrenzungen gelten? § 21

Weitere Vertragsbestimmungen
Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein? § 22
Wann verjähren versicherungsvertragliche Ansprüche? § 23
Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung? § 24
Welche außergerichtlichen Schlichtungs- oder Beschwerdestellen können Sie in Anspruch nehmen? § 25
Wo ist der Gerichtsstand? § 26
Wann können wir die Beiträge und Leistungen anpassen? § 27
Wann können wir diese Bedingungen anpassen? § 28

Erläuterung einiger Begriffe

Um Ihnen das Lesen der Bedingungen zu erleichtern, erläutern wir nachfolgend einige Begriffe. Diese sind in den Bedingungen unterstrichen.

Die **Beitragszahlungsdauer** ist der Zeitraum, für den Beiträge zu zahlen sind.

Der **Bezugsberechtigte** ist derjenige, der das Recht auf die Versicherungsleistung hat.

Das **Deckungskapital** ist das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnete und für die vereinbarte Leistung angesparte Kapital.

Die **Folgebeiträge** sind die nach der ersten Beitragsfälligkeit zu zahlenden Beiträge.

Die **Rechnungsgrundlagen** sind die Grundlagen, die für die Kalkulation Ihrer Versicherung benötigt werden. Diese sind im Wesentlichen Sterbetafel, Rechnungszins und Kosten.

Das **rechnungsmäßige Alter** ist die Differenz zwischen dem betreffenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr.

Die **Risikoprüfung** ist die Prüfung der Gesundheits- und sonstigen Risikoverhältnisse.

Die **Textform** ist beispielsweise erfüllt, wenn die Erklärung in Form eines Briefes oder einer ausdruckbaren E-Mail abgegeben wird.

Die **versicherte Person** ist diejenige Person, auf deren Leben die Versicherung abgeschlossen wird.

Der **Versicherungsfall** ist das Ereignis, das die Leistungspflicht des Versicherers entstehen lässt, wenn es während der Versicherungsdauer eintritt.

Der **Versicherungsnehmer** ist unser Vertragspartner. Die Rechte und Pflichten aus diesem Vertrag betreffen vorrangig den Versicherungsnehmer.

Leistungen und Versicherungsschutz

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

In Abhängigkeit von dem von Ihnen gewählten Tarif erbringen wir die folgende Versicherungsleistung:

(1) Risiko-Lebensversicherung mit gleichbleibender Versicherungssumme (Tarif RG)
Wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer stirbt, zahlen wir die vereinbarte Versicherungssumme, und der Vertrag endet.

(2) Risiko-Lebensversicherung Partner mit gleichbleibender Versicherungssumme (Tarif RPG)
Wenn eine der versicherten Personen während der Versicherungsdauer stirbt, zahlen wir die vereinbarte Versicherungssumme, und der Vertrag endet. Auch bei gleichzeitigem Tod beider versicherter Personen zahlen wir die vereinbarte Versicherungssumme nur einmal.

(3) Risiko-Lebensversicherung mit linear fallender Versicherungssumme (Tarif RLF)
Wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer stirbt, zahlen wir die zum jeweiligen Zeitpunkt vereinbarte Versicherungssumme, und der Vertrag endet. Die vereinbarte Versicherungssumme ergibt sich aus der Anfangsversicherungssumme und fällt monatlich gleichmäßig, erstmalig nach einem Monat, so dass mit Ablauf der Versicherungsdauer die Versicherungssumme Null ist.

(4) Risiko-Lebensversicherung mit variabel fallender Versicherungssumme (Tarif RVF)
Wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer stirbt, zahlen wir die zum jeweiligen Zeitpunkt vereinbarte Versicherungssumme, und der Vertrag endet. Für jedes Versicherungsjahr wird bei Vertragsabschluss eine Versicherungssumme vereinbart.

(5) Risiko-Lebensversicherung Partner mit variabel fallender Versicherungssumme (Tarif RPVF)
Wenn eine der versicherten Personen während der Versicherungsdauer stirbt, zahlen wir die zum jeweiligen Zeitpunkt vereinbarte Versicherungssumme, und der Vertrag endet. Für jedes Versicherungsjahr wird bei Vertragsabschluss eine Versicherungssumme vereinbart. Auch bei gleichzeitigem Tod beider versicherter Personen zahlen wir die jeweils vereinbarte Versicherungssumme nur einmal.

§ 2 Welche besonderen Regeln gelten bei Vereinbarung eines Nichtrauchertarifs?

(1) In der Risiko-Lebensversicherung differenzieren wir den Beitrag unter anderem nach Rauchverhalten. Die Höhe des Beitrags richtet sich nach der Einordnung der versicherten Person als Raucher, mindestens zwölf Monate Nichtraucher oder mindestens 10 Jahre Nichtraucher (Nichtraucherstatus).

Begriff des Nichtrauchers bzw. Rauchers im Sinne dieser Bedingungen

(2) Mindestens 1 Jahr Nichtraucher (NR1) ist, wer
- in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung nicht aktiv geraucht hat und
- auch beabsichtigt, in Zukunft nicht zu rauchen,
- aber noch nicht mindestens 10 Jahre Nichtraucher (NR10) ist.

Mindestens 10 Jahre Nichtraucher (NR10) ist, wer
- in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung nicht aktiv geraucht hat und
- auch beabsichtigt, in Zukunft nicht zu rauchen.

Wer nicht mindestens ein Jahr Nichtraucher ist, gilt als Raucher.
Rauchen meint dabei das Rauchen von Zigaretten, E-Zigaretten, Zigarren, E-Zigarren, Zigarillos, Pfeife, E-Pfeife oder Wasserpfeife (Shisha) sowie den Konsum von Schnupf- oder Kautabak.

Vorvertragliche Anzeigepflicht

(3) Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, uns wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen, ob Sie die Voraussetzungen des Nichtrauchers nach Absatz 2 (NR1 oder NR10) erfüllen. Soll das Leben einer anderen Person versichert werden, ist auch diese - neben Ihnen - für die wahrheitsgemäße Anzeige verantwortlich.

(4) Rechtsfolgen: Leistungsminderung bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht
Wurden uns gegenüber bei Antragstellung vorsätzlich falsche Angaben bezüglich der Rauchereigenschaft der versicherten Person gemacht, reduziert sich im Versicherungsfall die Versicherungssumme auf denjenigen Betrag, der sich bei Abschluss des Vertrags nach den Rechnungsgrundlagen für den Rauchertarif als Versicherungssumme ergeben hätte. Wir können den Vertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben zur Rauchereigenschaft bewusst und gewollt auf unsere Annahmeentscheidung 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. Im Falle einer wirksamen Anfechtung, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

Gefahrerhöhung nach Vertragsabschluss

(5) Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie nach Vertragsschluss ohne unsere Einwilligung keine Gefahrerhöhung vornehmen oder deren Vornahme gestatten. Ist das Leben einer anderen Person versichert, so ist auch diese - neben Ihnen - dafür verantwortlich, dass nach Vertragsabschluss keine Gefahrerhöhung vorgenommen wird. Nimmt die versicherte Person nach Vertragsabschluss dennoch eine Gefahrerhöhung vor, sind sowohl Sie als auch die versicherte Person verpflichtet, uns diese Gefahrerhöhung unverzüglich in Textform anzuzeigen. Eine Gefahrerhöhung liegt vor, wenn die versicherte Person nach Vertragsabschluss Raucher im Sinne von Absatz 2 wird.

(6) Rechtsfolgen: Beitragsanpassung bei Gefahrerhöhung
Wir verzichten auf unsere gesetzlichen Rechte, den Vertrag wegen einer Gefahrerhöhung zu kündigen oder die erhöhte Gefahr vom Versicherungsschutz auszuschließen, wenn Sie uns die Gefahrerhöhung ordnungsgemäß nach Absatz 5 anzeigen. Wird eine Gefahrerhöhung nach Absatz 5 vorgenommen, werden wir Ihrem Vertrag rückwirkend ab dem Zeitpunkt der Gefahrerhöhung die Rechnungsgrundlagen zugrunde legen, die für einen Raucher angewendet werden. Hierdurch erhöhen sich bei Beibehaltung der vereinbarten Versicherungssumme Ihre Beiträge.

Eine Beitragserhöhung hat keine Auswirkungen auf die Höhe der versicherten Leistung. Sie können jedoch verlangen, dass statt einer Erhöhung der Beiträge die Versicherungssumme entsprechend herabgesetzt wird. Falls wir den Beitrag um mehr als 10 % erhöhen, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Beitragserhöhung fristlos kündigen.
Unser Recht zur Beitragsanpassung erlischt, wenn wir es nicht innerhalb eines Monats ab dem Zeitpunkt geltend machen, zu dem wir von der Gefahrerhöhung Kenntnis erlangen.

(7) Rechtsfolgen: Leistungsminderung bei Gefahrerhöhung
Stellen wir im Versicherungsfall fest, dass eine Gefahrerhöhung nach Absatz 5 stattgefunden hat und diese nicht unverzüglich in Textform angezeigt wurde, reduziert sich die Versicherungssumme und damit die Leistung auf denjenigen Betrag, der sich bei Abschluss des Vertrags nach den Rechnungsgrundlagen für den Rauchertarif ergeben hätte. Unsere ursprüngliche Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass das Rauchen weder für den Eintritt noch für den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.
Wir werden uns nicht auf die Leistungsminderung berufen, wenn die versicherte Person in den letzten zehn Jahren vor dem Versicherungsfall nicht mehr Raucher im Sinne des Absatzes 2 war.

Überprüfung des Nichtraucherstatus

(8) Wir sind berechtigt, den Nichtraucherstatus der versicherten Person zu überprüfen. Zur Überprüfung können wir auf unsere Kosten sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich eine medizinische Untersuchung der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Kommt die versicherte Person unserem Verlangen nicht nach, erhöhen wir den Beitrag nach Absatz 6.

§ 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

(1) Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer an den Überschüssen und Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Regelungen hierzu ergeben sich aus § 153 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in Verbindung mit dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG). Maßgeblich ist die jeweils zum Zeitpunkt einer Zuteilung geltende Fassung.
Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt.
Wir erläutern Ihnen,
- wie wir die Überschussbeteiligung in ihrer Gesamtheit ermitteln (Absatz 2),
- wie die Überschussbeteiligung Ihres konkreten Vertrages erfolgt (Absatz 3) und
- warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren können (Absatz 4).

(2) Wie ermitteln wir die Überschussbeteiligung in ihrer Gesamtheit?
Wir informieren Sie,
- aus welchen Quellen die Überschüsse stammen (a),
- wie wir mit diesen Überschüssen verfahren (b) und
- wie Bewertungsreserven entstehen und wie wir diese zuordnen (c).

Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrages an den Überschüssen ergeben sich hieraus noch nicht.

(a) Überschüsse können aus drei verschiedenen Quellen entstehen:
- den Kapitalerträgen (aa),
- dem Risikoergebnis (bb) und
- dem übrigen Ergebnis (cc).

Wir beteiligen die Verträge in ihrer Gesamtheit an diesen Überschüssen. Dabei beachten wir die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) in der jeweils geltenden Fassung.

(aa) Kapitalerträge
Von den Nettoerträgen der nach der Mindestzuführungsverordnung maßgeblichen Kapitalanlagen erhalten die Verträge insgesamt mindestens den dort genannten prozentualen Anteil. In der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben.
Aus diesem Betrag werden zunächst die Mittel entnommen, die zur Finanzierung der vereinbarten Leistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung. Wenn die Nettoerträge nach Satz 1 nicht für die Finanzierung der vereinbarten Leistungen ausreichen, verrechnen wir den Unterschiedsbetrag - soweit möglich - mit der Mindestzuführung aus dem Risikoergebnis (bb) und dem übrigen Ergebnis (cc).
Die Beiträge einer Risiko-Lebensversicherung sind allerdings so kalkuliert, wie sie zur Deckung des Todesfallrisikos und der Kosten benötigt werden. Es stehen daher keine oder nur sehr geringe Beträge zur Verfügung, um Kapital zu bilden, aus dem Kapitalerträge entstehen können.

(bb) Risikoergebnis
In der Risiko-Lebensversicherung hängt die Höhe der Überschüsse vor allem von der Anzahl der eingetretenen Versicherungsfälle ab. Überschüsse entstehen insbesondere, wenn die Sterblichkeit der Versicherten niedriger ist, als die bei der Beitragskalkulation zugrunde gelegte. In diesem Fall müssen wir weniger Leistungen für Todesfälle als ursprünglich angenommen zahlen und können daher die Verträge an dem entstehenden Risikoergebnis beteiligen. An diesen Überschüssen werden die Verträge nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 90 % beteiligt. Wir verwenden diesen Betrag zum Ausgleich eines ggf. vorhandenen Unterschiedsbetrags nach Buchstaben (aa) Satz 5.

(cc) Übriges Ergebnis
Am übrigen Ergebnis werden die Verträge nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 50 % beteiligt. Überschüsse aus dem übrigen Ergebnis können beispielsweise entstehen, wenn die Kosten niedriger sind als bei der Beitragskalkulation angenommen. Wir verwenden diesen Betrag zum Ausgleich eines ggf. vorhandenen Unterschiedsbetrags nach Buchstaben (aa) Satz 5.

(b) Die auf die Verträge entfallenden Überschüsse führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu oder schreiben sie unmittelbar den überschussberechtigten Verträgen gut (Direktgutschrift).
Diese Rückstellung dient dazu, Schwankungen der Überschüsse auszugleichen. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Verträge verwendet werden.
Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 140 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen. Dies dürfen wir, soweit die Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt.

Nach der derzeitigen Fassung des § 140 VAG können wir im Interesse der Versicherten die Rückstellung für Beitragsrückerstattung heranziehen, um
- einen drohenden Notstand abzuwenden,

- unvorhersehbare Verluste aus den überschussberechtigten Verträgen auszugleichen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder
- die Deckungsrückstellung zu erhöhen, wenn die Rechnungsgrundlagen auf Grund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen. Eine Deckungsrückstellung bilden wir, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können. Die Deckungsrückstellung wird nach § 88 Absatz 3 VAG und § 341e und § 341f HGB sowie den dazu erlassenen Rechtsverordnungen berechnet.

Wenn wir die Rückstellung für Beitragsrückerstattung zum Verlustausgleich oder zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen, belasten wir die Versichertenbestände verursachungsorientiert.

(c) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem diese Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Bewertungsreserven, die nach den jeweils geltenden gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ordnen wir den Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig rechnerisch zu. Die Höhe dieser Bewertungsreserven wird jährlich neu ermittelt, zusätzlich auch zum Zeitpunkt der Beendigung eines Vertrags. Auf Risiko-Lebensversicherungen entfallen allenfalls geringe Anteile an Bewertungsreserven, da keine oder nur geringfügige Kapitalanlagen für künftige Versicherungsleistungen gebildet werden.

(3) Wie erfolgt die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages?

(a) Wir haben gleichartige Versicherungen zu Abrechnungsverbänden zusammengefasst. Abrechnungsverbände bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen. Innerhalb der Abrechnungsverbände haben wir nach engeren Gleichartigkeitskriterien Untergruppen gebildet, diese werden Gewinnverbände genannt. Die Überschüsse verteilen wir auf die einzelnen Abrechnungsverbände nach einem verursachungsorientierten Verfahren und zwar so, wie die Abrechnungsverbände zur Entstehung der Überschüsse beigetragen haben. Wenn ein Abrechnungsverband nicht zur Entstehung von Überschüssen beigetragen hat, weisen wir ihm keine Überschüsse zu.

(b) Ihre Versicherung gehört zum Gewinnverband Risikoversicherungen (Tarifwerk 2025) des Abrechnungsverbandes Einzelrisikoversicherungen. Enthält der Zusatz zur Tarifbezeichnung Ihrer Versicherung jedoch ein M oder P, so gehört ihre Versicherung zum Gewinnverband Risikoversicherungen (Tarifwerk 2025) im Abrechnungsverband Gruppenkapitalversicherungen. In Abhängigkeit von dieser Zuordnung erhält Ihre Versicherung jährlich Überschussanteile. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze wird jedes Jahr vom Vorstand auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt und in unserem Geschäftsbericht veröffentlicht.

(c) Die Bemessungsgrundlagen für die Überschussbeteiligung und die Verwendung der zugeteilten Beträge aus der Überschussbeteiligung ergeben sich aus den "Bestimmungen zur Überschussbeteiligung". Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Bedingungen.

(4) Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab, die nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar sind. Wichtigster Einflussfaktor ist die Entwicklung des Todesfallrisikos. Aber auch die Entwicklung des Kapitalmarkts und der Kosten ist von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch null Euro betragen.

(5) Wann können Sie bei einer Senkung der Überschussbeteiligung Ihren Versicherungsschutz anpassen?

Sollten wir die Überschussbeteiligung senken, können Sie - falls Sie als Überschussverwendung Todesfallbonus gewählt haben - den Versicherungsschutz ohne Gesundheitsprüfung erhöhen. Wir fragen jedoch, ob eine Gefahrerhöhung durch Rauchen nach § 2 stattgefunden hat.

Über eine Senkung der Überschussbeteiligung werden wir Sie schriftlich informieren und Ihnen ein die Senkung ausgleichendes Erhöhungsangebot zusenden. An dieses halten wir uns drei Monate gebunden.

Soweit nichts anderes vereinbart wird, gelten für die Erhöhungsversicherung die vertraglichen Vereinbarungen und Erklärungen einschließlich der Bezugsrechtsverfügung sowie die Annahmeentscheidung der ursprünglichen Versicherung.

Die Erhöhung erfolgt nach den dann maßgeblichen Daten der versicherten Person (z. B. rechnungsmäßiges Alter, Beruf, Raucherstatus). Der Ablauf des erhöhten Versicherungsschutzes darf nicht später als 11 Monate nach dem Ablauf der ursprünglichen Versicherung liegen.

§ 4 Wer erhält die Leistungen?

(1) Als unser Versicherungsnehmer können Sie unter den nachfolgenden Voraussetzungen bestimmen, wer die Leistung erhält. Wenn sie keine Bestimmung treffen, leisten wir an Sie.

Bezugsberechtigung

(2) Sie können uns widerruflich oder unwiderruflich eine andere Person benennen, die die Leistung erhalten soll (Bezugsberechtigter).
Wenn Sie ein Bezugsrecht widerruflich bestimmen, erwirbt der Bezugsberechtigte das Recht auf die Leistung erst mit dem Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls. Deshalb können Sie Ihre Bestimmung bis zum Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls jederzeit widerrufen. Nach dem Tod der versicherten Person kann das Bezugsrecht nicht mehr widerrufen werden.
Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich das Recht auf die Leistung erhält. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des unwiderruflich Bezugsberechtigten geändert werden.

Abtretung und Verpfändung

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

Anzeige

(4) Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts (siehe Absatz 2) sowie eine Abtretung oder Verpfändung (siehe Absatz 3) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie als unser Versicherungsnehmer. Es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits zuvor Verfügungen (z. B. unwiderrufliche Bezugsberechtigung, Abtretung, Verpfändung) getroffen haben.

§ 5 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn wir die Annahme Ihres Antrags in Textform oder durch Aushändigung des Versicherungsscheins erklärt haben. Vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung besteht jedoch kein Versicherungsschutz.
Mit Beginn des Versicherungsschutzes ist der erste Beitrag oder einmalige Beitrag zu zahlen (siehe § 15 Absatz 2). Wenn dieser Beitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt ist, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet (siehe § 16 Absatz 3).

§ 6 Wie sind ein Versicherungsjahr und eine Versicherungsperiode definiert?

Versicherungsjahr
(1) Ein Versicherungsjahr beginnt am Jahrestag des vereinbarten Beginns des Vertrags und endet mit Ablauf des Tages, der dem folgenden Jahrestag vorangeht. Ein Versicherungsjahr ist in Versicherungsperioden unterteilt.

Versicherungsperiode
(2) Eine Versicherungsperiode ist entsprechend der Beitragszahlungsweise ein Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr. Dies gilt bei beitragsfreien Verträgen entsprechend. Bei Einmalbeitragsversicherungen ist die Versicherungsperiode ein Jahr.

Leistungsausschlüsse und -einschränkungen

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

(1) Grundsätzlich leisten wir unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Wir leisten auch dann, wenn die versicherte Person in Ausübung des Polizei- oder Wehrdienstes oder bei inneren Unruhen gestorben ist.

(2) Stirbt die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit Kriegsereignissen, besteht kein Versicherungsschutz. In diesem Fall leisten wir das für den Todestag berechnete Deckungskapital. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit Kriegsereignissen stirbt, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

(3) In folgenden Fällen besteht kein Versicherungsschutz: Die versicherte Person stirbt in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit
- dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder
- dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen.

In diesen Fällen leisten wir das für den Todestag berechnete Deckungskapital.
Der Einsatz bzw. das Freisetzen muss dabei darauf gerichtet gewesen sein, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen stirbt, denen sie während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

§ 8 Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?

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

(2) Bei vorsätzlicher Selbsttötung vor Ablauf der Dreijahresfrist besteht kein Versicherungsschutz. In diesem Fall leisten wir das für den Todestag berechnete Deckungskapital.
Wenn uns nachgewiesen wird, dass sich die versicherte Person in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit selbst getötet hat, besteht Versicherungsschutz.

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

Ihre Gestaltungsmöglichkeiten

§ 9 Wann können Sie in den Nichtrauchertarif wechseln?

Wechsel in einen Nichtrauchertarif
(1) Sie können bei Verträgen mit laufender Beitragszahlung während der Versicherungsdauer in einen Nichtrauchertarif (NR1) nach § 2 wechseln, wenn Sie einen Rauchertarif vereinbart haben und
- die versicherte Person in den letzten 12 Monaten vor Antrag auf Wechsel in einen Nichtrauchertarif kein Raucher im Sinne von § 2 Absatz 2 war,
- die versicherte Person auch in Zukunft beabsichtigt, Nichtraucher im Sinne von § 2 Absatz 2 zu bleiben sowie
- Ihre Versicherung, inklusive etwaiger eingeschlossener Zusatzversicherungen, sowohl zum Antrags- als auch zum Änderungstermin nicht beitragsfrei gestellt ist.

Der Wechsel in einen Nichtrauchertarif ist zum Beginn jeder Versicherungsperiode möglich. Der Antrag auf einen Wechsel in einen Nichtrauchertarif muss uns in Textform spätestens zwei Monate vor dem gewünschten Änderungstermin zugegangen sein.
Wird die versicherte Person anschließend wieder Raucher im Sinne von § 2 Absatz 2, so ist uns dies als Gefahrerhöhung unverzüglich in Textform anzuzeigen (siehe § 2 Absatz 5).

Überprüfung des Nichtraucherstatus
(2) Wir sind berechtigt, den Nichtraucherstatus der versicherten Person bei Beantragung des Wechsels zu überprüfen. Zur Überprüfung können wir auf unsere Kosten sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich eine medizinische Untersuchung der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Kommt die versicherte Person unserem Verlangen nicht nach, können wir alleine schon aus diesem Grund den Antrag auf Wechsel in einen Nichtrauchertarif ablehnen.

(3) Bei einem Wechsel in einen Nichtrauchertarif erfolgt keine weitere Risikoprüfung.

Neuberechnung des Beitrags
(4) Beantragen Sie den Wechsel in einen Nichtrauchertarif, werden die Beiträge für die restliche Beitragszahlungsdauer zum Änderungstermin neu berechnet und können sinken. Die für den Zeitpunkt des Wechsels vereinbarte Versicherungssumme verringert sich nicht.

Unter Berücksichtigung des Wechsels in einen Nichtrauchertarif nach den Absätzen 1 bis 3 und des aus Ihrer Versicherung zur Verfügung stehenden Deckungskapitals zum Zeitpunkt der Neuberechnung des Beitrags bzw. § 11 Absatz 7 der "Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung als Beitragsbefreiung" berechnen wir die neuen Beiträge nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik unter Zugrundelegung:
- der Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation, die bei Abschluss des ursprünglichen Vertrags zugrunde lagen,
- des zum Änderungstermin erreichten rechnungsmäßigen Alters der versicherten Person,
- der restlichen Versicherungsdauer,
- der restlichen Beitragszahlungsdauer,
- des jeweiligen aktuellen Nichtraucherstatus
- sowie eines eventuell vereinbarten Beitragszuschlags.

§ 10 Welche Möglichkeit der Leistungserbringung haben bezugsberechtigte Hinterbliebene?

Bei Fälligkeit der Leistung besteht für bezugsberechtigte Hinterbliebene statt einer einmaligen Auszahlung die Möglichkeit, sich die gesamte Todesfallleistung oder Teile hiervon in Form einer lebenslangen Rente auszahlen zu lassen. Die Rente errechnet sich nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik auf Basis der Rechnungsgrundlagen, die zu diesem Zeitpunkt für Neuabschlüsse bei sofort beginnenden Renten verwendet werden und unter Berücksichtigung des zum Todeszeitpunkt erreichten rechnungsmäßigen Alters des jeweiligen bezugsberechtigten Hinterbliebenen. Insbesondere gelten die zu diesem Zeitpunkt für Neuabschlüsse bei sofort beginnenden Renten bestehenden Grenzbestimmungen (z. B. Mindestrente, Eintrittsalter).

Ihre Pflichten

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

Vorvertragliche Anzeigepflicht

(1) Wir stellen Ihnen vor Abschluss des Vertrags Fragen, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind (gefahrerhebliche Umstände). Bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung sind Sie verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen.
Diese Anzeigepflicht erstreckt sich auch auf Fragen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform stellen.

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

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

Folgen der Anzeigepflichtverletzung

(4) Bei einer Verletzung der Anzeigepflicht haben wir nach §§ 19 bis 22 VVG verschiedene Rechte. Nachfolgend informieren wir Sie, unter welchen Voraussetzungen wir
- vom Vertrag zurücktreten (Absätze 5 bis 7),
- den Vertrag kündigen (Absätze 8 bis 10),
- den Vertrag ändern (Absätze 11 und 12) oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten (Absätze 17 bis 19)

und wie wir diese Rechte ausüben können (Absätze 13 bis 16).

Rücktritt

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

(6) Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz. Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgenden Voraussetzungen trotzdem bestehen: Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der
- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

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

(7) Wenn der Vertrag durch Rücktritt aufgehoben wird, endet er. Wir zahlen das für den Rücktrittstermin berechnete Deckungskapital. Darüber hinaus zahlen wir den Teil des laufenden Beitrags zurück, der auf den Teil der laufenden Versicherungsperiode nach Wirksamwerden der Rücktrittserklärung entfällt. Die Rückzahlung der gesamten Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

(8) Wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgt ist, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Haben weder Sie noch die versicherte Person die Anzeigepflichtverletzung zu vertreten, verzichten wir auf unser Kündigungsrecht.

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

(10) Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt er sich mit der Kündigung in einen beitragsfreien Vertrag um (siehe § 18).

Vertragsänderung

(11) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten (Absätze 5 und 9), werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben weder Sie noch die versicherte Person die Anzeigepflichtverletzung zu vertreten, verzichten wir auf unser Recht, den Vertrag ab der laufenden Versicherungsperiode anzupassen.

(12) Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung über die Vertragsänderung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn wir
- im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 % erhöhen oder

- den Versicherungsschutz für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

Auf dieses Recht weisen wir Sie in der Mitteilung über die Vertragsänderung hin.

Ausübung unserer Rücktritts-, Kündigungs- und Änderungsrechte

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

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

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

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

Anfechtung

(17) Wir können den Vertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmeentscheidung Einfluss genommen worden ist (arglistige Täuschung). Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Absatz 7 gilt entsprechend.

(18) Im Fall der Anfechtung haben Sie keinen Versicherungsschutz. Der Vertrag wird aufgehoben. Absatz 7 gilt entsprechend.

(19) Wir können den Vertrag nur innerhalb eines Jahres anfechten. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der arglistigen Täuschung Kenntnis erlangen. Unser Recht zur Anfechtung erlischt, wenn seit der arglistigen Täuschung zehn Jahre vergangen sind.

Leistungserweiterung / Wiederherstellung des Vertrags

(20) Die Absätze 1 bis 19 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert oder wiederhergestellt und deshalb eine erneute Risikoprüfung vorgenommen wird. Die Fristen nach Absatz 16 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung des Vertrags bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

Erklärungsempfänger

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

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

Allgemeine Mitwirkungspflichten

(1) Wird eine Leistung aus diesem Vertrag beansprucht, können wir verlangen, dass uns der Versicherungsschein und ein Zeugnis über den Tag der Geburt der versicherten Person vorgelegt wird.

(2) Der Tod der versicherten Person ist uns unverzüglich anzuzeigen. Außer dem Versicherungsschein sind uns einzureichen:
- eine amtliche, Alter und Geburtsort enthaltende Sterbeurkunde
- ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über Todesursache sowie Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tode der versicherten Person geführt hat

(3) Wir können weitere Nachweise und Auskünfte verlangen sowie erforderliche Erhebungen (z. B. zum Rauchverhalten) vornehmen, wenn dies zur Klärung unserer Leistungspflicht erforderlich ist.

Fälligkeit der Leistungen und Folgen der Verletzung der Mitwirkungspflichten

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

Kosten

(5) Die mit den Nachweisen und Auskünften verbundenen Kosten trägt derjenige, der Leistung beansprucht, sofern keine anderweitige Regelung getroffen worden ist.

(6) Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Einheitlichen Euro-Zahlungsverkehrsraum "SEPA" (dieser umfasst derzeit die Europäische Union, Island, Norwegen, die Schweiz, Liechtenstein, Monaco, San Marino, Andorra, den Staat Vatikanstadt und das Vereinigte Königreich) trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.

§ 13 Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?

(1) Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung oder 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

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.
Eine Pflichtverletzung kann dazu führen, dass wir unsere Leistung nicht zahlen. Dies gilt solange, bis Sie uns die für die Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt haben.

(2) Derzeit bestehen insbesondere folgende Mitteilungspflichten aufgrund gesetzlicher Regelungen:

(a) Steuer
Sie müssen uns alle Umstände mitteilen, 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.

Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, können für Sie Nachteile entstehen, beispielsweise Meldung an Steuerbehörden unabhängig von einer tatsächlichen Steuerpflicht.

(b) Geldwäsche-Gesetz
- Sie müssen offenlegen, ob Sie den Vertrag für einen Dritten abschließen oder eine Zahlung für einen Dritten vornehmen.
- Sie müssen uns aktiv darüber informieren, wenn die Beiträge von einem Konto eingezogen werden sollen, dessen Inhaber nicht Sie als Versicherungsnehmer sind (fremde Beitragszahlung). Als fremde Beitragszahlung gelten dabei z. B. auch Lastschriften von Konten, für die Sie lediglich Kontovollmacht besitzen, sowie Zahlungen von Geschäftskonten, durch Vermittler oder durch den Arbeitgeber, sofern diese nicht Versicherungsnehmer sind.
- Die aktive Informationspflicht besteht für sämtliche Zahlungen während der Versicherungsdauer (z. B. Überweisungen, Zuzahlungen, Darlehen, Kontoänderungen).

Kommen Sie Ihrer Offenlegungs- und Informationspflicht nicht oder nicht wahrheitsgemäß nach, müssen wir dies der zuständigen Behörde melden.

§ 14 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift oder Ihres Namens?

Eine Änderung Ihrer Postanschrift oder Ihres Namens müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen. Wir sind berechtigt, eine an Sie zu richtende Willenserklärung (z. B. eine Mahnung) mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift zu senden. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie den Vertrag in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

Beitragszahlung

§ 15 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Die Beiträge zu Ihrem Vertrag können Sie je nach Vereinbarung in einem Betrag (Einmalbeitrag) oder bis zum Ende der vereinbarten Beitragszahlungsdauer monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich zahlen.

(2) Den ersten Beitrag oder den Einmalbeitrag müssen Sie unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.

(3) Sie müssen die Beiträge auf Ihre Gefahr und Kosten zahlen.

(4) Für eine Stundung der Beiträge (siehe § 19) ist eine Vereinbarung in Textform mit uns erforderlich.

(5) Bei Fälligkeit einer Leistung verrechnen wir etwaige Beitragsrückstände.

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

(1) Sie haben den Beitrag rechtzeitig gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag (siehe § 15 Absatz 2) 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 am Fälligkeitstag eingezogen werden konnte und
- Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen haben.

Konnten wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass wir den Beitrag wiederholt nicht einziehen konnten, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

Erster Beitrag oder Einmalbeitrag

(2) Wenn Sie den ersten Beitrag oder den Einmalbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir - solange die Zahlung nicht bewirkt ist - vom Vertrag zurücktreten. In diesem Fall können wir von Ihnen die Kosten für die ärztliche Untersuchung im Rahmen einer Gesundheitsprüfung sowie die im Zusammenhang mit der Erstellung des Versicherungsscheins entstandenen Kosten in angemessener Höhe verlangen. Wir sind nicht zum Rücktritt berechtigt, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.

(3) Ist der erste Beitrag oder der Einmalbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie das Ausbleiben der Zahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag

(4) Zahlen Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.

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

(6) Nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn Sie sich noch immer mit den Beiträgen, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Sie wird dann automatisch mit Ablauf der Frist wirksam, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt noch immer mit der Zahlung in Verzug sind. Auf diese Rechtsfolge müssen wir Sie ebenfalls hinweisen.

(7) Sie können den angeforderten Betrag auch dann noch nachzahlen, wenn unsere Kündigung wirksam geworden ist. Nachzahlen können Sie allerdings nur
- innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder
- innerhalb eines Monats nach Fristablauf, wenn die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden worden ist.

Zahlen Sie innerhalb dieses Zeitraums, wird die Kündigung unwirksam und der Vertrag besteht fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Zahlung eintreten, besteht kein oder nur ein verminderter Versicherungsschutz.

Umgang mit Zahlungsschwierigkeiten
(8) Können Sie fällige Beiträge nicht zahlen, bieten wir Ihnen umfassende Möglichkeiten zur Anpassung Ihrer Beitragszahlung. Nähere Informationen hierzu finden Sie in den §§ 18 und 19. Sie können sich jederzeit an uns wenden. Gemeinsam können wir dann klären, welche Lösungsmöglichkeiten für Sie infrage kommen.

Kündigung, Beitragsfreistellung und Stundung

§ 17 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen?

Kündigung
(1) Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Schluss einer Versicherungsperiode ganz oder bei Einmalbeitrag auch teilweise in Textform kündigen.
Sie können Ihre Versicherung nur dann teilweise kündigen, wenn die verbleibende Versicherungssumme den Mindestbetrag erreicht, der in unseren "Bestimmungen über sonstige Kosten und tarifabhängige Begrenzungen für die Risiko-Lebensversicherung" festgelegt ist.

Laufender Beitrag
(2) Kündigen Sie Ihren Vertrag, endet der Vertrag, und Sie haben keinen Anspruch auf einen Rückkaufswert.

Einmalbeitrag
(3) Bei vollständiger Kündigung eines Vertrages gegen Einmalbeitrag erhalten Sie - soweit vorhanden - den Rückkaufswert. Er ist das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode für die vereinbarten Leistungen berechnete Deckungskapital Ihrer Versicherung. Bei einer teilweisen Kündigung reduziert sich der Betrag entsprechend und die reduzierte Versicherungssumme wird auf Basis des dann noch vorhandenen Deckungskapitals neu berechnet. Beitragsrückstände werden von einem etwaigen Rückkaufswert abgezogen.

(4) Wenn Sie Ihren Vertrag kündigen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (siehe § 20) kein oder nur ein geringer Rückkaufswert vorhanden. Auch in den Folgejahren sind wegen der benötigten Risikobeiträge, gemessen an den gezahlten Beiträgen, nur geringe Rückkaufswerte vorhanden. Nähere Informationen zum Rückkaufswert und seiner Höhe können Sie Ihren Vertragsunterlagen entnehmen.

Keine Beitragsrückzahlung
(5) Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

§ 18 Wann können Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen?

Vollständige Beitragsfreistellung
(1) Bei Verträgen mit laufender Beitragszahlung können Sie in Textform verlangen, zum Schluss einer Versicherungsperiode vollständig von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden.
(2) Bei einer vollständigen Beitragsfreistellung setzen wir die vereinbarten Leistungen auf die beitragsfreien Leistungen herab. Diese werden nach folgenden Gesichtspunkten berechnet:
- nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation,
- auf Grundlage des Deckungskapitals, mindestens jedoch auf Grundlage des Betrages des Deckungskapitals, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (siehe § 20) angesetzten tariflichen einmaligen Abschlusskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre, höchstens auf die vereinbarte Beitragszahlungsdauer, ergibt,
- zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode.

Die beitragsfreien Leistungen entsprechen jedoch mindestens den bei Vertragsabschluss vereinbarten Beträgen, deren Höhe vom Zeitpunkt der Beitragsfreistellung des Vertrags abhängt. Nähere Informationen zu den beitragsfreien Leistungen und ihrer Höhe im Fall einer vollständigen Beitragsfreistellung können Sie Ihren Vertragsunterlagen entnehmen.
Das für die Berechnung der beitragsfreien Leistungen zur Verfügung stehende Deckungskapital mindert sich um etwaige rückständige Beiträge.
Wenn die zu berechnenden beitragsfreien Leistungen den Mindestbetrag nach unseren "Bestimmungen über sonstige Kosten und tarifabhängige Begrenzungen für die Risiko-Lebensversicherung" nicht erreichen, endet der Vertrag.
Eine Risiko-Lebensversicherung mit fallender Versicherungssumme wird bei einer vollständigen Beitragsfreistellung in eine Risiko-Lebensversicherung mit gleichbleibender Versicherungssumme umgewandelt.

Teilweise Beitragsfreistellung (Beitragsreduzierung)
(3) Anstelle einer vollständigen Befreiung von der Beitragszahlungspflicht können Sie auch eine teilweise Beitragsbefreiung verlangen, indem Sie den Beitrag reduzieren. Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht können Sie nur verlangen, wenn sowohl die herabgesetzte Versicherungssumme als auch der verbleibende Beitrag jeweils den Mindestbetrag nach unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen für die Risiko-Lebensversicherung" erreicht.

(4) Bei einer teilweisen Beitragsfreistellung setzen wir die vereinbarten Leistungen entsprechend der vollständigen Beitragsbefreiung herab. Die Höhe der herabgesetzten Leistungen hängt von der Höhe des verbleibenden Beitrags und vom Zeitpunkt der Vertragsumstellung ab.

Nachteile einer Beitragsfreistellung
(5) In der Anfangszeit Ihres Vertrags sind wegen der Verrechnung von Abschlusskosten (siehe § 20) keine Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme zur Verfügung.
Nähere Informationen zur beitragsfreien Versicherungssumme und ihrer Höhe können Sie Ihren Vertragsunterlagen entnehmen.

Wiederaufnahme der Beitragszahlung
(6) Innerhalb von sechs Monaten nach Beitragsfreistellung können Sie verlangen, dass die Beitragsfreistellung durch Wiederaufnahme der Beitragszahlung beendet wird. Die Wiederaufnahme der Beitragszahlung ist dann nicht von einer Gesundheitsprüfung abhängig.
Bei einer Beitragsfreistellung infolge Elternzeit kann die Wiederaufnahme der Beitragszahlung bis zum Ablauf von drei Monaten nach dem Ende der gesetzlichen Elternzeit, spätestens jedoch nach Ablauf von drei Jahren und drei Monaten, ohne Gesundheitsprüfung erfolgen.

Die Wiederaufnahme der Beitragszahlung ohne Gesundheitsprüfung bei einer Risiko-Lebensversicherung mit Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung als Beitragsbefreiung kann nur dann durchgeführt werden, wenn bis zum Zeitpunkt der Wiederaufnahme keine Berufsunfähigkeit der versicherten Person vorgelegen hat und die versicherte Person keinen Antrag auf Berufsunfähigkeit gestellt hat und uns dieses in Textform bestätigt.
Die neuen Werte errechnen sich nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik unter Berücksichtigung des zum Zeitpunkt der Wiederaufnahme erreichten rechnungsmäßigen Alters der versicherten Person und der restlichen Laufzeit des Vertrags.

§ 19 Wie können Sie vorübergehende Zahlungsschwierigkeiten überbrücken (Stundung)?

(1) Sie können in Textform verlangen, dass die Beiträge für einen Zeitraum von bis zu 24 Monaten gestundet werden. Für die Stundung der Beiträge erheben wir Zinsen. Im Falle einer Stundung während einer nachgewiesenen Arbeitslosigkeit oder gesetzlichen Elternzeit erheben wir keine Zinsen. Die Höhe des Stundungszinssatzes beträgt fünf Prozentpunkte über dem Basiszinssatz nach § 247 Absatz 1 Satz 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), der zu Beginn der Stundung gültig ist.
Voraussetzungen für die Beitragsstundung sind:
- Der Beitrag für das erste Versicherungsjahr wurde vollständig gezahlt.
- Der Vertrag befindet sich nicht im Mahnverfahren nach § 38 VVG und ist weder gekündigt noch beitragsfrei gestellt.
- Die nach Ablauf der Beitragsstundung verbleibende Versicherungsdauer beträgt noch mindestens fünf Jahre.
- Das Deckungskapital des Vertrags zum Ende des Stundungszeitraums erreicht mindestens die Höhe der zu stundenden Beiträge zuzüglich Stundungszinsen.
- Gestundete Beiträge und Stundungszinsen aus gegebenenfalls vorher erfolgten Stundungen wurden vollständig ausgeglichen.

Sofern die Leistungen ganz oder teilweise abgetreten oder verpfändet sind, machen wir die Beitragsstundung von der Einwilligung des Abtretungs- bzw. Pfändungsgläubigers abhängig, dass gestundete Beiträge von uns mit dem Deckungskapital verrechnet werden dürfen.

(2) Nach Ablauf des Stundungszeitraums können Sie die gestundeten Beiträge einschließlich der darauf entfallenden Stundungszinsen in einem Betrag nachzahlen.
Auf Antrag können Sie mit uns auch eine
- Rückzahlung in Raten über einen Zeitraum von bis zu 24 Monaten oder
- eine Verrechnung mit dem vorhandenen Deckungskapital im Rahmen einer Vertragsänderung

vereinbaren. Im Fall einer Verrechnung mit dem Deckungskapital setzen wir die vereinbarten Leistungen unter Berücksichtigung des verbleibenden Beitrags und des vorhandenen Deckungskapitals nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik unter Zugrundelegung der Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode herab. Die herabgesetzte Versicherungssumme muss den Mindestbetrag nach unseren "Bestimmungen über sonstige Kosten und tarifabhängige Begrenzungen für die Risiko-Lebensversicherung" erreichen. Erreicht die herabgesetzte Versicherungssumme den Mindestbetrag nicht, endet die Versicherung.

Dynamik
(3) Während der Dauer der Stundung finden - falls vereinbart - planmäßige Erhöhungen der Beiträge und Leistungen statt.

Leistungsfall
(4) Bei Fälligkeit einer Leistung verrechnen wir etwaige rückständige Beiträge und Stundungszinsen.

Kosten

§ 20 Wie verrechnen wir die Abschlusskosten?

Abschlusskosten
(1) Wenn Sie einen Versicherungsvertrag abschließen, entstehen Kosten. Zu diesen sogenannten Abschlusskosten gehören insbesondere Abschlussprovisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschlusskosten die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung sowie Werbeaufwendungen. Wir haben die Kosten bereits pauschal bei der Tarifkalkulation berücksichtigt. Sie werden Ihnen daher nicht gesondert in Rechnung gestellt.

Verrechnung der Abschlusskosten
(2) Bei laufender Beitragszahlung wenden wir auf Ihren Vertrag das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung (DeckRV) an. Dies bedeutet, dass wir die ersten Beiträge zur Tilgung von Abschlusskosten heranziehen (Zillmerverfahren). Dies gilt jedoch nicht für den Teil der ersten Beiträge, der aufgrund von gesetzlichen Regelungen für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und die Bildung der Deckungsrückstellung bestimmt ist.
Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der DeckRV auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Beiträge beschränkt. Die restlichen Abschlusskosten werden während der Beitragszahlungsdauer aus den laufenden Beiträgen getilgt.
Bei einem Einmalbeitrag werden die Abschlusskosten diesem entnommen.

Folgen der Kostenverteilung
(3) Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihres Vertrags nur geringe Beträge zur Umwandlung in einen beitragsfreien Vertrag vorhanden sind (siehe § 18). Nähere Informationen zu den beitragsfreien Versicherungssummen und den Rückkaufswerten können Sie Ihren Vertragsunterlagen entnehmen.

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

Sonstige Kosten
(1) Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir pauschal die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten gesondert in Rechnung stellen. Die derzeit gültigen Kosten können Sie den als Anlage beigefügten "Bestimmungen über sonstige Kosten und tarifabhängige Begrenzungen für die Risiko-Lebensversicherung" entnehmen. Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Bedingungen. Wir können die Kosten neu festlegen, wenn sich die durchschnittlich entstehenden Kosten für den zusätzlichen Verwaltungsaufwand nicht nur vorübergehend geändert haben und der neu festgesetzte Betrag angemessen und erforderlich ist, um die durchschnittlich entstehenden Kosten zu decken. Über künftige Änderungen werden wir Sie jeweils informieren.

(2) Wir haben uns bei der Bemessung der Pauschale an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand orientiert. Diesen werden wir auf Ihr Verlangen nachweisen. Wenn Sie uns nachweisen, dass die Pauschale in Ihrem konkreten Fall wesent-

lich niedriger liegen muss, wird sie entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass die Pauschale in Ihrem konkreten Fall überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt sie.

(3) Alle etwaigen öffentlichen Abgaben (z. B. Steuern), die von uns für Ihren Vertrag abzuführen sind, verrechnen wir mit den Leistungen bzw. sind uns zu erstatten.

Tarifabhängige Begrenzungen

(4) Für Ihren Vertrag gelten bestimmte tarifabhängige Begrenzungen. Die derzeit gültigen Begrenzungen können Sie den "Bestimmungen über sonstige Kosten und tarifabhängige Begrenzungen für die Risiko-Lebensversicherung" entnehmen. Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Bedingungen. Wir können Begrenzungen in angemessener Weise neu festlegen. Über künftige Änderungen werden wir Sie informieren.

Sonstige Vertragsbestimmungen

§ 22 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

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

(2) Den Inhaber der Urkunde können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Vertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber der Urkunde seine Berechtigung nachweist.

(3) In den Fällen des § 4 Absatz 4 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die Anzeige des bisherigen Berechtigten in Textform vorliegt.

§ 23 Wann verjähren versicherungsvertragliche Ansprüche?

(1) Ansprüche aus diesem Vertrag verjähren innerhalb der gesetzlichen Frist von drei Jahren (§§ 195 ff. Bürgerliches Gesetzbuch). Die Verjährungsfrist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Anspruchserhebende von den anspruchsbegründenden Umständen Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste.

(2) Wenn der Anspruchserhebende die Verjährungsfrist verstreichen lässt, ohne die Ansprüche gerichtlich geltend zu machen, sind wir berechtigt, die Leistung zu verweigern. Dies gilt nicht für Ansprüche, soweit wir diese bereits anerkannt haben.

§ 24 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 25 Welche außergerichtlichen Schlichtungs- oder Beschwerdestellen können Sie in Anspruch nehmen?

Unser Beschwerdemanagement

(1) Wenn Sie mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, können Sie sich an unsere interne Beschwerdestelle wenden. Diese können Sie über den folgenden Weg erreichen:
www.provinzial-leben.de

Versicherungsombudsmann

(2) Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen. Es gilt die Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns. Den Versicherungsombudsmann können Sie über folgende Wege erreichen:

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

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

Versicherungsaufsicht

(3) Darüber hinaus können Sie sich auch an die für uns zuständige Aufsicht wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin). Die BaFin können Sie über folgende Wege erreichen:

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

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

Rechtsweg

(4) Ihre Möglichkeit den Rechtsweg zu beschreiten bleibt hiervon unberührt.

§ 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 auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

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

§ 27 Wann können wir die Beiträge und Leistungen anpassen?

(1) Wir sind nach § 163 VVG zu einer Neufestsetzung des vereinbarten Beitrags berechtigt, wenn
- sich der Leistungsbedarf nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den Rechnungsgrundlagen des vereinbarten Beitrags 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 vorstehenden Voraussetzungen überprüft und bestätigt hat.

Eine Neufestsetzung des Beitrags 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) Sie können verlangen, dass anstelle einer Erhöhung des Beitrags nach Absatz 1 die Versicherungsleistungen entsprechend herabgesetzt werden. Bei einer beitragsfreien Versicherung sind wir unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 zur Herabsetzung der Versicherungsleistungen berechtigt.

(3) Die Neufestsetzung des Beitrags und die Herabsetzung der Versicherungsleistungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung oder der Herabsetzung und der hierfür maßgeblichen Gründe an Sie folgt.

§ 28 Wann können wir diese Bedingungen anpassen?

(1) Ist eine Bestimmung in unseren Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie nach § 164 VVG 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.

(2) Die neue Regelung nach Absatz 1 wird zwei Wochen, nachdem wir Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt haben, Vertragsbestandteil.

(3) Sollte eine Bestimmung der Versicherungsbedingungen ganz oder teilweise unwirksam sein, berührt dies die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht.

Besondere Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung Smart

(Stand 15.03.2025)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Wenn Sie eine Risiko-Lebensversicherung Smart mit uns vereinbart haben, gelten ergänzend zu den "Allgemeine Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung"
- der zusätzliche Versicherungsschutz und
- die zusätzlichen Gestaltungsmöglichkeiten

der nachfolgenden "Besondere Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung Smart".

Inhalt

Zusätzlicher Versicherungsschutz

Welchen zusätzlichen Versicherungsschutz haben Sie in der Risiko-Lebensversicherung Smart?	§ 1
Gibt es einen vorläufigen Versicherungsschutz?	§ 2
Welche Leistung erhalten Sie bei einer schweren Krankheit (vorgezogene Todesfallleistung)?	§ 3
Wann und in welcher Höhe erhalten Sie den Hochzeitsbonus?	§ 4
Wann und in welcher Höhe erhalten Sie den Kinderbonus?	§ 5
Wann und in welcher Höhe erhalten Sie den Immobilienbonus?	§ 6
Welche zusätzliche Leistung erhalten Sie bei Tod im Ausland (Auslandsbonus)?	§ 7
Wann erhalten Sie eine Sofortleistung?	§ 8

Zusätzliche Gestaltungsmöglichkeiten

Welche zusätzlichen Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie in der Risiko-Lebensversicherung Smart?	§ 9
Wann und in welchem Umfang können Sie Ihren Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen (Erhöhungsoption)?	§ 10
Wann und in welchem Umfang können Sie Ihren Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung verlängern (Verlängerungsoption)?	§ 11
Wann können Sie den Beitrag aufgrund eines Berufswechsels ohne erneute Gesundheitsprüfung überprüfen lassen?	§ 12
Wann können Sie Ihre Risiko-Lebensversicherung in eine Risiko-Lebensversicherung Partner umwandeln?	§ 13

Zusätzlicher Versicherungsschutz

§ 1 Welchen zusätzlichen Versicherungsschutz haben Sie in der Risiko-Lebensversicherung Smart?

(1) Für Ihre Risiko-Lebensversicherung gelten alle Arten des zusätzlichen Versicherungsschutzes dieser Besonderen Bedingungen:
- Vorläufiger Versicherungsschutz (§ 2)
- Vorgezogene Todesfallleistung (§ 3)
- Hochzeitsbonus (§ 4)
- Kinderbonus (§ 5)
- Immobilienbonus (§ 6)
- Zusätzliche Leistung bei Tod im Ausland (§ 7)
- Sofortleistung (§ 8)

§ 2 Gibt es einen vorläufigen Versicherungsschutz?

Unter bestimmten Voraussetzungen beinhaltet Ihr Vertrag einen vorläufigen Versicherungsschutz. Nähere Informationen hierzu finden Sie in "Besondere Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz".

§ 3 Welche Leistung erhalten Sie bei einer schweren Krankheit (vorgezogene Todesfallleistung)?

Leistungsbeschreibung

(1) Wenn die versicherte Person bzw. eine der versicherten Personen während der Versicherungsdauer, spätestens jedoch zwölf Monate vor Ablauf der Versicherung, an einer schweren Krankheit nach Absatz 2 erkrankt, zahlen wir die vereinbarte Versicherungssumme bereits vor dem Tod, und der Vertrag endet.
Die Höhe der Versicherungssumme richtet sich bei Tarifen mit fallender Versicherungssumme nach dem Zeitpunkt der Stellung des Leistungsantrags.

Voraussetzungen

(2) Schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen ist jede fortschreitende, unheilbare Krankheit, die nach Ansicht des behandelnden Facharztes und unseres Gesellschaftsarztes innerhalb von zwölf Monaten zum Tode führen wird.
Maßgeblicher Zeitpunkt für die Prognose der Lebenserwartung ist die Stellung des Leistungsantrags. Dieser muss uns spätestens 12 Monate vor Ablauf der Versicherung vorliegen.
In Zweifelsfällen sind wir berechtigt, die Stellungnahme eines unabhängigen Facharztes einzuholen.

Ausschlüsse

(3) Eine vorgezogene Todesfallleistung wird nicht gewährt,
- wenn die schwere Krankheit im Sinne des Absatzes 2 auf die in den § 2 (Absätze 5 und 6), § 7 und § 8 der "Allgemeine Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung" genannten Umstände zurückzuführen ist oder auf Umstände, deren Nichtanzeige uns zum Rücktritt nach § 11 Absatz 5 der "Allgemeine Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung" berechtigt, oder
- wenn wir zur Anfechtung nach § 11 Absatz 17 der "Allgemeine Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung" berechtigt sind.

Mitwirkungspflichten

(4) Bei Beantragung der vorgezogenen Todesfallleistung ist uns außer dem Versicherungsschein ein Zeugnis eines Facharztes - einschließlich Befunden und, falls vorhanden, Krankenhausberichten - einzureichen, aus dem hervorgeht, dass bei der versicherten Person eine schwere Krankheit im Sinne von Absatz 2 vorliegt. Wir können weitere Nachweise und Auskünfte verlangen sowie erforderliche Erhebungen vornehmen, wie beispielsweise zum Rauchverhalten, wenn dies zur Klärung unserer Leistungspflicht erforderlich ist.

§ 4 Wann und in welcher Höhe erhalten Sie den Hochzeitsbonus?

Leistungsbeschreibung

(1) Wenn die versicherte Person innerhalb von zwölf Monaten nach ihrer standesamtlichen Eheschließung oder Begründung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft stirbt (Bonusanspruchszeitraum), erhöhen wir einmalig die Versicherungssumme um den Hochzeitsbonus.
Der Hochzeitsbonus beträgt 25 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme, höchstens jedoch 50.000 Euro. Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Risiko-Lebensversicherungen, gilt diese Höchstgrenze für alle Versicherungsverträge zusammen.

Mitwirkungspflichten

(2) Im Leistungsfall ist uns zusätzlich eine amtliche Heirats- oder Lebenspartnerschaftsurkunde einzureichen.

§ 5 Wann und in welcher Höhe erhalten Sie den Kinderbonus?

Leistungsbeschreibung

(1) Wenn die versicherte Person innerhalb von zwölf Monaten nach Geburt eines leiblichen Kindes oder Adoption eines minderjährigen Kindes stirbt (Bonusanspruchszeitraum), erhöhen wir einmalig die Versicherungssumme um den Kinderbonus.
Der Kinderbonus beträgt 25 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme, höchstens jedoch 50.000 Euro. Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Risiko-Lebensversicherungen, gilt diese Höchstgrenze für alle Versicherungsverträge zusammen.
Auch bei Eintritt mehrerer Ereignisse (d. h. Geburt bzw. Adoption mehrerer Kinder innerhalb des gleichen Bonusanspruchszeitraumes) wird der Kinderbonus nur einmalig gezahlt.

Mitwirkungspflichten

(2) Im Leistungsfall ist uns zusätzlich eine amtliche Geburts- bzw. Adoptionsurkunde einzureichen.

§ 6 Wann und in welcher Höhe erhalten Sie den Immobilienbonus?

Leistungsbeschreibung

(1) Wenn die versicherte Person innerhalb von zwölf Monaten nach Bau oder Erwerb einer selbst bewohnten Immobilie stirbt (Bonusanspruchszeitraum), erhöhen wir einmalig die Versicherungssumme um den Immobilienbonus.
Der Bonusanspruchszeitraum beginnt ab dem Tag der Baufreigabe durch das Bauamt oder dem Abschluss des notariellen Kaufvertrags für den Erwerb der Immobilie. Der Immobilienbonus beträgt 25 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme, höchstens jedoch 50.000 Euro. Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Risiko-Lebensversicherungen, gilt diese Höchstgrenze für alle Versicherungsverträge zusammen.
Auch bei Eintritt mehrerer Ereignisse (d. h. Bau bzw. Erwerb mehrerer selbst bewohnter Immobilien innerhalb des gleichen Bonusanspruchszeitraumes) wird der Immobilienbonus nur einmalig gezahlt.

Mitwirkungspflichten

(2) Im Leistungsfall ist uns zusätzlich die Baufreigabe durch das Bauamt oder der notarielle Kaufvertrag einzureichen.

§ 7 Welche zusätzliche Leistung erhalten Sie bei Tod im Ausland (Auslandsbonus)?

Leistungsbeschreibung

(1) Wenn die versicherte Person während eines privat oder beruflich bedingten Aufenthalts im Ausland stirbt, erhöhen wir einmalig die Versicherungssumme um den Auslandsbonus.
Der Auslandsbonus beträgt fünf Prozent der zum Zeitpunkt des Todes geltenden Versicherungssumme, höchstens jedoch 10.000 Euro. Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Risiko-Lebensversicherungen, gilt diese Höchstgrenze für alle Versicherungsverträge zusammen. Als Ausland im Sinne dieser Bedingungen gilt jedes Land, in dem die versicherte Person weder einen Wohnsitz noch einen gewöhnlichen Aufenthaltsort begründet hat.

Ausschlüsse

(2) Ein Anspruch auf die zusätzliche Versicherungsleistung bei Tod im Ausland besteht nicht, wenn der Tod der versicherten Person während eines geplanten Aufenthalts von mehr als 45 Tagen eintritt oder die Gesamtaufenthaltsdauer der versicherten Person im Ausland im entsprechenden Kalenderjahr einen Zeitraum von insgesamt 90 Tagen überschreitet. Als Tag gilt dabei jeweils auch ein Aufenthalt im Ausland von unter 24 Stunden.

§ 8 Wann erhalten Sie eine Sofortleistung?

Leistungsbeschreibung

(1) Bei Tod der versicherten Person zahlen wir nach Vorlage des Versicherungsscheins und der Sterbeurkunde eine Sofortleistung in Höhe von fünf Prozent der vereinbarten Versicherungssumme, höchstens jedoch 10.000 Euro, an den Bezugsberechtigten. Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Risiko-Lebensversicherungen, gilt diese Höchstgrenze für alle Versicherungsverträge zusammen.
Wir erbringen diese Leistung, wenn
- der Vertrag seit Vertragsbeginn mindestens drei Jahre bestanden hat,
- die Beiträge bis zum Zeitpunkt des Todes in voller Höhe gezahlt wurden und
- der Tod nicht auf einem Ausschluss gemäß §§ 7 und 8 der "Allgemeine Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung" beruht.

(2) Die Sofortleistung wird nicht zusätzlich zur Versicherungssumme gezahlt. Sobald wir die Leistungsprüfung abgeschlossen haben und die Versicherungssumme ausgezahlt werden kann, verrechnen wir die bereits erbrachte Sofortleistung mit der Versicherungssumme.

(3) Die gezahlte Sofortleistung verlangen wir unter keinen Umständen zurück. Dies gilt auch dann, wenn wir nach Abschluss der Leistungsprüfung gemäß § 11 der "Allgemeine Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung" von diesem Vertrag zurücktreten bzw. diesen Vertrag anfechten.

Zusätzliche Gestaltungsmöglichkeiten

§ 9 Welchen zusätzliche Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie in der Risiko-Lebensversicherung Smart?

Der Umfang der zusätzlichen Gestaltungsmöglichkeiten hängt von dem von Ihnen gewählten Tarif ab.

(1) Für die Risiko-Lebensversicherung mit gleichbleibender Versicherungssumme nach § 1 Absatz 1 der "Allgemeine Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung" gelten alle Arten der zusätzlichen Gestaltungsmöglichkeiten dieser Besonderen Bedingungen:
- Erhöhungsoption (§ 10)
- Verlängerungsoption (§ 11)
- Wechsel in eine günstigere Berufsgruppe (§ 12)
- Aufnahme einer zweiten versicherten Person in den Vertrag (§ 13)

(2) Für die Risiko-Lebensversicherung Partner mit gleichbleibender Versicherungssumme nach § 1 Absatz 2 der "Allgemeine Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung" gelten die folgenden Arten der zusätzlichen Gestaltungsmöglichkeiten dieser Besonderen Bedingungen:
- Erhöhungsoption (§ 10)
- Verlängerungsoption (§ 11)
- Wechsel in eine günstigere Berufsgruppe (§ 12)

(3) Für die Risiko-Lebensversicherung mit fallender Versicherungssumme nach § 1 (Absätze 3 bis 5) der "Allgemeine Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung" gilt die folgende Art der zusätzlichen Gestaltungsmöglichkeiten dieser Besonderen Bedingungen:
- Wechsel in eine günstigere Berufsgruppe (§ 12)

§ 10 Wann und in welchem Umfang können Sie Ihren Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen (Erhöhungsoption)?

(1) Sie können den Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen. Wir fragen jedoch, ob eine Gefahrerhöhung durch Rauchen nach § 2 der "Allgemeine Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung" stattgefunden hat.
Bestehen für die versicherte Person mehrere Risiko-Lebensversicherungen, kann das Erhöhungsrecht nur für einen Vertrag in Anspruch genommen werden. Dieser ist bei der ersten Erhöhung zu benennen (ursprüngliche Versicherung).

Mögliche Ereignisse für das Recht auf Erhöhung

(2) Sie haben ein Erhöhungsrecht nach Eintritt folgender Ereignisse bei einer versicherten Person:
- Heirat bzw. Begründung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft
- Ehescheidung bzw. Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft
- Tod des Ehepartners bzw. eingetragenen Lebenspartners
- Geburt eines leiblichen Kindes oder Adoption eines minderjährigen Kindes
- Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit nach Abschluss einer staatlich anerkannten beruflichen oder akademischen Ausbildung
- Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit als Hauptberuf
- Wegfall der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung bei Handwerkern und Selbstständigen
- das regelmäßige Bruttojahresarbeitseinkommen bei nichtselbstständiger Tätigkeit überschreitet erstmalig die Beitragsbemessungsgrenze in der GRV
- Erhöhung des regelmäßigen Bruttojahresarbeitseinkommens bei nichtselbstständiger Tätigkeit um mindestens 10 % innerhalb eines Jahres
- nachhaltige Steigerung des Gewinns vor Steuern bei Selbstständigen um mindestens 10 % p. a. im Durchschnitt der letzten drei Jahre
- Kauf einer Eigentumswohnung oder eines bebauten oder unbebauten Grundstücks zur überwiegenden Selbstnutzung zu Wohnzwecken
- Aufnahme eines Darlehens über mindestens 100.000 EUR zum Zwecke einer notwendigen Nachfinanzierung eines solchen Kaufs oder der Sanierung einer überwiegend selbstgenutzten Immobilie
- Kürzung der gesetzlichen Rentenanwartschaften durch Gesetz
- Wegfall oder Kürzung einer berufsbedingten, insbesondere berufsständischen oder betrieblichen Altersversorgung
- Erreichen der Volljährigkeit
- Abschluss einer akademischen Weiterqualifizierung (z. B. Facharzt, Bachelor, Master, Staatsexamen) eines Akademikers, der eine seiner Ausbildung entsprechende berufliche Tätigkeit ausübt
- erfolgreicher Abschluss einer Meisterprüfung

Bei einer Risiko-Lebensversicherung Partner kann das Erhöhungsrecht nach Eintritt ein und desselben Ereignisses nur einmal ausgeübt werden.

Wenn Sie von Ihrem Erhöhungsrecht Gebrauch machen möchten, müssen Sie die Erhöhung innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt des Ereignisses unter Vorlage eines entsprechenden Nachweises in Textform beantragen. Im Falle einer Erhöhung des Bruttojahresarbeitseinkommens beginnt diese Frist mit dem Monat der Einkommenserhöhung.
Nach Ablauf der jeweiligen Frist können wir die Erhöhung von einer erneuten Gesundheitsprüfung abhängig machen.

Ende des Rechts auf Erhöhung

(3) Das Recht auf Erhöhung endet, wenn
- die versicherte Person bzw. eine der versicherten Personen das 50. Lebensjahr vollendet hat,
- bei der ursprünglichen Versicherung mit vereinbarter Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung als Beitragsbefreiung Berufsunfähigkeit eingetreten ist (nach Eintritt der Berufsunfähigkeit noch durchgeführte Erhöhungen entfallen rückwirkend, oder
- die ursprüngliche Versicherung beitragsfrei gestellt wird.

Art und Umfang der Erhöhung

(4) Soweit nichts anderes vereinbart wird, gelten für die Erhöhungsversicherung die vertraglichen Vereinbarungen und Erklärungen einschließlich der Bezugsrechtsverfügung sowie die Annahmeentscheidung der ursprünglichen Versicherung.

(5) Die Erhöhung erfolgt durch eine neue Risiko-Lebensversicherung mit gleichartigem Versicherungsschutz nach dem dann gültigen Tarif und den dann maßgeblichen Daten der versicherten Person (z. B. rechnungsmäßiges Alter, Beruf, Raucherstatus). Der Ablauf der Erhöhungsversicherung darf nicht später als 11 Monate nach dem Ablauf der ursprünglichen Versicherung liegen.

Maximaler Umfang der Erhöhung

(6) Die Erhöhungssumme darf höchstens 50.000 EUR betragen, jedoch nicht mehr als die Versicherungssumme der ursprünglichen Versicherung vor der Erhöhung. Innerhalb von fünf Jahren dürfen die Erhöhungssummen insgesamt 100.000 EUR nicht überschreiten. Insgesamt ist die Summe aller Erhöhungen während der Versicherungsdauer auf das Doppelte der bei Vertragsabschluss vereinbarten Versicherungssumme begrenzt. Außerdem darf die Höchstversicherungssumme nach unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen für die Risiko-Lebensversicherung" durch die Erhöhungssumme nicht überschritten werden.

§ 11 Wann und in welchem Umfang können Sie Ihren Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung verlängern (Verlängerungsoption)?

(1) Sie können den Versicherungsschutz einmalig ohne erneute Gesundheitsprüfung verlängern. Durch die Verlängerung ändert sich die Versicherungssumme der Risiko-Lebensversicherung nicht. Ab dem Termin, zu dem die Änderung vorgenommen wird (Änderungstermin), ändert sich der Beitrag.

Voraussetzungen

(2) Für eine Verlängerung gelten alle folgenden Voraussetzungen:
- Der Änderungstermin liegt mindestens fünf Jahre vor dem ursprünglichen Ablauftermin.
- Ihre Versicherung, inklusive etwaiger eingeschlossener Zusatzversicherungen, ist sowohl zum Antrags- als auch zum Änderungstermin nicht beitragsfrei gestellt.
- Sie haben keinen Vertrag gegen Einmalbetrag abgeschlossen.
- Sie können die Versicherungsdauer höchstens um die ursprünglich vereinbarte Versicherungsdauer verlängern, höchstens jedoch um 15 Jahre. Die gesamte Versicherungsdauer nach Verlängerung darf jedoch die bei Abschluss des ursprünglichen Vertrags gültige maximale Versicherungsdauer nicht überschreiten.
- Das Ende des verlängerten Versicherungsschutzes muss spätestens innerhalb des Kalenderjahres liegen, in dem die versicherte Person das bei Abschluss des ursprünglichen Vertrags gültige tariflich festgelegte Höchstendalter vollendet. Bei einer Risiko-Lebensversicherung Partner ist als maximal zulässiges Endalter das der ältesten versicherten Person maßgeblich.

Die ganzjährige Verlängerung des Versicherungsschutzes ist nur zum Jahrestag des Vertrags möglich. Der Antrag auf Verlängerung des Versicherungsschutzes muss uns in Textform spätestens zwei Monate vor dem gewünschten Änderungstermin zugegangen sein.

Auswirkungen

(3) Beantragen Sie die Verlängerung des Versicherungsschutzes, hat das folgende Auswirkungen:
- Wenn Sie eine Zusatzversicherung abgeschlossen haben, wird auch für diese der Versicherungsschutz verlängert. Hierbei müssen die Begrenzungen der Zusatzversicherung eingehalten werden.
- Bei einer Verlängerung des Versicherungsschutzes eines Nichtrauchertarifs behalten wir uns nach § 2 (8) der "Allgemeine Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung" vor, Ihren Nichtraucherstatus zu überprüfen.

Neuberechnung des Beitrags

(4) Die Beiträge werden ab dem Änderungstermin für die restliche Beitragszahlungsdauer neu berechnet und können sich erhöhen.
Unter Berücksichtigung des Versicherungsschutzes nach den Absätzen 1 bis 3 und des aus Ihrer Versicherung zur Verfügung stehenden Deckungskapitals berechnen wir die neuen Beiträge nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik unter Zugrundelegung:
- der Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation, die bei Abschluss des ursprünglichen Vertrags zugrunde lagen,
- des zum Änderungstermin erreichten rechnungsmäßigen Alters der versicherten Person,
- der neuen restlichen Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer sowie
- eines evtl. bereits vereinbarten Beitragszuschlags.

§ 12 Wann können Sie Ihren Beitrag aufgrund eines Berufswechsels ohne erneute Gesundheitsprüfung überprüfen lassen?

(1) Wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer einen Berufswechsel vornimmt, können Sie ohne erneute Gesundheitsprüfung überprüfen lassen, ob sich durch den Berufswechsel der Beitrag für Ihre Versicherung reduziert.

Voraussetzungen

(2) Unter einem Berufswechsel verstehen wir
- den Wechsel in eine neue berufliche Tätigkeit
- die Aufnahme eines Studiums, einer Ausbildung oder einer erstmaligen beruflichen Tätigkeit
- einen Wechsel der Schulform, wenn die versicherte Person Schüler ist
- einen Wechsel der Studienrichtung, wenn die versicherte Person Student ist

(3) Weitere Voraussetzungen für eine Überprüfung des Beitrags sind:
- Seit dem Berufswechsel der versicherten Person sind mindestens 12 Monate vergangen. Wir behalten uns das Recht vor, entsprechende Nachweise anzufordern.
- Der neue Beruf muss bei uns versicherbar sein.
- Die versicherte Person hat das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet.
- Die versicherte Person war bis zum Zeitpunkt der Beantragung weder berufsunfähig bzw. erwerbsgemindert noch ein möglicher Leistungsfall im Hinblick auf Berufsunfähigkeit, Erwerbsminderung oder Pflegebedürftigkeit und bestätigt uns dieses.
- Der Vertrag ist beitragspflichtig.

Eine Reduzierung des Beitrags aufgrund eines Berufswechsels ist mehrmals möglich, sofern die genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

(4) Die Überprüfung des Beitrags ist zum Beginn jeder Versicherungsperiode möglich. Der Antrag auf Überprüfung des Beitrags muss uns in Textform spätestens zwei Monate vor dem gewünschten Änderungstermin zugegangen sein.

Neuberechnung des Beitrags

(5) Sofern die Prüfung ergibt, dass der Berufswechsel zur Reduzierung des Beitrags führt, berechnen wir den neu zu zahlenden Beitrag für die verbleibende Versicherungsdauer. Umfang und Höhe der versicherten Leistungen ändern sich nicht.
Die Reduzierung des Beitrags erfolgt im laufenden Vertrag. Verwendung finden dabei die Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation zu Vertragsbeginn.
Die Risikoeinstufung des Versicherungsvertrags (insbesondere Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse) bleibt unverändert.

(6) Wenn die neuen berufsbezogenen Merkmale nicht zu einem niedrigeren Beitrag führen, bleibt der bisherige Beitrag unverändert.

§ 13 Wann können Sie Ihre Risiko-Lebensversicherung in eine Risiko-Lebensversicherung Partner umwandeln?

(1) Sie können bei laufender Beitragszahlung Ihre Risiko-Lebensversicherung mit gleichbleibender Versicherungssumme mit einer vereinfachten Risikoprüfung in eine Risiko-Lebensversicherung Partner mit gleichbleibender Versicherungssumme umwandeln, also eine zweite versicherte Person in den Vertrag aufnehmen.

Mögliche Ereignisse für das Recht auf Umwandlung

(2) Sie haben ein Recht auf Umwandlung nach Eintritt folgender Lebensereignisse:
- Heirat bzw. Begründung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft mit der in den Vertrag aufzunehmenden zweiten versicherten Person
- Geburt eines gemeinsamen Kindes oder gemeinsame Adoption eines minderjährigen Kindes der versicherten Person und der in den Vertrag aufzunehmenden zweiten versicherten Person
- Bau oder Kauf einer selbst bewohnten Immobilie gemeinsam mit der in den Vertrag aufzunehmenden zweiten versicherten Person

(3) Sie müssen die Umwandlung innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt des Ereignisses unter Vorlage eines entsprechenden Nachweises in Textform beantragen.
Sowohl die versicherte Person als auch die in den Vertrag aufzunehmende zweite versicherte Person dürfen zum Zeitpunkt der Umwandlung das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
Ferner darf zum Zeitpunkt der Umwandlung in eine Risiko-Lebensversicherung Partner die Versicherungssumme höchstens 200.000 EUR betragen.
Eine Umwandlung ist für Rückdeckungsversicherungen nicht möglich.

(4) Die Umwandlung ist nur zum Jahrestag des Vertrags möglich. Der Antrag auf Umwandlung muss uns in Textform spätestens zwei Monate vor dem gewünschten Termin zugegangen sein.

Besondere Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung Komfort

(Stand 15.03.2025)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Wenn Sie eine Risiko-Lebensversicherung Komfort mit uns vereinbart haben, gelten ergänzend zu den "Allgemeine Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung"
- der zusätzliche Versicherungsschutz und
- die zusätzlichen Gestaltungsmöglichkeiten

der nachfolgenden "Besondere Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung Komfort".

Inhalt

Zusätzlicher Versicherungsschutz
Welchen zusätzlichen Versicherungsschutz haben Sie in der Risiko-Lebensversicherung Komfort? § 1
Gibt es einen vorläufigen Versicherungsschutz? § 2
Welche Leistung erhalten Sie bei einer schweren Krankheit (vorgezogene Todesfallleistung)? § 3
Wann und in welcher Höhe erhalten Sie den Hochzeitsbonus? § 4
Wann und in welcher Höhe erhalten Sie den Kinderbonus? § 5
Wann und in welcher Höhe erhalten Sie den Immobilienbonus? § 6
Welche zusätzliche Leistung erhalten Sie bei Tod im Ausland (Auslandsbonus)? § 7
Wann erhalten Sie eine Sofortleistung? § 8

Unterstützungsleistung
Wann und in welcher Höhe erhalten Sie eine Unterstützungsleistung bei bestimmten Erkrankungen? § 9

Zusätzliche Gestaltungsmöglichkeiten
Welche zusätzlichen Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie in der Risiko-Lebensversicherung Komfort? § 10
Wann und in welchem Umfang können Sie Ihren Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen (Erhöhungsoption)? § 11
Wann und in welchem Umfang können Sie Ihren Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung verlängern (Verlängerungsoption)? § 12
Wann können Sie den Beitrag aufgrund eines Berufswechsels ohne erneute Gesundheitsprüfung überprüfen lassen? § 13
Wann können Sie Ihre Risiko-Lebensversicherung in eine Risiko-Lebensversicherung Partner umwandeln? § 14

Zusätzlicher Versicherungsschutz

§ 1 Welchen zusätzlichen Versicherungsschutz haben Sie in der Risiko-Lebensversicherung Komfort?

(1) Für Ihre Risiko-Lebensversicherung gelten alle Arten des zusätzlichen Versicherungsschutzes dieser Besonderen Bedingungen:
- Vorläufiger Versicherungsschutz (§ 2)
- Vorgezogene Todesfallleistung (§ 3)
- Hochzeitsbonus (§ 4)
- Kinderbonus (§ 5)
- Immobilienbonus (§ 6)
- Zusätzliche Leistung bei Tod im Ausland (§ 7)
- Sofortleistung (§ 8)
- Unterstützungsleistung bei bestimmten Erkrankungen (§ 9)

§ 2 Gibt es einen vorläufigen Versicherungsschutz?

Unter bestimmten Voraussetzungen beinhaltet Ihr Vertrag einen vorläufigen Versicherungsschutz. Nähere Informationen hierzu finden Sie in "Besondere Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz".

§ 3 Welche Leistung erhalten Sie bei einer schweren Krankheit (vorgezogene Todesfallleistung)?

Leistungsbeschreibung

(1) Wenn die versicherte Person bzw. eine der versicherten Personen während der Versicherungsdauer, spätestens jedoch zwölf Monate vor Ablauf der Versicherung, an einer schweren Krankheit nach Absatz 2 erkrankt, zahlen wir die vereinbarte Versicherungssumme bereits vor dem Tod, und der Vertrag endet.
Die Höhe der Versicherungssumme richtet sich bei Tarifen mit fallender Versicherungssumme nach dem Zeitpunkt der Stellung des Leistungsantrags.

Voraussetzungen

(2) Schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen ist jede fortschreitende, unheilbare Krankheit, die nach Ansicht des behandelnden Facharztes und unseres Gesellschaftsarztes innerhalb von zwölf Monaten zum Tode führen wird.
Maßgeblicher Zeitpunkt für die Prognose der Lebenserwartung ist die Stellung des Leistungsantrags. Dieser muss uns spätestens 12 Monate vor Ablauf der Versicherung vorliegen.
In Zweifelsfällen sind wir berechtigt, die Stellungnahme eines unabhängigen Facharztes einzuholen.

Ausschlüsse

(3) Eine vorgezogene Todesfallleistung wird nicht gewährt,
- wenn die schwere Krankheit im Sinne des Absatzes 2 auf die in den § 2 (Absätze 5 und 6), § 7 und § 8 der "Allgemeine Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung" genannten Umstände zurückzuführen ist oder auf Umstände, deren Nichtanzeige uns zum Rücktritt nach § 11 Absatz 5 der "Allgemeine Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung" berechtigt, oder

- wenn wir zur Anfechtung nach § 11 Absatz 17 der "Allgemeine Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung" berechtigt sind.

Mitwirkungspflichten

(4) Bei Beantragung der vorgezogenen Todesfallleistung ist uns außer dem Versicherungsschein ein Zeugnis eines Facharztes - einschließlich Befunden und, falls vorhanden, Krankenhausberichten - einzureichen, aus dem hervorgeht, dass bei der versicherten Person eine schwere Krankheit im Sinne von Absatz 2 vorliegt. Wir können weitere Nachweise und Auskünfte verlangen sowie erforderliche Erhebungen vornehmen, wie beispielsweise zum Rauchverhalten, wenn dies zur Klärung unserer Leistungspflicht erforderlich ist.

§ 4 Wann und in welcher Höhe erhalten Sie den Hochzeitsbonus?

Leistungsbeschreibung

(1) Wenn die versicherte Person innerhalb von zwölf Monaten nach ihrer standesamtlichen Eheschließung oder Begründung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft stirbt (Bonusanspruchszeitraum), erhöhen wir einmalig die Versicherungssumme um den Hochzeitsbonus.
Der Hochzeitsbonus beträgt 25 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme, höchstens jedoch 50.000 Euro. Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Risiko-Lebensversicherungen, gilt diese Höchstgrenze für alle Versicherungsverträge zusammen.

Mitwirkungspflichten

(2) Im Leistungsfall ist uns zusätzlich eine amtliche Heirats- oder Lebenspartnerschaftsurkunde einzureichen.

§ 5 Wann und in welcher Höhe erhalten Sie den Kinderbonus?

Leistungsbeschreibung

(1) Wenn die versicherte Person innerhalb von zwölf Monaten nach Geburt eines leiblichen Kindes oder Adoption eines minderjährigen Kindes stirbt (Bonusanspruchszeitraum), erhöhen wir einmalig die Versicherungssumme um den Kinderbonus.
Der Kinderbonus beträgt 25 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme, höchstens jedoch 50.000 Euro. Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Risiko-Lebensversicherungen, gilt diese Höchstgrenze für alle Versicherungsverträge zusammen.
Auch bei Eintritt mehrerer Ereignisse (d. h. Geburt bzw. Adoption mehrerer Kinder innerhalb des gleichen Bonusanspruchszeitraumes) wird der Kinderbonus nur einmalig gezahlt.

Mitwirkungspflichten

(2) Im Leistungsfall ist uns zusätzlich eine amtliche Geburts- bzw. Adoptionsurkunde einzureichen.

§ 6 Wann und in welcher Höhe erhalten Sie den Immobilienbonus?

Leistungsbeschreibung

(1) Wenn die versicherte Person innerhalb von zwölf Monaten nach Bau oder Erwerb einer selbst bewohnten Immobilie stirbt (Bonusanspruchszeitraum), erhöhen wir einmalig die Versicherungssumme um den Immobilienbonus.
Der Bonusanspruchszeitraum beginnt ab dem Tag der Baufreigabe durch das Bauamt oder dem Abschluss des notariellen Kaufvertrags für den Erwerb der Immobilie. Der Immobilienbonus beträgt 25 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme, höchstens jedoch 50.000 Euro. Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Risiko-Lebensversicherungen, gilt diese Höchstgrenze für alle Versicherungsverträge zusammen.
Auch bei Eintritt mehrerer Ereignisse (d. h. Bau bzw. Erwerb mehrerer selbst bewohnter Immobilien innerhalb des gleichen Bonusanspruchszeitraumes) wird der Immobilienbonus nur einmalig gezahlt.

Mitwirkungspflichten

(2) Im Leistungsfall ist uns zusätzlich die Baufreigabe durch das Bauamt oder der notarielle Kaufvertrag einzureichen.

§ 7 Welche zusätzliche Leistung erhalten Sie bei Tod im Ausland (Auslandsbonus)?

Leistungsbeschreibung

(1) Wenn die versicherte Person während eines privat oder beruflich bedingten Aufenthalts im Ausland stirbt, erhöhen wir einmalig die Versicherungssumme um den Auslandsbonus.
Der Auslandsbonus beträgt fünf Prozent der zum Zeitpunkt des Todes geltenden Versicherungssumme, höchstens jedoch 10.000 Euro. Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Risiko-Lebensversicherungen, gilt diese Höchstgrenze für alle Versicherungsverträge zusammen. Als Ausland im Sinne dieser Bedingungen gilt jedes Land, in dem die versicherte Person weder einen Wohnsitz noch einen gewöhnlichen Aufenthaltsort begründet hat.

Ausschlüsse

(2) Ein Anspruch auf die zusätzliche Versicherungsleistung bei Tod im Ausland besteht nicht, wenn der Tod der versicherten Person während eines geplanten Aufenthalts von mehr als 45 Tagen eintritt oder die Gesamtaufenthaltsdauer der versicherten Person im Ausland im entsprechenden Kalenderjahr einen Zeitraum von insgesamt 90 Tagen überschreitet. Als Tag gilt dabei jeweils auch ein Aufenthalt im Ausland von unter 24 Stunden.

§ 8 Wann erhalten Sie eine Sofortleistung?

Leistungsbeschreibung

(1) Bei Tod der versicherten Person zahlen wir nach Vorlage des Versicherungsscheins und der Sterbeurkunde eine Sofortleistung in Höhe von fünf Prozent der vereinbarten Versicherungssumme, höchstens jedoch 10.000 Euro, an den Bezugsberechtigten. Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Risiko-Lebensversicherungen, gilt diese Höchstgrenze für alle Versicherungsverträge zusammen.
Wir erbringen diese Leistung, wenn
- der Vertrag seit Vertragsbeginn mindestens drei Jahre bestanden hat,
- die Beiträge bis zum Zeitpunkt des Todes in voller Höhe gezahlt wurden und
- der Tod nicht auf einem Ausschluss gemäß §§ 7 und 8 der "Allgemeine Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung" beruht.

(2) Die Sofortleistung wird nicht zusätzlich zur Versicherungssumme gezahlt. Sobald wir die Leistungsprüfung abgeschlossen haben und die Versicherungssumme ausgezahlt werden kann, verrechnen wir die bereits erbrachte Sofortleistung mit der Versicherungssumme.

(3) Die gezahlte Sofortleistung verlangen wir unter keinen Umständen zurück. Dies gilt auch dann, wenn wir nach Abschluss der Leistungsprüfung gemäß § 11 der "Allgemeine Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung" von diesem Vertrag zurücktreten bzw. diesen Vertrag anfechten.

Unterstützungsleistung

§ 9 Wann und in welcher Höhe erhalten Sie eine Unterstützungsleistung bei bestimmten Erkrankungen?

Leistungsbeschreibung

(1) Wenn die versicherte Person bzw. eine der versicherten Personen während der Versicherungsdauer im Sinne von Absatz (2)
- an Krebs erkrankt,
- einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall erleidet,
- einen Hörverlust erleidet,
- erblindet oder
- querschnittsgelähmt wird,

zahlen wir - wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt der Stellung des Leistungsantrags noch lebt - eine Leistung in Höhe von 10 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme.
Sie müssen die Leistung innerhalb von 12 Monaten nach der ersten Diagnose beantragen.

Insgesamt zahlen wir diese Leistung während der Versicherungsdauer jeweils einmalig für jede der genannten Erkrankungen. Schlaganfall und Herzinfarkt zählen dabei als eine Erkrankung.

(2) **Erkrankungen im Sinne dieser Bedingungen**

(a) **Krebserkrankung**
Eine Krebserkrankung liegt vor, wenn
- eine Chemotherapie oder eine Strahlentherapie begonnen wurde oder diese unmittelbar bevorsteht oder
- zur Behandlung der Krebserkrankung eine Stammzellentransplantation (Knochenmarktransplantation) durchgeführt wurde oder diese unmittelbar bevorsteht oder wegen der Schwere der Krebserkrankung eine palliative Therapie durchgeführt wird.

(b) **Schlaganfall**
Ein Schlaganfall ist der Untergang von Hirngewebe, verursacht durch eine Durchblutungsstörung des Gehirns infolge eines Hirninfarkts oder einer Blutung innerhalb des Hirnschädels.
Voraussetzung für unsere Leistungspflicht ist, dass
- das Vorliegen eines Schlaganfalls durch CT (Computertomographie), MRT (Magnetresonanztomographie) oder andere entsprechende bildgebende Verfahren nachgewiesen wird und
- der Schlaganfall zu einem dauerhaften und objektivierbaren motorischen Funktionsausfall in einem Bereich geführt hat, der durch die vom Schlaganfall betroffene Hirnregion gesteuert wird, und
- die Beurteilung, ob die vorgehend genannten Voraussetzungen erfüllt sind, frühestens drei Monate nach dem Schlaganfall erfolgt ist.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind unfallbedingte Verletzungen von Hirngewebe oder Blutgefäßen und transitorische ischämische Attacken (TIA).

(c) **Herzinfarkt**
Ein Herzinfarkt ist ein akutes Ereignis, das innerhalb eines umschriebenen Herzmuskelbereichs zu einem Untergang von Herzmuskelzellen infolge eines Verschlusses eines oder mehrerer Herzkranzgefäße geführt hat.
Voraussetzung für unsere Leistungspflicht ist, dass
- für einen Herzinfarkt typische klinische Symptome vorliegen und
- ein vorübergehender Anstieg von herzspezifischem Troponin über den vom bestimmenden Labor zu Grunde gelegten Referenzwert für Herzinfarkte vorliegt und
- ein durch den Herzinfarkt verursachter Funktionsverlust des Herzens durch eine verminderte Auswurfleistung (Ejektionsfraktion) der linken Herzkammer unter 55 % oder durch regionale Wandbewegungsstörungen frühestens ein Monat nach dem akuten Ereignis nachweisbar ist.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind
- alle Ereignisse, die nicht von einem Kardiologen oder Internisten als Herzinfarkt bestätigt wurden,
- Herzinfarkte unbestimmten Alters,
- Anstiege von herzspezifischem Troponin, die direkt durch einen Eingriff am Herzen verursacht wurden, z. B. durch eine koronare Angiographie oder eine koronare Angioplastie.

(d) **Erblindung**
Eine Erblindung liegt vor, wenn bei der versicherten Person beidseitig ein vollständiges und nicht korrigierbares Fehlen des Augenlichtes auftritt. Als Erblindung gilt auch, wenn die Sehschärfe auf keinem Auge, auch nicht bei beidäugiger Prüfung, mehr als 1/50 beträgt.

(e) **Hörverlust**
Ein Hörverlust liegt vor, wenn bei der versicherten Person ein vollständiger und nicht korrigierbarer Verlust des Gehörs auftritt. Einem Hörverlust gleichgesetzt wird eine Hörminderung um mindestens 90 % ohne Korrekturmöglichkeit mit einem Hörgerät.

(f) **Querschnittslähmung**
Eine Querschnittslähmung liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer Schädigung des Rückenmarks dauerhaft auf einen Rollstuhl angewiesen ist.

Leistungseinschränkungen

(3) Es besteht kein Leistungsanspruch, wenn
- erstmalige Symptome innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes auftreten oder
- eine Diagnose von Krebs innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes erfolgt.

Erhöhen Sie Ihren Versicherungsschutz gemäß § 12, gilt die Frist von drei Monaten ab dem Änderungstermin erneut.

(4) Stirbt die versicherte Person innerhalb von 28 Tagen nach der Diagnose einer ernsthaften Erkrankung nach Absatz 2 und haben wir eine Unterstützungsleistung hieraus erbracht, vermindert sich die vereinbarte Versicherungssumme um 10%.

Mitwirkungspflichten

(5) Mit dem Antrag auf gesonderte Erlebensfallleistung ist uns ein Zeugnis eines Facharztes - einschließlich Befunden und, falls vorhanden, Krankenhausberichten - einzureichen, aus dem hervorgeht, dass bei der versicherten Person eine ernsthafte Krankheit im Sinne von Absatz (2) vorliegt.
Wir können weitere Nachweise und Auskünfte verlangen sowie erforderliche Erhebungen vornehmen, wenn dies zur Klärung unserer Leistungspflicht erforderlich ist.

Zusätzliche Gestaltungsmöglichkeiten

§ 10 Welchen zusätzliche Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie in der Risiko-Lebensversicherung Komfort?

Der Umfang der zusätzlichen Gestaltungsmöglichkeiten hängt von dem von Ihnen gewählten Tarif ab.

(1) Für die Risiko-Lebensversicherung mit gleichbleibender Versicherungssumme nach § 1 Absatz 1 der "Allgemeine Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung" gelten alle Arten der zusätzlichen Gestaltungsmöglichkeiten dieser Besonderen Bedingungen:
- Erhöhungsoption (§ 11)
- Verlängerungsoption (§ 12)
- Wechsel in eine günstigere Berufsgruppe (§ 13)
- Aufnahme einer zweiten versicherten Person in den Vertrag (§ 14)

(2) Für die Risiko-Lebensversicherung Partner mit gleichbleibender Versicherungssumme nach § 1 Absatz 2 der "Allgemeine Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung" gelten die folgenden Arten der zusätzlichen Gestaltungsmöglichkeiten dieser Besonderen Bedingungen:
- Erhöhungsoption (§ 11)
- Verlängerungsoption (§ 12)
- Wechsel in eine günstigere Berufsgruppe (§ 13)

(3) Für die Risiko-Lebensversicherung mit fallender Versicherungssumme nach § 1 (Absätze 3 bis 5) der "Allgemeine Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung" gilt die folgende Art der zusätzlichen Gestaltungsmöglichkeiten dieser Besonderen Bedingungen:
- Wechsel in eine günstigere Berufsgruppe (§ 13)

§ 11 Wann und in welchem Umfang können Sie Ihren Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen (Erhöhungsoption)?

(1) Sie können den Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen. Wir fragen jedoch, ob eine Gefahrerhöhung durch Rauchen nach § 2 der "Allgemeine Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung" stattgefunden hat.
Bestehen für die versicherte Person mehrere Risiko-Lebensversicherungen, kann das Erhöhungsrecht nur für einen Vertrag in Anspruch genommen werden. Dieser ist bei der ersten Erhöhung zu benennen (ursprüngliche Versicherung).

Mögliche Ereignisse für das Recht auf Erhöhung

(2) Sie haben ein Erhöhungsrecht nach Eintritt folgender Ereignisse bei einer versicherten Person:
- Heirat bzw. Begründung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft
- Ehescheidung bzw. Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft
- Tod des Ehepartners bzw. eingetragenen Lebenspartners
- Geburt eines leiblichen Kindes oder Adoption eines minderjährigen Kindes
- Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit nach Abschluss einer staatlich anerkannten beruflichen oder akademischen Ausbildung
- Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit als Hauptberuf
- Wegfall der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung bei Handwerkern und Selbstständigen
- das regelmäßige Bruttojahresarbeitseinkommen bei nichtselbstständiger Tätigkeit überschreitet erstmalig die Beitragsbemessungsgrenze in der GRV
- Erhöhung des regelmäßigen Bruttojahresarbeitseinkommens bei nichtselbstständiger Tätigkeit um mindestens 10 % innerhalb eines Jahres
- nachhaltige Steigerung des Gewinns vor Steuern bei Selbstständigen um mindestens 10 % p. a. im Durchschnitt der letzten drei Jahre
- Kauf einer Eigentumswohnung oder eines bebauten oder unbebauten Grundstücks zur überwiegenden Selbstnutzung zu Wohnzwecken
- Aufnahme eines Darlehens über mindestens 100.000 EUR zum Zwecke einer notwendigen Nachfinanzierung eines solchen Kaufs oder der Sanierung einer überwiegend selbstgenutzten Immobilie
- Kürzung der gesetzlichen Rentenanwartschaften durch Gesetz
- Wegfall oder Kürzung einer berufsbedingten, insbesondere berufsständischen oder betrieblichen Altersversorgung
- Erreichen der Volljährigkeit
- Abschluss einer akademischen Weiterqualifizierung (z. B. Facharzt, Bachelor, Master, Staatsexamen) eines Akademikers, der eine seiner Ausbildung entsprechende berufliche Tätigkeit ausübt
- erfolgreicher Abschluss einer Meisterprüfung

Bei einer Risiko-Lebensversicherung Partner kann das Erhöhungsrecht nach Eintritt ein und desselben Ereignisses nur einmal ausgeübt werden.

Wenn Sie von Ihrem Erhöhungsrecht Gebrauch machen möchten, müssen Sie die Erhöhung innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt des Ereignisses unter Vorlage eines entsprechenden Nachweises in Textform beantragen. Im Falle einer Erhöhung des Bruttojahresarbeitseinkommens beginnt diese Frist mit dem Monat der Einkommenserhöhung.
Nach Ablauf der jeweiligen Frist können wir die Erhöhung von einer erneuten Gesundheitsprüfung abhängig machen.

Ende des Rechts auf Erhöhung

(3) Das Recht auf Erhöhung endet, wenn
- die versicherte Person bzw. eine der versicherten Personen das 50. Lebensjahr vollendet hat,
- bei der ursprünglichen Versicherung mit vereinbarter Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung als Beitragsbefreiung Berufsunfähigkeit eingetreten ist (nach Eintritt der Berufsunfähigkeit noch durchgeführte Erhöhungen entfallen rückwirkend, oder
- die ursprüngliche Versicherung beitragsfrei gestellt wird.

Art und Umfang der Erhöhung

(4) Soweit nichts anderes vereinbart wird, gelten für die Erhöhungsversicherung die vertraglichen Vereinbarungen und Erklärungen einschließlich der Bezugsrechtsverfügung sowie die Annahmeentscheidung der ursprünglichen Versicherung.

(5) Die Erhöhung erfolgt durch eine neue Risiko-Lebensversicherung mit gleichartigem Versicherungsschutz nach dem dann gültigen Tarif und den dann maßgeblichen Daten der versicherten Person (z. B. rechnungsmäßiges Alter, Beruf, Raucherstatus). Der Ablauf der Erhöhungsversicherung darf nicht später als 11 Monate nach dem Ablauf der ursprünglichen Versicherung liegen.

Maximaler Umfang der Erhöhung

(6) Die Erhöhungssumme darf höchstens 50.000 EUR betragen, jedoch nicht mehr als die Versicherungssumme der ursprünglichen Versicherung vor der Erhöhung. Innerhalb von fünf Jahren dürfen die Erhöhungssummen insgesamt 100.000 EUR nicht überschreiten. Insgesamt ist die Summe aller Erhöhungen während der Versicherungsdauer auf das Doppelte der bei Vertragsabschluss vereinbarten Versicherungssumme begrenzt. Außerdem darf die Höchstversicherungssumme nach unseren "Bestimmungen über Gebühren und tarifabhängige Begrenzungen für die Risiko-Lebensversicherung" durch die Erhöhungssumme nicht überschritten werden.

§ 12 Wann und in welchem Umfang können Sie Ihren Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung verlängern (Verlängerungsoption)?

(1) Sie können den Versicherungsschutz einmalig ohne erneute Gesundheitsprüfung verlängern. Durch die Verlängerung ändert sich die Versicherungssumme der Risiko-Lebensversicherung nicht. Ab dem Termin, zu dem die Änderung vorgenommen wird (Änderungstermin), ändert sich der Beitrag.

Voraussetzungen

(2) Für eine Verlängerung gelten alle folgenden Voraussetzungen:
- Der Änderungstermin liegt mindestens fünf Jahre vor dem ursprünglichen Ablauftermin.
- Ihre Versicherung, inklusive etwaiger eingeschlossener Zusatzversicherungen, ist sowohl zum Antrags- als auch zum Änderungstermin nicht beitragsfrei gestellt.
- Sie haben keinen Vertrag gegen Einmalbetrag abgeschlossen.
- Sie können die Versicherungsdauer höchstens um die ursprünglich vereinbarte Versicherungsdauer verlängern, höchstens jedoch um 15 Jahre. Die gesamte Versicherungsdauer nach Verlängerung darf jedoch die bei Abschluss des ursprünglichen Vertrags gültige maximale Versicherungsdauer nicht überschreiten.
- Das Ende des verlängerten Versicherungsschutzes muss spätestens innerhalb des Kalenderjahres liegen, in dem die versicherte Person das bei Abschluss des ursprünglichen Vertrags gültige tariflich festgelegte Höchstendalter vollendet. Bei einer Risiko-Lebensversicherung Partner ist als maximal zulässiges Endalter das der ältesten versicherten Person maßgeblich.

Die ganzjährige Verlängerung des Versicherungsschutzes ist nur zum Jahrestag des Vertrags möglich. Der Antrag auf Verlängerung des Versicherungsschutzes muss uns in Textform spätestens zwei Monate vor dem gewünschten Änderungstermin zugegangen sein.

Auswirkungen

(3) Beantragen Sie die Verlängerung des Versicherungsschutzes, hat das folgende Auswirkungen:
- Wenn Sie eine Zusatzversicherung abgeschlossen haben, wird auch für diese der Versicherungsschutz verlängert. Hierbei müssen die Begrenzungen der Zusatzversicherung eingehalten werden.
- Bei einer Verlängerung des Versicherungsschutzes eines Nichtrauchertarifs behalten wir uns nach § 2 (8) der "Allgemeine Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung" vor, Ihren Nichtraucherstatus zu überprüfen.

Neuberechnung des Beitrags

(4) Die Beiträge werden ab dem Änderungstermin für die restliche Beitragszahlungsdauer neu berechnet und können sich erhöhen.
Unter Berücksichtigung des Versicherungsschutzes nach den Absätzen 1 bis 3 und des aus Ihrer Versicherung zur Verfügung stehenden Deckungskapitals berechnen wir die neuen Beiträge nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik unter Zugrundelegung:
- der Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation, die bei Abschluss des ursprünglichen Vertrags zugrunde lagen,
- des zum Änderungstermin erreichten rechnungsmäßigen Alters der versicherten Person,
- der neuen restlichen Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer sowie
- eines evtl. bereits vereinbarten Beitragszuschlags.

§ 13 Wann können Sie Ihren Beitrag aufgrund eines Berufswechsels ohne erneute Gesundheitsprüfung überprüfen lassen?

(1) Wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer einen Berufswechsel vornimmt, können Sie ohne erneute Gesundheitsprüfung überprüfen lassen, ob sich durch den Berufswechsel der Beitrag für Ihre Versicherung reduziert.

Voraussetzungen

(2) Unter einem Berufswechsel verstehen wir
- den Wechsel in eine neue berufliche Tätigkeit
- die Aufnahme eines Studiums, einer Ausbildung oder einer erstmaligen beruflichen Tätigkeit
- einen Wechsel der Schulform, wenn die versicherte Person Schüler ist
- einen Wechsel der Studienrichtung, wenn die versicherte Person Student ist

(3) Weitere Voraussetzungen für eine Überprüfung des Beitrags sind:
- Seit dem Berufswechsel der versicherten Person sind mindestens 12 Monate vergangen. Wir behalten uns das Recht vor, entsprechende Nachweise anzufordern.
- Der neue Beruf muss bei uns versicherbar sein.
- Die versicherte Person hat das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet.
- Die versicherte Person war bis zum Zeitpunkt der Beantragung weder berufsunfähig bzw. erwerbsgemindert noch ein möglicher Leistungsfall im Hinblick auf Berufsunfähigkeit, Erwerbsminderung oder Pflegebedürftigkeit und bestätigt uns dieses.
- Der Vertrag ist beitragspflichtig.

Eine Reduzierung des Beitrags aufgrund eines Berufswechsels ist mehrmals möglich, sofern die genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

(4) Die Überprüfung des Beitrags ist zum Beginn jeder Versicherungsperiode möglich. Der Antrag auf Überprüfung des Beitrags muss uns in Textform spätestens zwei Monate vor dem gewünschten Änderungstermin zugegangen sein.

Neuberechnung des Beitrags

(5) Sofern die Prüfung ergibt, dass der Berufswechsel zur Reduzierung des Beitrags führt, berechnen wir den neu zu zahlenden Beitrag für die verbleibende Versicherungsdauer. Umfang und Höhe der versicherten Leistungen ändern sich nicht.
Die Reduzierung des Beitrags erfolgt im laufenden Vertrag. Verwendung finden dabei die Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation zu Vertragsbeginn.
Die Risikoeinstufung des Versicherungsvertrags (insbesondere Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse) bleibt unverändert.

(6) Wenn die neuen berufsbezogenen Merkmale nicht zu einem niedrigeren Beitrag führen, bleibt der bisherige Beitrag unverändert.

§ 14 Wann können Sie Ihre Risiko-Lebensversicherung in eine Risiko-Lebensversicherung Partner umwandeln?

(1) Sie können bei laufender Beitragszahlung Ihre Risiko-Lebensversicherung mit gleichbleibender Versicherungssumme mit einer vereinfachten Risikoprüfung in eine Risiko-Lebensversicherung Partner mit gleichbleibender Versicherungssumme umwandeln, also eine zweite versicherte Person in den Vertrag aufnehmen.

Mögliche Ereignisse für das Recht auf Umwandlung

(2) Sie haben ein Recht auf Umwandlung nach Eintritt folgender Lebensereignisse:
- Heirat bzw. Begründung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft mit der in den Vertrag aufzunehmenden zweiten versicherten Person
- Geburt eines gemeinsamen Kindes oder gemeinsame Adoption eines minderjährigen Kindes der versicherten Person und der in den Vertrag aufzunehmenden zweiten versicherten Person
- Bau oder Kauf einer selbst bewohnten Immobilie gemeinsam mit der in den Vertrag aufzunehmenden zweiten versicherten Person

(3) Sie müssen die Umwandlung innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt des Ereignisses unter Vorlage eines entsprechenden Nachweises in Textform beantragen.
Sowohl die versicherte Person als auch die in den Vertrag aufzunehmende zweite versicherte Person dürfen zum Zeitpunkt der Umwandlung das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
Ferner darf zum Zeitpunkt der Umwandlung in eine Risiko-Lebensversicherung Partner die Versicherungssumme höchstens 200.000 EUR betragen.
Eine Umwandlung ist für Rückdeckungsversicherungen nicht möglich.

(4) Die Umwandlung ist nur zum Jahrestag des Vertrags möglich. Der Antrag auf Umwandlung muss uns in Textform spätestens zwei Monate vor dem gewünschten Termin zugegangen sein.

Besondere Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz

(Stand 15.03.2025)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Wenn Sie eine Risiko-Lebensversicherung Smart oder Komfort mit uns vereinbart haben, gelten ergänzend zu
- Allgemeine Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung
- Besondere Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung Smart bzw. Komfort

die nachfolgenden "Besondere Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz".

Inhalt

Leistungsbeschreibung	§ 1
Voraussetzungen	§ 2
Ausschlüsse	§ 3
Beginn und Ende	§ 4
Kosten	§ 5
Verhältnis zur beantragten Risiko-Lebensversicherung	§ 6

§ 1 Leistungsbeschreibung

Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich auf die für den Versicherungsbeginn beantragte Versicherungssumme aus der Risiko-Lebensversicherung, höchstens jedoch auf 100.000 Euro. Dies gilt auch dann, wenn Sie eine höhere Versicherungssumme beantragt haben.

Weiterhin gilt diese Begrenzung auch dann, wenn mehrere Anträge auf das Leben derselben Person bei uns gestellt worden sind.

§ 2 Voraussetzungen

Sofern nichts anderes vereinbart ist, gelten die nachfolgenden Voraussetzungen für den vorläufigen Versicherungsschutz:
- Es wurde eine Risiko-Lebensversicherung bei uns beantragt und der Antrag ist vollständig ausgefüllt.
- Der beantragte Versicherungsbeginn liegt nicht später als einen Monat nach Antragseingang.
- Das Zustandekommen der beantragten Risiko-Lebensversicherung ist nicht von einer besonderen Bedingung (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) abhängig, und die Risiko- und Gesundheitserklärung der zu versichernden Person ist im Antragsformular vollständig ausgefüllt.
- Der Antrag weicht nicht von den von uns angebotenen Tarifen und Bedingungen ab.
- Frühere Anträge für dieselbe versicherte Person haben wir nicht abgelehnt oder zurückgestellt.
- Frühere Anträge für dieselbe versicherte Person sind bzw. wären nicht zu erschwerten Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) zu Stande gekommen.
- Wir haben frühere Verträge nicht wegen Nichtzahlung oder Zahlungsrückständen nach §§ 37 und 38 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) gekündigt.
- Wir haben bei früheren Verträgen für dieselbe versicherte Person keinen Rücktritt bzw. keine Anfechtung und keine Kündigung erklärt (§ 19 Absatz 3, Satz 2 VVG).

§ 3 Ausschlüsse

(1) Die in den §§ 7 und 8 der "Allgemeine Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung" geregelten Ausschlüsse von unserer Leistungspflicht gelten auch für den vorläufigen Versicherungsschutz.

(2) Für folgende Versicherungsfälle ist unsere Leistungspflicht zusätzlich ausgeschlossen:
Versicherungsfälle aufgrund von Ursachen (insbesondere Krankheiten, Beschwerden, Gesundheitsstörungen, Drogengebrauch, Gebrauch drogenähnlicher Substanzen oder Betäubungsmitteln),
- nach denen oder
- nach deren Beratungen, Behandlungen oder Untersuchungen im Antrag gefragt wurde und
- von denen Sie oder die versicherte Person vor Antragstellung Kenntnis hatten.

Dies gilt auch dann, wenn Sie oder die versicherte Person die Ursachen im Antrag angegeben haben. Wir sind jedoch dann zur Leistung verpflichtet, wenn uns nachgewiesen wird, dass diese Ursachen für den Eintritt des Versicherungsfalls lediglich mitursächlich geworden sind.

(3) Der vorläufige Versicherungsschutz umfasst nicht etwaige eingeschlossene Zusatzversicherungen.

§ 4 Beginn und Ende

(1) Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt
- mit dem Tag, an dem Ihr Antrag bei der Provinzial Lebensversicherung AG in Textform eingegangen ist, und
- wenn die Voraussetzungen nach § 2 vollständig erfüllt sind.

(2) Soweit nichts anderes vereinbart ist, endet der vorläufige Versicherungsschutz, wenn
- der Versicherungsschutz aus der beantragten Risiko-Lebensversicherung begonnen hat,
- Sie einem von uns angebotenen, vom Antrag abweichenden, Versicherungsschutz nicht zustimmen,
- Sie einer Ihnen nach § 5 Absätze 1 und 2 VVG mitgeteilten Abweichung des Versicherungsscheins von Ihrem Antrag widersprechen,
- wir Ihren Antrag ablehnen,
- Sie von Ihrem Widerrufsrecht nach § 8 VVG Gebrauch machen,
- Sie den ersten Beitrag oder Einmalbeitrag für die beantragte Risiko-Lebensversicherung nicht rechtzeitig zahlen bzw. der Einzug des ersten Beitrags oder des Einmalbeitrags aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht möglich war oder dem Einzug widersprochen wurde,

- Sie die beantragte Risiko-Lebensversicherung oder einen weiteren Vertrag mit vorläufigem Versicherungsschutz mit einem anderen Versicherer abschließen. Über den Vertragsschluss mit einem anderen Versicherer haben Sie uns unmittelbar zu informieren oder
- eine versicherte Person stirbt.

§ 5 Kosten

Der vorläufige Versicherungsschutz ist als Leistung bereits eingeschlossen. Es entstehen keine zusätzlichen Kosten.

§ 6 Verhältnis zur beantragten Risiko-Lebensversicherung

(1) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die für die beantragte Risiko-Lebensversicherung geltenden "Allgemeine Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung" Anwendung. Es gelten insbesondere zusätzlich zu § 3 die in den "Allgemeine Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung" aufgeführten Ausschlüsse (§§ 7 und 8) und Mitwirkungspflichten (§§ 11 bis 14).
Für den vorläufigen Versicherungsschutz ist die Überschussbeteiligung als Ganzes ausgeschlossen.

(2) Haben Sie im Antrag ein Bezugsrecht festgelegt, gilt dieses ebenfalls für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

Bestimmungen zur Überschussbeteiligung für Risiko-Lebensversicherung

(Stand 15.03.2025)

Diese zusätzlichen Angaben ergänzen die Ihrer Versicherung zugrundeliegenden Allgemeinen und Besonderen Bedingungen.

1. Hauptversicherung

Bei Vertragsbeginn stehen die Überschussverwendungsarten "Beitragsverrechnung" und "Todesfallbonus" zur Auswahl. Die Auswahl kann in Abhängigkeit von dem gewählten Tarif und der Beitragszahlungsweise der Risiko-Lebensversicherung eingeschränkt sein.

Eine Umstellung der bei Vertragsbeginn gewählten Überschussverwendungsart während der Laufzeit des Vertrags ist nicht möglich.

1.1 Laufende Überschussbeteiligung

1.1.1 Todesfallbonus
Jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres wird eine Überschussbeteiligung in Form einer zusätzlichen Todesfalllleistung (Todesfallbonus) zugesagt. Diese wird im Leistungsfall zusammen mit der zum Zeitpunkt des Leistungsfalls vereinbarten Versicherungssumme fällig. Der Todesfallbonus wird in Prozent der zum Zeitpunkt des Leistungsfalls vereinbarten Versicherungssumme bemessen.

Die Unterstützungsleistung bei bestimmten Erkrankungen gemäß § 9 der "Besondere Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung Komfort" erhöht sich entsprechend.

Die Höhe des Todesfallbonus wird jeweils nur für ein Versicherungsjahr garantiert.

Änderungen der in Form des Todesfallbonus gewährten Überschussbeteiligung haben eine Änderung der über die vereinbarte Versicherungssumme hinausgehenden Leistung zur Folge.

1.1.2 Beitragsverrechnung
Bei jeder Beitragsfälligkeit wird ein laufender Überschussanteil zugeteilt, der in Prozent des für die Versicherung jeweils zu zahlenden Beitrags bemessen wird. Jeder laufende Überschussanteil wird mit dem jeweils fällig werdenden Beitrag verrechnet.

Wird die Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung umgewandelt, erfolgt die Überschussbeteiligung gemäß Ziffer 1.1.1.

Die Höhe der Beitragsverrechnung wird jeweils nur für ein Versicherungsjahr garantiert.

Änderungen der in Form der Beitragsverrechnung gewährten Überschussanteile haben in der beitragspflichtigen Zeit eine Änderung des Zahlbeitrags zur Folge.

1.2. Beteiligung an den Bewertungsreserven
Die Höhe der Bewertungsreserven, die nach den jeweils geltenden gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind (verteilungsfähige Bewertungsreserven), wird jährlich neu ermittelt, zusätzlich auch für den Zeitpunkt der Beendigung des Vertrags.

Die verteilungsfähigen Bewertungsreserven werden den einzelnen Verträgen nach dem Vertragsanteil zugeordnet. Der Vertragsanteil berechnet sich als Summe der Vertragswerte eines Vertrags in Relation zur entsprechenden Summe der Vertragswerte aller anspruchsberechtigten Verträge. Die Summe der Vertragswerte wird über alle vor dem Zeitpunkt der Zuordnung liegenden relevanten Bilanzstichtage (zzt. Ende des Kalenderjahres) gebildet.

Der jeweilige Vertragswert eines Vertrags setzt sich aus dem mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechneten zinsüberschussberechtigten Deckungskapital für die vereinbarten Versicherungsleistungen und gegebenenfalls den verzinslich angesammelten Überschussanteilen zusammen. Das Deckungskapital eines Vertrags ist zinsüberschussberechtigt, wenn als laufender Überschussanteil ein Zinsüberschussanteil vereinbart ist.

Da für Risiko-Lebensversicherungen mit Überschussverwendungsart Todesfallbonus und Beitragsverrechnung ein Zinsüberschussanteil als laufender Überschussanteil nicht vereinbart ist und da für die laufenden Überschussanteile keine Verzinsliche Ansammlung vorgesehen ist, ergibt sich für diese beiden Überschussverwendungsarten keine Beteiligung an den Bewertungsreserven.

2. Überschussbeteiligung bei der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ)

2.1 Vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit

2.1.1 Beitragsverrechnung
Die BUZ erhält bei jeder Beitragsfälligkeit einen laufenden Überschussanteil, der in Prozent des Beitrags für die BUZ bemessen wird. Der laufende Überschussanteil wird mit dem jeweils fällig werdenden Beitrag verrechnet. Die Höhe wird jeweils nur für ein Versicherungsjahr garantiert.

2.2 Nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit

2.2.1 Verzinsliche Ansammlung
Der BUZ wird jeweils am Ende eines Versicherungsjahres ein Zinsüberschussanteil zugeteilt. Am Ende des Versicherungsjahres, in dem der Leistungsbezug aus der BUZ eingetreten ist, wird der Überschussanteil zeitanteilig fällig. Bemessungsgröße für den Zinsüberschussanteil ist das mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechnete Deckungskapital für die jeweilige Leistung aus der BUZ am Zuteilungstermin.

Die auf die Leistungen aus der BUZ entfallenden Überschussanteile werden verzinslich angesammelt. Das Ansammlungsguthaben wird zusammen mit der Leistung aus der Hauptversicherung, spätestens bei deren Ablauf fällig.

2.2.2 Beteiligung an den Bewertungsreserven (BBWR)
Die BUZ erhält im Leistungsbezug eine BBWR. Die Bemessungsgröße für die BBWR ist das mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechnete Deckungskapital für die jeweilige Leistung aus der BUZ zum Zuteilungstermin.

Die jeweils zugeteilte BBWR wird verzinslich angesammelt oder bei der Hauptversicherung verwendet.

Sofern sich aus der Überschussbeteiligung der BUZ verzinslich anzusammelnde Überschussanteile ergeben, wird das daraus resultierende Ansammlungsguthaben bei der Bestimmung der Bemessungsgröße für die BBWR berücksichtigt. Der aus jedem Ansammlungsguthaben resultierende fällig werdende Anteil an der BBWR, wird zur Erhöhung der aus dem jeweiligen Ansammlungsguthaben fälligen Leistung verwendet.

Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung als Beitragsbefreiung

(Stand 15.03.2025)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen. Soweit in diesen Besonderen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

Inhaltsverzeichnis

Erläuterung einiger Begriffe

Berufsunfähigkeit
Was ist Berufsunfähigkeit? § 1
Was ist Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit? § 2
Welche Besonderheiten gelten für Beamte bei Dienstunfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen? § 3
Was ist Berufsunfähigkeit bei Hausfrauen und Hausmännern? § 4
Was ist Berufsunfähigkeit bei Schülern und Studenten? § 5
Was ist Berufsunfähigkeit bei Teilzeittätigkeit (Teilzeitklausel)? § 6
Was ist Berufsunfähigkeit wegen eines Tätigkeitsverbots (Infektionsklausel)? § 7

Leistungen und Versicherungsschutz
Welche Leistungen erbringen wir? § 8
Wann entsteht und wann endet der Anspruch auf Leistungen? § 9
Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab? § 10
Welche ergänzenden Bestimmungen gelten zur Überschussbeteiligung? § 11

Leistungsausschlüsse
In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen? § 12

Ihre Gestaltungsmöglichkeiten
Wann können Sie die Versicherungsdauer ohne erneute Gesundheitsprüfung verlängern (Verlängerungsoption)? § 13

Ihre Pflichten
Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird? § 14
Welche Schadenminderungspflichten sind zu beachten? § 15
Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit nach Anerkennung der Leistungspflicht? § 16
Welche Folgen hat die Verletzung von Mitwirkungspflichten nach Eintritt des Versicherungsfalls? § 17

Weitere Vertragsbestimmungen
Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung? § 18

Erläuterung einiger Begriffe

Um Ihnen das Lesen der Bedingungen zu erleichtern, erläutern wir nachfolgend einige Begriffe. Diese sind in den Bedingungen unterstrichen.

Die **Beitragszahlungsdauer** ist der Zeitraum, für den Beiträge zu zahlen sind.

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

Die **Rechnungsgrundlagen** sind die Grundlagen, die für die Kalkulation Ihrer Versicherung benötigt werden. Diese sind im Wesentlichen die Invalidentafel, der Rechnungszins und Kosten.

Das **rechnungsmäßige Alter** ist die Differenz zwischen dem betreffenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr.

Die **Risikoprüfung** ist die Prüfung der Gesundheits- und sonstigen Risikoverhältnisse.

Die **Textform** ist beispielsweise erfüllt, wenn die Erklärung in Form eines Briefes oder ausdruckbaren E-Mail abgegeben wird.

Die **Versicherungsdauer** ist der Zeitraum, innerhalb dessen Versicherungsschutz besteht.

Der **Versicherungsfall** ist das Ereignis, das die Leistungspflicht des Versicherers entstehen lässt, wenn es während der Versicherungsdauer eintritt.

Die **versicherte Person** ist diejenige Person, auf deren Berufsunfähigkeit die Versicherung abgeschlossen wird.

Der **Versicherungsnehmer** ist unser Vertragspartner. Die Rechte und Pflichten aus diesem Vertrag betreffen vorrangig den Versicherungsnehmer.

Berufsunfähigkeit

§ 1 Was ist Berufsunfähigkeit?

(1) Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechenden) Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % außerstande sein wird, Ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, auszuüben.

(2) Kann nicht festgestellt werden, dass der Zustand im Sinne von Absatz 1 voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen andauern wird, hat er jedoch länger als sechs Monate ununterbrochen angedauert, gilt dieser Zustand von Beginn an als Berufsunfähigkeit.

(3) Berufsunfähigkeit liegt ebenfalls vor, wenn und solange ein Träger der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland eine volle Erwerbsminderung allein aus medizinischen Gründen unbefristet anerkennt.

(4) Individuell mit Ihnen vereinbarte Risikoausschlüsse sind auch im Falle der festgestellten vollen medizinischen Erwerbsminderung zu beachten und können zu einem Ausschluss der Leistungspflicht führen.

Berufsunfähigkeit bei Selbstständigen

(5) Bei Selbstständigen, freiberuflich Tätigen und Gesellschaftern beziehungsweise Angestellten mit Unternehmensleitungsbefugnis ist für die Berufsunfähigkeit im Sinne von Absatz 1 nachzuweisen, dass die versicherte Person auch bei möglicher und zumutbarer betrieblicher Umorganisation zu mindestens 50 % außerstande sein wird, ihren Beruf auszuüben. Zumutbar ist eine Umorganisation, wenn sie
- wirtschaftlich und betrieblich zweckmäßig ist,
- keinen erheblichen Kapitalaufwand erfordert und
- die versicherte Person eine unternehmensleitende Stellung behält, die der bisherigen wirtschaftlichen und sozialen Lebensstellung (siehe Absatz 10) entspricht.

Verzicht auf Prüfung der Umorganisation bei Selbstständigen

(6) Wir verzichten auf die Prüfung einer Umorganisation des Betriebs,
- wenn der Selbstständige eine akademische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat und in mindestens 90 % seiner täglichen Arbeitszeit kaufmännische oder organisatorische Tätigkeiten ausübt oder
- der Betrieb bis zu vier Mitarbeiter hat. Zu den bis zu vier Mitarbeitern zählen nur aus- oder angelernte Angestellte und Auszubildende. Praktikanten und Werkstudenten bleiben dabei unberücksichtigt.

(7) Bei weisungsgebundenen Arbeitnehmern verlangen wir keine Umorganisation.

Konkrete Verweisung

(8) Berufsunfähigkeit nach den Absätzen 1 bis 7 und den §§ 4 und 5 liegt nicht vor, wenn die versicherte Person eine andere berufliche Tätigkeit tatsächlich ausübt, die ihrer Ausbildung, Erfahrung und bisherigen wirtschaftlichen und sozialen Lebensstellung (siehe Absatz 10) entspricht (konkrete Verweisung).

Ausscheiden aus dem Berufsleben

(9) Wenn die versicherte Person aus dem Berufsleben ausscheidet und später Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt werden, wird bei der Prüfung, ob Berufsunfähigkeit vorliegt, auf den zuletzt vor Ausscheiden aus dem Berufsleben ausgeübten Beruf mit der zu diesem Zeitpunkt erreichten wirtschaftlichen und sozialen Lebensstellung (siehe Absatz 10) abgestellt.

Wirtschaftliche und soziale Lebensstellung

(10) Die wirtschaftliche und soziale Lebensstellung ist gewahrt, wenn die berufliche Qualifikation, die berufliche Stellung, deren soziale Wertschätzung und die daraus bezogene Vergütung das bisherige Niveau nicht spürbar unterschreiten.

Die dabei zumutbare Einkommensreduzierung werden wir in jedem Einzelfall gesondert ermitteln, begrenzen sie jedoch auf 20 % des vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung erzielten jährlichen Bruttoeinkommens. Wird im Rahmen der höchstrichterlichen Rechtsprechung ein niedrigerer Prozentsatz als im Regelfall unzumutbare Einkommensreduzierung festgelegt, wenden wir diesen zu Ihren Gunsten an.

Statt des jährlichen Bruttoeinkommens ist bei Selbstständigen und Freiberuflern der Gewinn vor Steuern entscheidend.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit?

Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer mindestens nach Pflegegrad 2 im Sinne unserer "Bestimmungen für die Definition der Pflegebedürftigkeit" pflegebedürftig wird. Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Bedingungen.

§ 3 Welche Besonderheiten gelten für Beamte bei Dienstunfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen?

(1) Ist die versicherte Person in einem Beamtenverhältnis beschäftigt, so gilt für die Dauer des Beschäftigungsverhältnisses zusätzlich zu § 1 folgendes:
Berufsunfähigkeit aufgrund Dienstunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person ausschließlich wegen ihres Gesundheitszustandes in den Ruhestand versetzt wird. D.h., sie ist aus dem aktiven Beamtenverhältnis ausgeschieden und bezieht ein fortlaufendes Ruhegehalt wegen Dienstunfähigkeit nach dem jeweils maßgeblichen Beamtenversorgungsgesetz. Eine Dienstunfähigkeit ist uns aufgrund einer Bescheinigung über die Feststellung der Dienstunfähigkeit des Amtsarztes oder eines vom Dienstherrn als Gutachter beauftragten Arztes nachzuweisen.

(2) Berufsunfähigkeit aufgrund Dienstunfähigkeit liegt auch vor, wenn die versicherte Person
- wegen Dienstunfähigkeit entlassen wird, das Beamtenverhältnis also endet, und
- die zur Entlassung führenden Erkrankungen der versicherten Person unverändert fortbestehen oder weiter fortschreiten und
- die versicherte Person keine andere Tätigkeit ausübt, zu der sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht. Die Lebensstellung ergibt sich aus dem beruflichen Einkommen und der sozialen Wertschätzung des Berufs (siehe § 1 Absatz 10).

(3) Individuell mit Ihnen vereinbarte Risikoausschlüsse sind auch im Falle der festgestellten Dienstunfähigkeit zu beachten und können zu einem Ausschluss der Leistungspflicht führen.

(4) Diese Regelungen gelten ebenfalls für Polizeibeamte, Feuerwehrbeamte, Justizvollzugsbeamte und Zollbeamte (spezielle Dienstunfähigkeit), sowie für Richter und Kirchenbeamte.

(5) Wenn keine Dienstunfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen nachgewiesen werden kann, prüfen wir das Vorliegen einer Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen.

(6) Die Absätze 1 bis 5 gelten nicht, wenn die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung zu einer Direktversicherung oder Rückdeckungsversicherung abgeschlossen ist.

§ 4 Was ist Berufsunfähigkeit bei Hausfrauen und Hausmännern?

(1) Hat die versicherte Person seit Abschluss des Vertrags ununterbrochen ausschließlich ihren Haushalt geführt, so orientiert sich die Feststellung der Berufsunfähigkeit an den von ihr bei Eintritt der Berufsunfähigkeit in ihrem Haushalt konkret ausgeübten Aufgaben und Tätigkeiten.

(2) Hat die haushaltsführende versicherte Person während der Vertragslaufzeit eine berufliche Tätigkeit aufgenommen, ist diese zuletzt vor Eintritt der Berufsunfähigkeit nicht nur vorübergehend ausgeübte berufliche Tätigkeit versichert und für die Feststellung der Berufsunfähigkeit maßgeblich. Die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit muss nicht angezeigt werden.

(3) Gibt die versicherte Person während der Vertragslaufzeit die berufliche Tätigkeit wieder auf und führt wieder ausschließlich ihren Haushalt, so orientiert sich die Feststellung der Berufsunfähigkeit wieder an dieser Tätigkeit.

§ 5 Was ist Berufsunfähigkeit bei Schülern und Studenten?

Berufsunfähigkeit bei Schülern

(1) Bei Schülern wird für die Feststellung der Berufsunfähigkeit als ausgeübte berufliche Tätigkeit die Teilnahme am regulären Unterricht zugrunde gelegt.

Hierbei gilt als Schüler, wer eine hauptberufliche Ausbildung an einer staatlich anerkannten Schule mit dem Ziel eines allgemeinbildenden Abschlusses absolviert. Dazu gehört auch, wer eine Schule im Ausland besucht, wenn der angestrebte Abschluss in Deutschland als allgemeinbildender Abschluss anerkannt wird.

Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen liegt bei einem Schüler vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechenden) Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate lang ununterbrochen zu mindestens 50 % außerstande ist, als Schüler am regulären Schulunterricht teilzunehmen.

Berufsunfähigkeit bei Studenten

(2) Bei Studenten wird für die Feststellung der Berufsunfähigkeit als ausgeübte berufliche Tätigkeit die Teilnahme am regulären Studienbetrieb zugrunde gelegt.

Hierbei gilt als Student, wer eine hauptberufliche Ausbildung an einer staatlich anerkannten Universität oder Fachhochschule absolviert. Dazu gehört auch, wer ein Studium an einer ausländischen Universität absolviert, wenn der angestrebte Abschluss in Deutschland als akademischer Abschluss anerkannt wird.

Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen liegt bei einem Studenten vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechenden) Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate lang ununterbrochen zu mindestens 50 % außerstande ist, als Student am regulären Studienbetrieb teilzunehmen.

§ 6 Was ist Berufsunfähigkeit bei Teilzeittätigkeit (Teilzeitklausel)?

(1) Reduziert die versicherte Person während der Versicherungsdauer aus anderen als medizinischen Gründen ihre vertraglich fixierte wöchentliche Arbeitszeit, bleibt für die Beurteilung einer Berufsunfähigkeit die während der Versicherungsdauer höchste vertraglich fixierte wöchentliche Arbeitszeit der zuletzt ausgeübten Tätigkeit maßgebend (Teilzeitklausel).

(2) Alle anderen Regelungen dieser Bedingungen (z. B. die Prüfung auf die zuletzt ausgeübte Teilzeittätigkeit, so wie diese ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, und die damit verbundene wirtschaftliche und soziale Lebensstellung) bleiben hiervon unberührt.

(3) Nachweise über die jeweiligen Arbeitszeiten sind uns vorzulegen.

(4) Die Absätze 1 - 3 gelten entsprechend, wenn die Arbeitszeitreduktion vom Ar-beitgeber angeordnet wird (z. B. Kurzarbeit).

(5) Ist Ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit die des Schülers oder des Studenten, ist diese Tätigkeit eine Vollzeittätigkeit mit 40 Wochenarbeitsstunden.

§ 7 Was ist Berufsunfähigkeit wegen eines Tätigkeitsverbots (Infektionsklausel)?

(1) Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn die versicherte Person aus medizinischen Gründen einem vollständigen Tätigkeitsverbot nach § 31 Infektionsschutzgesetz (IFSG) unterliegt welches von der zuständigen Behörde ausgesprochen wurde. Die versicherte Person muss aufgrund dieses vollständigen Tätigkeitsverbots mindestens sechs Monate ununterbrochen außerstande sein, ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, auszuüben.

(2) Ein Tätigkeitsverbot, welches sich auf mindestens 50 % der beruflichen Tätigkeit bezieht, gilt als vollständiges Tätigkeitsverbot.

(3) Der amtliche Bescheid über das Tätigkeitsverbot sowie die dazugehörigen Unterlagen sind einzureichen. Wird die Leistung wegen Berufsunfähigkeit ausschließlich auf Grund des ausgesprochenen Tätigkeitsverbots erbracht, endet die Leistungspflicht mit Ablauf des Tätigkeitsverbots.

(4) Übt die versicherte Person eine andere, ihrer bisherigen wirtschaftlichen und sozialen Lebensstellung (siehe § 1 Absatz 10) entsprechende Tätigkeit tatsächlich aus, liegt keine Berufsunfähigkeit vor.

(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten nicht, wenn die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung zu einer Direktversicherung oder Rückdeckungsversicherung abgeschlossen ist.

Leistungen und Versicherungsschutz

§ 8 Welche Leistungen erbringen wir?

Unsere Leistungen bei Berufsunfähigkeit

(1) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer der Zusatzversicherung berufsunfähig (siehe §§ 1 - 7), erbringen wir - längstens für die vereinbarte Leistungsdauer - folgende Leistungen:

- Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die Haupt- und die Zusatzversicherung

Unsere Leistungen bei Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit

(2) Wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer pflegebedürftig im Sinne des § 2 wird, erbringen wir - längstens für die vereinbarte Leistungsdauer - die in Absatz 1 genannten Leistungen. Dies gilt auch, wenn keine Berufsunfähigkeit im Sinne von § 1 vorliegt.

Leistungsdynamik

(3) Wenn Sie eine Leistungsdynamik vereinbart haben, werden die Versicherungsleistungen aus der Hauptversicherung und den gegebenenfalls eingeschlossenen weiteren beitragspflichtigen Zusatzversicherungen - mit Ausnahme der Leistung der Risiko-Zusatzversicherung - jährlich erhöht, solange wegen Berufsunfähigkeit Ihre Beitragszahlungspflicht gemäß Absatz 1 entfällt. Dabei berechnen wir die Erhöhungen der Versicherungsleistungen so, als ob sich der Beitrag für die Hauptversicherung und für die zu erhöhenden Zusatzversicherungen jährlich um den bei Vertragsabschluss für die Leistungsdynamik vereinbarten Prozentsatz erhöht hätte. Die Leistungen aus den zu erhöhenden Zusatzversicherungen werden dabei im gleichen Verhältnis wie die Versicherungsleistung aus der Hauptversicherung erhöht.

Die Leistungsdynamik können sie nur vereinbaren, wenn Sie für die Hauptversicherung einschließlich etwaiger Zusatzversicherungen die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung versichert haben.

(4) Setzt nach Wegfall der Berufsunfähigkeit oder nach dem Ende der Leistungsdauer Ihre Beitragspflicht wieder ein, wird der Beitrag nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für die dann erreichten Versicherungsleistungen neu berechnet.

Weltweiter Versicherungsschutz

(5) Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

Beratung

(6) Während der Vertragslaufzeit oder wenn Sie eine Leistung beantragen möchten, können Sie uns gerne anrufen. Wir beantworten Ihnen gerne Ihre Fragen und erklären Ihnen beispielsweise,

- welche Leistungen versichert sind,
- welche Möglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten bestehen,
- wie die Prüfung Ihres Leistungsantrags ablaufen wird,
- welche Informationen wir für die Leistungsprüfung von Ihnen benötigen,
- was die Beschreibung Ihrer Tätigkeit beinhalten muss,
- welche Unterlagen wir von Ihnen für unsere Prüfung benötigen,
- wie Sie Pflegebedürftigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder volle Erwerbsminderung nachweisen können,
- wie wir Ihnen im Falle eines finanziellen Engpasses während der Prüfung helfen können.

Während der gesamten Prüfung Ihres Leistungsanspruchs steht Ihnen eine persönliche Ansprechpartnerin bzw. ein persönlicher Ansprechpartner zur Verfügung. Ebenso bieten wir Ihnen an, weitere Fragen in einem persönlichen Gespräch zu klären.

§ 9 Wann entsteht und wann endet der Anspruch auf Leistungen?

Anspruch auf Leistungen bei Berufsunfähigkeit

(1) Der Anspruch auf Leistungen aus dieser Zusatzversicherung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen eingetreten ist. Dieser Anspruch muss uns in Textform gemeldet werden. Eine frühzeitige Meldung erleichtert die Prüfung Ihrer Ansprüche. Wir zahlen eine rückwirkende Leistung für den Zeitraum, für den Sie die Berufsunfähigkeit nachweisen können (siehe § 14).

(2) Der Anspruch auf Leistungen endet,

- wenn Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt,
- wenn die versicherte Person stirbt oder
- bei Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer.

(3) Während der Leistungsprüfung sind die Beiträge in voller Höhe weiter zu entrichten, wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen. Auf Antrag stunden wir bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht noch fällig werdende Beiträge zinslos. Besteht danach kein Leistungsanspruch, müssen Sie die gestundeten Beiträge in einem Betrag zurückzahlen. Sie können in diesem Fall auch eine Rückzahlung in Raten von bis zu 24 Monaten oder - sofern möglich - eine Verrechnung im Rahmen einer Vertragsänderung vereinbaren.

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

(1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in Textform, ob und ab wann wir eine Leistungspflicht anerkennen.

(2) Diese Erklärung geben wir innerhalb von 10 Tagen nach Vorliegen aller entscheidungserheblichen Unterlagen (siehe § 14) ab. Dabei werden wir kein zeitlich begrenztes Anerkenntnis aussprechen. Wir informieren Sie während der Prüfung alle vier Wochen über den Sachstand und fordern zeitnah fehlende Unterlagen an.

§ 11 Welche ergänzenden Bestimmungen gelten zur Überschussbeteiligung?

(1) Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer an den Überschüssen und Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Regelungen hierzu ergeben sich aus § 153 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in Verbindung mit dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG). Maßgeblich ist die jeweils zum Zeitpunkt einer Zuteilung geltende Fassung. Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Die zum Bilanzstichtag vorhandenen Bewertungsreserven werden dabei im Anhang des Geschäftsberichts ausgewiesen.

Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

(2) Überschüsse entstehen bei der Zusatzversicherung vor allem dann, wenn das Berufsunfähigkeitsrisiko und die Kosten sich günstiger entwickeln als bei der Beitragskalkulation angenommen.

(3) Die Höhe der Bewertungsreserven wird jährlich neu ermittelt, zusätzlich auch zum Zeitpunkt der Beendigung eines Vertrags vor Rentenbeginn und zu Beginn eines Versicherungsfalls. Auf Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen entfallen vor Eintritt des Versicherungsfalls allenfalls geringe Anteile an den Bewertungsreserven, da keine oder nur geringfügige Kapitalanlagen für künftige Versicherungsleistungen gebildet werden.

Während des Versicherungsfalls erfolgt die Beteiligung an den Bewertungsreserven über eine angemessene Erhöhung der Beteiligung an den Überschüssen.

Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihrer Zusatzversicherung

(4) Ihre Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung gehört dem Gewinnverband "Berufsunfähigkeitsversicherungen und Erwerbsunfähigkeitsversicherungen" in dem Abrechnungsverband "Berufsunfähigkeitsversicherungen" an. In Abhängigkeit von dieser Zuordnung erhält Ihre Zusatzversicherung jährlich Überschussanteile. Die Höhe der Überschussanteilssätze wird vom Vorstand auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt und in unserem Geschäftsbericht veröffentlicht.

(5) Bei Eintritt des Versicherungsfalls, spätestens bei Beendigung Ihrer Zusatzversicherung, wird der Ihrer Zusatzversicherung für diesen Zeitpunkt aktuell zugeordnete Betrag der Bewertungsreserven zur Hälfte zugeteilt.

Nach dem Eintritt des Versicherungsfalls erfolgt die Beteiligung an den Bewertungsreserven über eine angemessene Erhöhung der Beteiligung an den Überschüssen.

(6) Die Bemessungsgrundlagen für die Überschussbeteiligung und die Verwendung der zugeteilten Beträge aus der Überschussbeteiligung ergeben sich aus den als Anlage beigefügten "Bestimmungen zur Überschussbeteiligung". Diese sind Bestandteil dieser Bedingungen.

Höhe der künftigen Überschussbeteiligung

(7) Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab, die nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar sind. Wichtigster Einflussfaktor ist die Entwicklung des versicherten Risikos. Aber auch die Entwicklung des Kapitalmarkts und der Kosten ist von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch null Euro betragen.

Leistungsausschlüsse

§ 12 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Grundsätzlich leisten wir unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Es besteht jedoch kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsfall verursacht ist:

a) durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person
b) durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat
c) durch folgende von der versicherten Person vorgenommene Handlungen
- absichtliche Herbeiführung von Krankheit
- absichtliche Herbeiführung eines Kräfteverfalls
- absichtliche Selbstverletzung
- versuchte Selbsttötung

Wir werden jedoch leisten, wenn uns nachgewiesen wird, dass die versicherte Person diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat.
d) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich den Versicherungsfall herbeigeführt haben
e) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden, dass zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Einrichtung tätig wurde
f) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse. Wir werden jedoch leisten, wenn der Versicherungsfall
- während eines Aufenthalts der versicherten Person außerhalb der Bundesrepublik Deutschland verursacht wurde und sie an den kriegerischen Ereignissen nicht aktiv beteiligt war oder
- während eines Aufenthalts der versicherten Person außerhalb der Grenzen der NATO-Mitgliedstaaten verursacht wurde und sie an humanitären Hilfeleistungen oder friedenssichernden Maßnahmen als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei teilgenommen hat und der Einsatz mit einem Mandat der NATO, UNO, EU oder OSZE erfolgte.

(2) Wir leisten außerdem nicht, wenn

- der Versicherungsfall unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder durch den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen verursacht wird,
- der Einsatz oder das Freisetzen das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen gefährdet,
- die durch den Einsatz oder das Freisetzen verursachten Versicherungsfälle den Leistungsbedarf gegenüber den Rechnungsgrundlagen für die Berechnung der Deckungsrückstellung so erhöhen, dass die dauernde Erfüllbarkeit der versicherten Leistungen beeinträchtigt wird und ein unabhängiger Treuhänder dies innerhalb von zwölf Monaten nach dem Ereignis überprüft und bestätigt hat. Absatz 1 (f) bleibt unberührt.

Ihre Gestaltungsmöglichkeiten

§ 13 Wann können Sie die Versicherungsdauer ohne erneute Gesundheitsprüfung verlängern (Verlängerungsoption)?

(1) Wenn die Regelaltersgrenze in der Deutschen Rentenversicherung oder in dem für Sie zuständigen berufsständischen Versorgungswerk erhöht wird, können Sie die Versicherungsdauer - ohne erneute Risikoprüfung - um die Zeitspanne verlängern, um die die Regelaltersgrenze erhöht wurde. Die Risikoeinstufung des Versicherungsvertrags, insbesondere Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse, bleibt unverändert.

Voraussetzungen für eine Verlängerung

(2) Für eine Verlängerung gelten die folgenden Voraussetzungen:

- Sie müssen die Verlängerung der Versicherungsdauer innerhalb von zwölf Monaten nach Inkrafttreten der Änderung zur Erhöhung der Regelaltersgrenze in Textform beantragen.

- Die versicherte Person hat das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet.
- Bei Ihrem Vertrag ist die Versicherungsdauer mindestens bis zum Endalter von 63 Jahren vereinbart.
- Die versicherte Person hat noch keine Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung erhalten.

Auswirkungen der Verlängerung

(3) Ab dem Zeitpunkt der Verlängerung legen wir den Beitrag bezogen auf die neue Versicherungsdauer nach versicherungsmathematischen Grundsätzen neu fest. Dabei können wir auch andere als bei Vertragsabschluss verwendete Rechnungsgrundlagen zugrunde legen. Auf Wunsch informieren wir Sie über die konkreten Auswirkungen.

Ihre Pflichten

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

Allgemeine Mitwirkungspflichten

(1) Wird eine Leistung aus diesem Vertrag beansprucht, können wir verlangen, dass uns der Versicherungsschein und im Nachprüfungsverfahren die Auskünfte gemäß § 16 vorgelegt werden. Zur Feststellung unserer Leistungspflicht müssen uns folgende Auskünfte und Nachweise vorliegen:

a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit im Sinne von § 1 Absatz 1
b) ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über die Auswirkungen im Hinblick auf eine Berufsunfähigkeit, Erwerbsminderung oder Pflegebedürftigkeit
c) eine Beschreibung des zuletzt ausgeübten Berufs der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit oder sowie über danach eingetretene Veränderungen
d) Angaben über Einkommen aus beruflicher Tätigkeit
e) eine Aufstellung
- der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war, ist oder - sofern bekannt - sein wird
- der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger oder sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Erwerbsminderung geltend machen könnte
- über den derzeitigen Arbeitgeber oder frühere Arbeitgeber der versicherten Person
f) bei Berufsunfähigkeit wegen Dienstunfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen eine Bescheinigung über die Feststellung der Dienstunfähigkeit des Amtsarztes oder von einem vom Dienstherrn als Gutachter beauftragten Arzt

Zusätzliche Mitwirkungspflichten bei Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit (siehe § 2)

(2) Uns sind unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:
- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit
- der Leistungsbescheid des Versicherungsträgers der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung in Deutschland oder - falls ein Bescheid noch nicht vorliegt - zunächst die medizinischen Unterlagen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) für die gesetzliche Pflegeversicherung bzw. der MEDICPROOF GmbH für die private Pflegeversicherung

Besteht keine gesetzlich oder private Pflegepflichtversicherung oder haben sich die gesetzlichen Definitionen für die Pflegebedürftigkeit seit Vertragsabschluss geändert, sind uns folgende Unterlagen unverzüglich einzureichen:
- ausführliche Berichte der Ärzte, Krankenhäuser, Reha-Kliniken u. ä., die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf, Folgen und voraussichtliche Dauer der vorliegenden Erkrankungen/en, sowie über die Art und den Umfang der Pflegebedürftigkeit
- vonseiten des behandelnden Arztes eine detaillierte - insbesondere auch zeitliche Darstellung und Begründung des Hilfebedarfs der versicherten Person bei den alltäglichen Verrichtungen sowie von Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit
- vonseiten der pflegenden Person oder der mit der Pflege beauftragten Einrichtung eine Bescheinigung über Art und Umfang der Pflege.

Zusätzliche Mitwirkungspflichten bei Berufsunfähigkeit aufgrund eines Tätigkeitsverbots

(3) Bei Berufsunfähigkeit aufgrund eines vollständigen Tätigkeitsverbotes nach § 31 Bundesinfektionsschutzgesetz (siehe § 7) ist uns der amtliche Bescheid sowie die dazugehörigen Unterlagen einzureichen.

Weitere ärztliche Untersuchungen bzw. Nachweise bei Berufsunfähigkeit

(4) Wir können außerdem auf unsere Kosten weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise - auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen - verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir neben den Untersuchungskosten auch die üblichen Reise- und Unterbringungskosten. Unter den üblichen Reise- und Unterbringungskosten verstehen wir die Anreisekosten gemäß Bahnfahrt 2. Klasse und - falls erforderlich - Flug in der economy class und Unterbringung in einem 4-Sterne-Hotel. Auf Untersuchungen in Deutschland verzichten wir, wenn diese Untersuchungen vor Ort nach den in Deutschland angewendeten Grundsätzen erfolgen.

Fälligkeiten der Leistungen und Folgen einer Verletzung der Mitwirkungspflichten

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

Kosten

(6) Die mit den Nachweisen und Auskünften verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Leistung beansprucht, sofern keine anderweitige Regelung getroffen worden ist.

§ 15 Welche Schadensminderungspflichten sind zu beachten?

(1) Wenn eine wesentliche Besserung der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu erwarten ist, ist die versicherte Person verpflichtet

- geeignete Hilfsmittel zu verwenden (zum Beispiel Brille, Prothese) bzw.
- sich zumutbaren Heilbehandlungen zu unterziehen. Zumutbar sind Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind. Nicht zumutbar sind Heilbehandlungen, die eine Operation vorsehen.

(2) Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn die versicherte Person die in Absatz 1 genannten zumutbaren Maßnahmen nicht vornimmt.

§ 16 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit nach Anerkennung der Leistungspflicht?

(1) Wenn wir unsere Leistungspflicht anerkannt haben oder sie gerichtlich festgestellt worden ist, sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nachzuprüfen. Dabei können wir erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von § 1 Absatz 8 ausübt.

(2) Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte (z. B. ausführliche Berichte der behandelnden Ärzte, Unterlagen über eine ausgeübte Tätigkeit der versicherten Person sowie Einkünfte aus dieser Tätigkeit) und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Hierbei anfallende Kosten sind von uns zu tragen. Die Bestimmungen des § 14 Absatz 4 gelten entsprechend.

Mitteilungspflicht

(3) Folgendes müssen Sie uns unverzüglich mitteilen:
- den Wegfall der Pflegebedürftigkeit (§ 2)
- den Wegfall der Dienstunfähigkeit nach dem Beamtenversorgungsgesetz (siehe § 3)
- den Wegfall des vollständigen Tätigkeitsverbots aus medizinischen Gründen nach dem Infektionsschutzgesetz (siehe § 7)
- eine Wiederaufnahme Ihrer früheren oder die Aufnahme einer neuen beruflichen Tätigkeit
- sowie eine betriebliche Umorganisation

Leistungseinstellung

(4) Wenn wir feststellen, dass eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt, teilen wir Ihnen dies unter Angabe der Gründe in Textform mit. Nach dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang dieser Mitteilung stellen wir die Leistungen ein. Zu diesem Zeitpunkt muss die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden, sofern die vereinbarte Beitragszahlungsdauer der Hauptversicherung noch nicht abgelaufen ist.

§ 17 Welche Folgen hat die Verletzung von Mitwirkungspflichten nach Eintritt des Versicherungsfalls?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach den §§ 14, 15 und 16 Absatz 2 und 3 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, leisten wir nicht. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Unsere Leistungspflicht bleibt bestehen, wenn Sie nachweisen, dass
- die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt worden ist oder
- die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Das gilt nicht, wenn die Mitwirkungspflicht arglistig verletzt wird.

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

Weitere Vertragsbestimmungen

§ 18 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

Grundsätze

(1) Die Zusatzversicherung bildet mit der Hauptversicherung eine Einheit, sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Spätestens zum Beginn der Rentenzahlung erlischt der Versicherungsschutz aus der Zusatzversicherung. Ist die Zusatzversicherung zu einer Hauptversicherung mit Abrufphase eingeschlossen und erlischt die Zusatzversicherung anlässlich des vorzeitigen Abrufes der Hauptversicherungsleistung, wird - soweit vorhanden - der Rückkaufswert nach Maßgabe von Absatz 5 fällig.

(2) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht aus dieser Zusatzversicherung berechnen wir die Leistung aus der Hauptversicherung (Rückkaufswert, beitragsfreie Versicherungsleistung und Überschussbeteiligung der Hauptversicherung) so, als ob Sie den Beitrag unverändert weitergezahlt hätten.

Ablauf der Beitragszahlungsdauer

(3) Besteht die Zusatzversicherung zu einer Rentenversicherung als Direktversicherung oder Rückdeckungsversicherung und ist eine Berufsunfähigkeit bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer dieser Zusatzversicherung nicht eingetreten, wird der freiwerdende Zusatzbeitrag weitergezahlt. Er wird ohne erneute Gesundheitsprüfung zur Erhöhung der Leistung aus der Hauptversicherung verwendet.

Dies setzt voraus, dass
- weiterhin Beitragszahlungspflicht für die Hauptversicherung besteht und
- im Rahmen der tarifabhängigen Begrenzungen der Hauptversicherung eine Beitragserhöhung möglich ist.

(4) Die Berechnung der erhöhten Leistungen erfolgt nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik unter Berücksichtigung des am Erhöhungstermin erreichten rechnungsmäßigen Alters der versicherten Person, der restlichen Laufzeit bzw. Aufschubzeit der Hauptversicherung und der ursprünglichen Annahmebedingungen.

Erfolgt keine Erhöhung, reduziert sich der Gesamtbeitrag um den wegfallenden Beitrag für diese Zusatzversicherung.

Beendigung dieser Zusatzversicherung

(5) Sofern keine anerkannten oder festgestellten Ansprüche aus Ihrer Zusatzversicherung bestehen, können Sie diese für sich allein oder zusammen mit der Hauptversicherung in Textform kündigen. Bei Kündigung endet der Vertrag. Wir zahlen keinen Rückkaufswert aus der Zusatzversicherung.

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

Beitragsfreistellung dieser Zusatzversicherung

(7) Wenn Sie nach § 165 VVG verlangen, von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden, treten die Folgen der Kündigung der Zusatzversicherung ein (siehe Absatz 5), und die Zusatzversicherung erlischt.

Herabsetzung des Versicherungsschutzes der Hauptversicherung

(8) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung z. B. aufgrund einer Kündigung oder Beitragsfreistellung gelten die Absätze 5 und 7 entsprechend.

Bestimmungen für die Definition der Pflegebedürftigkeit

(Stand 15.03.2025)

Inhaltsverzeichnis

Was ist Pflegebedürftigkeit?	§ 1
Welche Begutachtungsbereiche und Begutachtungskriterien sind maßgeblich?	§ 2
Wie erfolgt die Ermittlung der Gesamtpunktzahl?	§ 3
Wie werden die Einzelpunkte je Modul ermittelt?	§ 4
Wie erfolgt die Zuordnung der Summe der Einzelpunkte je Modul in einen Punktbereich und der sich daraus ergebenden gewichteten Punkte?	§ 5
Wie erfolgt die Bewertungssystematik zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit?	§ 6

§ 1 Was ist Pflegebedürftigkeit?

Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb der Hilfe durch andere bedarf. Es muss sich um eine versicherte Person handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen kann.

Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate und mindestens in der nachfolgend beschriebenen Schwere bestehen.

(a) **Gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung bei "Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit" - mindestens Pflegegrad 2**
Die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung der versicherten Person muss bei "Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit" mit einer Gesamtpunktzahl von mindestens 27 Punkten nach den Regelungen der §§ 3 bis 6 ärztlich festgestellt werden (eine Gesamtpunktzahl ab 27 entspricht mindestens dem Pflegegrad 2 nach dem SGB XI in der Fassung vom 01.01.2022).

(b) **Gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung bei einer "erhöhten Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit zum Beginn der Rentenzahlung" bzw. bei einer "sofort beginnenden Rentenversicherung wegen Pflegebedürftigkeit" - mindestens Pflegegrad 3**
Die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung der versicherten Person muss bei einer "erhöhten Altersrente wegen Pflegebedürftigkeit zum Beginn der Rentenzahlung" bzw. bei einer "sofort beginnenden Rentenversicherung wegen Pflegebedürftigkeit" mit einer Gesamtpunktzahl von mindestens 47,5 Punkten nach den Regelungen der §§ 3 bis 6 ärztlich festgestellt werden (eine Gesamtpunktzahl ab 47,5 entspricht mindestens dem Pflegegrad 3 nach dem SGB XI in der Fassung vom 01.01.2022).

(c) **Gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung bei einer "Rente wegen Pflegebedürftigkeit nach Beginn der Rentenzahlung" - mindestens Pflegegrad 4**
Die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung der versicherten Person muss bei einer "Rente wegen Pflegebedürftigkeit nach Beginn der Rentenzahlung" mit einer Gesamtpunktzahl von mindestens 70 Punkten nach den Regelungen der §§ 3 bis 6 ärztlich festgestellt werden (eine Gesamtpunktzahl ab 70 entspricht mindestens dem Pflegegrad 4 nach dem SGB XI in der Fassung vom 01.01.2022).

(2) Die Definition der Pflegebedürftigkeit entspricht der Definition der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI in der Fassung vom 01.01.2022. Bei künftigen Änderungen der gesetzlichen Definition oder der Ermittlung der Pflegebedürftigkeit bleibt die Definition der Pflegebedürftigkeit nach Absatz 1 (a) bis (c) unverändert.

Anwendung der entsprechenden Regelungen des SGB XI in der Fassung vom 01.01.2022

Für die Konkretisierungen der Inhalte des Begutachtungsinstruments - u.a. für die pflegefachliche Konkretisierung der pflegefachlichen Beschreibungen der Kriterien nach Absatz 1 (a) bis (c) (entspricht § 14 Absatz 2 SGB XI) - findet die Begutachtungs-Richtlinie nach § 17 SGB XI in der Fassung vom 01.01.2022 Anwendung.

Wird die Begutachtungs-Richtlinie bei unveränderter gesetzlicher Definition der Pflegebedürftigkeit angepasst, ist die geänderte Begutachtungs-Richtlinie anzuwenden. Etwas anderes gilt, wenn die Anpassung der Begutachtungs-Richtlinie aufgrund einer Änderung der §§ 14 und 15 SGB XI erfolgt. In diesem Fall findet die Begutachtungs-Richtlinie in der zuletzt gültigen Fassung vor der Gesetzesänderung Anwendung.

§ 2 Welche Begutachtungsbereiche und Begutachtungskriterien sind maßgeblich?

Begutachtungsbereiche mit Begutachtungskriterien (Module)

(1) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der versicherten Person sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien. Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden berücksichtigt.

(2) **Modul 1: Mobilität**
Kriterien: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen

(3) **Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten**
Kriterien: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch

(4) **Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen**

Kriterien: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen

(5) **Modul 4: Selbstversorgung**
Kriterien: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde

(6) **Modul 5: Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen**
Kriterien:
(a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
(b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
(c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen sowie
(d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften

(7) **Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte**
Kriterien: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds

§ 3 Wie erfolgt die Ermittlung der Gesamtpunktzahl?

Nach ärztlicher Begutachtung der Selbstständigkeiten und Fähigkeiten der versicherten Person erfolgt die Ermittlung der Gesamtpunktzahl in folgenden Schritten:
- Ermittlung der Summe der Einzelpunkte je Modul (siehe § 4)
- Zuordnung der Summe der Einzelpunkte je Modul in einen Punktbereich sowie der sich daraus ergebenden gewichteten Punkte (siehe § 5)
- Ermittlung der Gesamtpunkte durch Addieren der gewichteten Punkte aller Module (siehe § 6)

§ 4 Wie werden die Einzelpunkte je Modul ermittelt?

(1) Je Modul sind für die in den Modulen genannten Kriterien (siehe § 2) die nachfolgend dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden die nachfolgenden aufgeführten Einzelpunkte zugeordnet.

(a) **Modul 1: Einzelpunkte im Bereich Mobilität**
Das Modul umfasst die in § 2 Absatz 2 genannten fünf Kriterien, deren Ausprägungen jeweils in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Kategorien			
selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
0	1	2	3

(b) **Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten**
Das Modul umfasst die in § 2 Absatz 3 genannten elf Kriterien, deren Ausprägungen jeweils in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Kategorien			
Fähigkeit vorhanden / unbeeinträchtigt	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
0	1	2	3

(c) **Modul 3: Einzelpunkte im Bereich der Verhaltensweisen und psychische Problemlagen**
Das Modul umfasst die in § 2 Absatz 4 genannten dreizehn Kriterien, deren Häufigkeit des Auftretens in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet wird:

Kategorien			
nie oder sehr selten	selten (ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen)	häufig (zwei-mal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich)	täglich
0	1	3	5

(d) **Modul 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung**
Das Modul umfasst die in § 2 Absatz 5 genannten dreizehn Kriterien, deren Ausprägungen grundsätzlich jeweils in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Kategorien			
selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
0	1	2	3

Wegen ihrer besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung wird bei den **Kriterien "Trinken" und "Benutzung einer Toilette oder eines Toilettenstuhls"**die Punkte verdoppelt, bei dem **Kriterium "Essen"** die Punkte verdreifacht.

Die Einzelpunkte für die Kriterien der "Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma" und "Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma" gehen in die Berechnung nur ein, wenn bei der Begutachtung beim Versicherten darüber hinaus die Feststellung "überwiegend inkontinent" oder "vollständig inkontinent" getroffen wird oder eine künstliche Ableitung von Stuhl oder Harn erfolgt.

Abweichend hiervon wird das **Kriterium "Ernährung parental oder über Sonde"** in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Kategorien		
entfällt	teilweise	vollständig
0	6	3

Das **Kriterium ist mit "entfällt" (0 Punkte)** zu bewerten, wenn eine regelmäßige und tägliche parenterale Ernährung oder Sondenernährung auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nicht erforderlich ist. Kann die parenterale Ernährung oder Sondenernährung ohne Hilfe durch andere selbstständig durchgeführt werden, werden ebenfalls keine Punkte vergeben.

Das **Kriterium ist mit "teilweise" (6 Punkte)** zu bewerten, wenn eine parenterale Ernährung oder Sondenernährung zur Vermeidung von Mangelernährung mit Hilfe täglich und zusätzlich zur oralen Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit erfolgt.

Das **Kriterium ist mit "vollständig" (3 Punkte)** zu bewerten, wenn die Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit ausschließlich oder nahezu ausschließlich parenteral oder über eine Sonde erfolgt. Bei einer vollständigen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung werden weniger Punkte vergeben als bei einer teilweisen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung, da der oft hohe Aufwand zur Unterstützung bei der oralen Nahrungsaufnahme im Fall ausschließlich parenteraler oder Sondenernährung weitgehend entfällt.

(e) **Modul 5: Einzelpunkte im Bereich der Bewältigung von und des selbstständigen Umgangs mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen**
Das Modul umfasst die in § 2 Absatz 6 genannten sechzehn Kriterien.

Einzelpunkte für die Kriterien des § 2 Absatz 6 (a) und (b)
Für jedes in § 2 Absatz 6 (a) und (b) aufgeführte Kriterium wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen,

- die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen (pro Tag),
- die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen (pro Woche) und
- die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen (pro Monat)

erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbstständig durchgeführt werden können.

Kategorien			
	Anzahl der Maßnahmen		
entfällt oder selbstständig	pro Tag	pro Woche	pro Monat
0			

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird summiert. (Beispiel: Erfolgt täglich dreimal eine Medikamentengabe und einmal Blutzuckermessen, entspricht dies vier Maßnahmen pro Tag). Die Häufigkeit der Maßnahmen pro Woche bzw. pro Monat wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Danach gelten in den folgenden Kategorien die nachstehenden Punkte:

für die Kriterien des § 2 Absatz 6 a):
Durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen:
seltener als einmal täglich: 0 Punkte
ein- bis dreimal täglich: 1 Punkt
vier- bis achtmal täglich: 2 Punkte
mehr als achtmal täglich: 3 Punkte

für die Kriterien des § 2 Absatz 6 b):
Durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen:
seltener als einmal pro Woche: 0 Punkte
einmal oder mehrmals wöchentlich: 1 Punkt
ein- bis zweimal täglich: 2 Punkte
mindestens dreimal täglich: 3 Punkte

Einzelpunkte für die Kriterien des § 2 Absatz 6 (c)

- **Kriterium "Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung"**
  Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit von zeit- und technikintensiven Maßnahmen in häuslicher Umgebung, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Kategorien			
entfällt oder selbstständig	täglich	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
0	60	8,6	2

- **Übrige Kriterien des § 2 Absatz 6 (c)**
  Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit der übrigen Kriterien des § 2 Absatz 6 (c) wird wie folgt erhoben und mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Kategorien		
entfällt oder selbstständig	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
0	4,3	1

Handelt es sich um zeitlich ausgedehnte Arztbesuche oder Besuche von anderen medizinischen oder therapeutischen Einrichtungen (länger als drei Stunden), werden die Punkte verdoppelt.

Die Punkte der Kriterien des § 2 Absatz 6 c) werden addiert und anhand der Summe der jeweils erreichten Punkte mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Summe	Einzelpunkte
0 bis unter 4,3	0
4,3 bis unter 8,6	1
8,6 bis unter 12,9	2
12,9 bis unter 60	3
60 und mehr	6

- **Einzelpunkte für das Kriterium des § 2 Absatz 6 d)**
  Die Ausprägungen dieses Kriteriums werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Kategorien			
selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
0	1	2	3

(f) **Modul 6: Einzelpunkte im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte**
Das Modul umfasst die in § 2 Absatz 7 genannten sechs Kriterien, deren Ausprägungen jeweils in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Kategorien			
selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
0	1	2	3

Ermittlung der Summe der Einzelpunkte je Modul

(2) Die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in einem Modul werden im Anschluss addiert (Summe der Einzelpunkte je Modul).

§ 5 Wie erfolgt die Zuordnung der Summe der Einzelpunkte je Modul in einen Punktbereich und der sich daraus ergebenden gewichteten Punkte?

(1) Die Summe der Einzelpunkte je Modul ist dem in der Tabelle in § 6 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenen gewichteten Punkten zuzuordnen.

Wir erläutern Ihnen nachfolgend

- wie in jedem Modul die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten in Punktbereiche gegliedert sind (Absatz 2), und
- wie die jedem Punktbereich in einem Modul festgelegten, gewichteten Punkte zuzuordnen sind (Absatz 3).

Gliederung der jeweils in den Modulen erreichbaren Summen aus Einzelpunkten in Punktbereiche

(2) In jedem Modul sind die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in der Tabelle in § 6 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

- **Punktbereich 0:**
  keine Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
- **Punktbereich 1:**
  geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
- **Punktbereich 2:**
  erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
- **Punktbereich 3:**
  schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
- **Punktbereich 4:**
  schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten

Zuordnung der in jedem Punktbereich in einem Modul festgelegten, gewichteten Punkte

(3) Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung

- der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten sowie
- der folgenden Gewichtung der Module

die in der Tabelle in § 6 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet.

Die Module werden wie folgt gewichtet:

- **Modul 1:** Mobilität — mit 10 Prozent
- **Modul 2 und Modul 3:** Kognitive und kommunikative Fähigkeiten und Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen — mit 15 Prozent
- **Modul 4:** Selbstversorgung — mit 40 Prozent
- **Modul 5:** Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen — mit 20 Prozent
- **Modul 6:** Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte — mit 15 Prozent

Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht.

Beispiel für eine Zuordnung der Summe der Einzelpunkte anhand des Moduls 1 Mobilität

(4) Beträgt die Summe der Einzelpunkte im **Modul 1 Mobilität 8 Punkte** , wird die ermittelte Summe der Einzelpunkte dem Punktbereich 3 (6-9 Punkte) zugeordnet. Der Punktbereich 3 dieses Moduls ist mit 7,5 Punkten gewichtet (siehe § 6). Die gewichtete Punktzahl 7,5 ist maßgeblich für die Berechnung der Gesamtpunktzahl nach § 6.

§ 6 Wie erfolgt die Bewertungssystematik zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit?

In der nachfolgenden Tabelle zur Bewertungssystematik sind je Modul die in einem Punktbereich jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten mit gewichteten Punkten dargestellt.

	Punktbereich					
Modul	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	
1	0 - 1	2 - 3	4 - 5	6 - 9	10 - 15	Summe der Einzelpunkte
	0	**2,5**	**5**	**7,5**	**10**	**Gewichtete Punkte**
2	0 - 1	2 - 5	6 - 10	11 - 16	17 - 33	Summe der Einzelpunkte
3	0	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 65	Summe der Einzelpunkte
Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3	**0**	**3,75**	**7,5**	**11,25**	**15**	**Gewichtete Punkte für die Module 2 und 3**
4	0 - 2	3 - 7	8 - 18	19 - 36	37 - 54	Summe der Einzelpunkte
	0	**10**	**20**	**30**	**40**	**Gewichtete Punkte**
5	0	1	2 - 3	4 - 5	6 - 15	Summe der Einzelpunkte
	0	**5**	**10**	**15**	**20**	**Gewichtete Punkte**
6	0	1 - 3	4 - 6	7 - 11	12 - 18	Summe der Einzelpunkte
	0	**3,75**	**7,5**	**11,25**	**15**	**Gewichtete Punkte**

Ermittlung der Gesamtpunktzahl

Die Gesamtpunktzahl wird durch das Addieren der gewichteten Punkte aller Module ermittelt.

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

(Stand 15.03.2025)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

Inhaltsverzeichnis

Wie erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge?	§ 1
Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich die Beiträge und Versicherungsleistungen?	§ 2
Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?	§ 3
Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Leistungen?	§ 4
Wann entfallen die Erhöhungen?	§ 5

§ 1 Wie erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge?

(1) Der Beitrag für diese Versicherung einschließlich etwaiger Zusatzversicherungen erhöht sich jeweils
- im gleichen Verhältnis wie der Höchstbeitrag in der allgemeinen Rentenversicherung, mindestens jedoch um jährlich 5 % des jeweiligen Vorjahresbeitrags

oder
- um einen bei Vertragsabschluss vereinbarten ganzzahligen Prozentsatz zwischen 1 % und 10 %. Dabei wird die Erhöhung immer vom jeweiligen Vorjahresbeitrag berechnet.

Der vereinbarte Erhöhungsmaßstab wird im Versicherungsschein genannt.

(2) Ist als Erhöhungsmaßstab der Höchstbeitrag in der allgemeinen Rentenversicherung vereinbart, ist das Verhältnis zwischen dem Höchstbeitrag am jeweiligen Erhöhungstermin und dem Höchstbeitrag zu Beginn des vorangegangenen Versicherungsjahres maßgeblich.

(3) Bei einer Änderung des Beitrags gemäß der Allgemeinen und Besonderen Bedingungen ist der geänderte Beitrag Grundlage für die planmäßige Erhöhung.

(4) Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung.

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich die Beiträge und Versicherungsleistungen?

(1) Die Erhöhungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen erfolgen jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres.

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

(3) Die letzte Erhöhung von Beitrag und Versicherungsleistungen erfolgt fünf Jahre vor Ablauf der Beitragszahlungsdauer, spätestens jedoch, wenn die versicherte Person - bei einer Versicherung mehrerer Personen die älteste versicherte Person - das rechnungsmäßige Alter *) von 70 erreicht.

§ 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?

(1) Die Erhöhung der Leistungen errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnungsmäßigen Alter *) der versicherten Person, der restlichen Laufzeit des Vertrags und dem bei Vertragsabschluss gültigen Tarif. Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge.

(2) Wir sind berechtigt, bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden und nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den Rechnungsgrundlagen des bestehenden Vertrages künftigen Erhöhungen der Versicherungsleistungen berichtigte Rechnungsgrundlagen zugrunde zu legen, sofern dies erforderlich erscheint, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistungen zu sichern.

Zu diesem Zweck können wir für die Berechnung künftiger Erhöhungen der Versicherungsleistungen als Rechnungsgrundlagen
- bei einer unerwartet starken Änderung der Lebenserwartung: die Sterbetafel
- bei einer unerwartet starken Veränderung des Leistungsbedarfs für eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung: die Wahrscheinlichkeitstafeln für das Berufsunfähigkeits-Risiko
- bei einer nachhaltig gesunkenen Rendite der Kapitalanlagen: den Rechnungszins

verwenden, die nach Maßgabe der jeweils gültigen aufsichtsrechtlichen Bestimmungen und den offiziellen Stellungnahmen der Deutschen Aktuarvereinigung e. V. (DAV) als gebotene Rechnungsgrundlagen für die Berechnung der Deckungsrückstellung **) der Versicherungsleistungen gelten. Die Änderung der Rechnungsgrundlagen kann auch mehrmals erfolgen.

Anpassungen können wir jeweils nur innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der oben genannten Voraussetzungen vornehmen. Sie werden nur wirksam, sofern ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die sonstigen Voraussetzungen für die Änderung überprüft und deren Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden wir Ihnen bekannt geben. Bereits erfolgte Erhöhungen der Versicherungsleistungen bleiben von der Änderung unberührt.

(3) Sind Zusatzversicherungen eingeschlossen, werden ihre Versicherungsleistungen im gleichen Verhältnis wie die der Hauptversicherung erhöht, solange für die Zusatzversicherungen Beitragszahlungspflicht besteht.

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

(1) Alle im Rahmen des Versicherungsvertrags getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Allgemeinen und Besonderen Bedingungen sowie die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich ebenfalls auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen. Entsprechende Anwendung findet auch der Paragraph "Wie verrechnen wir die Abschlusskosten?" der Allgemeinen Bedingungen.

(2) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Vertrag setzt die Fristen in den Paragraphen der Allgemeinen und Besonderen Bedingungen, die im Zusammenhang mit der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht und der Selbsttötung genannt werden, nicht erneut in Lauf. Die Erhöhungen sind wie die vereinbarten Grundversicherungen an den Überschüssen beteiligt.

§ 5 Wann entfallen die Erhöhungen?

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

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

(3) Sollten Sie dreimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen. Es kann jedoch mit unserer Zustimmung neu begründet werden.

(4) Ist in Ihrer Versicherung eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung ohne Leistungsdynamik mit eingeschlossen, erfolgen im Rahmen dieser Besonderen Bedingungen keine Erhöhungen, solange Ihre Beitragszahlungspflicht aufgrund einer Leistung aus der Zusatzversicherung ganz oder teilweise entfällt.

---

*) Das erreichte rechnungsmäßige Alter der versicherten Person ist die Differenz zwischen dem Kalenderjahr des Erhöhungstermins und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

**) Eine Deckungsrückstellung müssen wir für jeden Versicherungsvertrag bilden, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können. Deren Berechnung wird nach § 88 Absatz 3 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und § 341e und § 341f des Handelsgesetzbuches (HGB) sowie den dazu erlassenen Rechtsverordnungen geregelt.

Welche Steuerregelungen gelten für die private Risiko-Lebensversicherung?

(Stand 13.01.2025)

1. Einleitung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

die nachfolgenden Informationen beruhen auf dem aktuellen Stand der deutschen Steuergesetze (Stand: 13.01.2025). Es können nur allgemeine Angaben über die für diese Versicherungsart geltende Steuerregelung gegeben werden. Insbesondere erheben diese Informationen keinen Anspruch auf Vollständigkeit, etwa hinsichtlich bestimmter steuerrechtlicher Voraussetzungen und Rechtsfolgen. In Zweifelsfällen empfehlen wir die Inanspruchnahme steuerlicher Beratung.

Die Anwendung dieser Steuerregelungen auf Ihre Versicherung kann nicht für die gesamte Laufzeit garantiert werden.

Durch Änderungen von Gesetzen, Verordnungen, Rechtsprechung, Verwaltungsanweisungen etc. während der weiteren Vertragslaufzeit, aber auch durch Vertragsänderungen, kann sich die steuerliche Behandlung Ihrer Versicherung ändern. Bitte berücksichtigen Sie, dass bei etwaigen Änderungen keine Information gegenüber dem Versicherungsnehmer erfolgt.

Eine Haftung für diese Auskünfte können wir nicht übernehmen.

2. Einkommensteuer

2.1 Sonderausgabenabzug

Abzugsberechtigte Personen

Es können nur dann Aufwendungen als Sonderausgaben abgezogen werden, wenn sie auf einer eigenen Verpflichtung des Steuerpflichtigen beruhen.

Bei Ehegatten und Lebenspartnern einer eingetragenen Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (im Folgenden "eingetragener Lebenspartner" genannt), die zusammen zur Einkommensteuer veranlagt werden, kommt es für den Abzug von Sonderausgaben nicht darauf an, ob sie der Ehemann oder die Ehefrau bzw. der eingetragene Lebenspartner geleistet hat.

Höchstbetrag

Beiträge zu Risikoversicherungen, die nur für den Todesfall eine Leistung vorsehen sowie Beiträge zu Unfall-, privaten Erwerbs- und privaten Berufsunfähigkeits-(Zusatz)Versicherungen sind im Rahmen der geltenden Höchstbeträge für Vorsorgeaufwendungen als Sonderausgaben nach § 10 Abs. 1 Nr.3a Einkommensteuergesetz (EStG) abzugsfähig, soweit die Vorsorgeaufwendungen im Sinne des § 10 Abs. 1 Nr. 3a EStG die nach § 10 Abs. 4 EStG zu berücksichtigende Höchstbeträge für Vorsorgeaufwendungen nicht überschreiten.

Zudem können Beiträge zu kapitalbildenden Lebensversicherungen nicht als Sonderausgaben geltend gemacht werden. Kapitalbildende Lebensversicherungen sind insbesondere:

- Lebensversicherungen auf den Todes- und Erlebensfall gegen laufende Beitragszahlung,
- Lebensversicherungen auf den Todes- und Erlebensfall gegen Einmalbeitrag,
- fondsgebundene Lebensversicherungen,
- Lebensversicherungen mit lebenslangem Todesfallschutz.

2.2 Laufende Besteuerung

Leistungen aus Lebensversicherungen

Leistungen, die im Todesfall gezahlt werden, unterliegen nicht der Einkommensteuer. Gleiches gilt für die Unterstützungsleistungen, die bei bestimmten Erkrankungen gezahlt werden und weder zu erwarten waren noch durch die versicherte Person herbeigeführt wurden.

Bei Kapitalentnahmen oder bei Rückkauf des Vertrags gehört der Ertrag aus der Lebensversicherung zu den Einkünften aus Kapitalvermögen gem. § 20 Abs. 1 Nr. 6 EStG.

Der steuerpflichtige Ertrag ist der Unterschiedsbetrag zwischen der Versicherungsleistung und der Summe der auf sie entrichteten Beiträge (vgl. § 20 Abs. 1 Nr. 6 EStG). Bei fondsgebundenen Versicherungen reduziert sich der steuerpflichtige Ertrag um 15 Prozent, soweit dieser aus Investmenterträgen im Sinne des § 52 Absatz 28 Satz 22 EStG stammt (vgl. § 20 Absatz 1 Nr. 6 Satz 9 EStG) (sogenanntes Teilfreistellungsverfahren).

Beiträge zu Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen dürfen nicht von der Versicherungsleistung abgezogen werden, d. h. sie dürfen den Ertrag nicht mindern.

Besteht die Leistung aus einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung in einer Beitragsbefreiung für den Hauptvertrag, ist für die Berechnung des Unterschiedsbetrags ein rechnerischer Ausgleichsposten in Höhe der angenommenen oder tatsächlich durch das Versicherungsunternehmen übernommenen Beiträge bei der Berechnung des Unterschiedsbetrags ertragsmindernd zu berücksichtigen.

Bei entgeltlichem Erwerb des Anspruchs auf die Versicherungsleistung treten die Anschaffungskosten an die Stelle der vor dem Erwerb entrichteten Beiträge (vgl. § 20 Abs. 1 Nr. 6 Satz 3 EStG).

Sofern die steuerpflichtige Leistung mehreren Steuerpflichtigen gemeinschaftlich zufließt, ist die Aufteilung der Erträge nach Köpfen vorzunehmen, wenn kein abweichendes Verhältnis vereinbart ist.

Die steuerpflichtigen Erträge unterliegen grundsätzlich der Kapitalertragsteuer in Höhe von 25% der Kapitalerträge zuzüglich des Solidaritätszuschlages (§ 43a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 EStG, § 3 Abs. 1 Nr. 5 Solidaritätszuschlagsgesetz 1995), der durch den Steuerabzug abgegolten wird (Abgeltungsteuer). Bei der Anwendung des Halbeinkünfteverfahrens (§ 20 Abs. 1 Nr. 6 Satz 2 EStG) können im Rahmen Ihrer Veranlagung Besonderheiten gelten. Bitte lassen Sie sich in diesem Fall steuerlich beraten.

Soweit für den Steuerpflichtigen eine Kirchensteuerpflicht besteht, behalten wir die auf die Kapitalertragsteuer entfallende Kirchensteuer ein und führen sie an das zuständige Finanzamt ab. Zuvor fragen wir beim Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) unter Angabe der Steuer-Identifikationsnummer und des Geburtsdatums automatisiert ab, ob der Steuerpflichtige kirchensteuerpflichtig ist (sogenannte Anlassabfrage). Das BZSt teilt uns dann eine etwaige Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft und den geltenden Kirchensteuersatz mit.

Über den Kapitalertrag und die abgeführten Beträge erhalten Sie von uns eine Steuerbescheinigung als Nachweis gegenüber Ihrem Finanzamt.

Zu den Einkünften aus Kapitalvermögen gehört auch der Gewinn aus der Veräußerung von Ansprüchen auf eine Versicherungsleistung.

Wir sind gesetzlich verpflichtet nach Kenntniserlangung von einer Veräußerung unverzüglich Mitteilung an das für den Steuerpflichtigen zuständige Wohnfinanzamt zu machen und auf Verlangen des Steuerpflichtigen eine Bescheinigung über die Höhe der entrichteten Beiträge im Zeitpunkt der Veräußerung zu erteilen.

Leistungen aus privater Risikoversicherung und Zusatzversicherungen

a) Einmalige Kapitalauszahlungen aus reinen Risikoversicherungen bleiben bei der Einkommensteuer unbesteuert, soweit sie als Todesfallleistung ausgezahlt werden. Die Barauszahlung von Überschüssen sowie die Leistung aufgrund einer verzinslichen Ansammlung der Überschüsse ist bei einer reinen Risikoversicherung keine steuerpflichtige Einnahme. Auch vorgezogene Leistungen im Sinne des § 3 der "Besondere Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung Smart" bzw. der "Besondere Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung Komfort" bleiben bei der Einkommensteuer unbesteuert.
b) Kapitalleistungen aus Unfalltod-Zusatzversicherungen sind einkommensteuerfrei.

Leistungen aus selbstständiger privater Berufsunfähigkeits- bzw. privater Erwerbsunfähigkeitsversicherung

a) Gezahlte Renten aus Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsversicherungen unterliegen in Höhe des Ertragsanteils für abgekürzte Leibrenten als sonstige Einkünfte der Besteuerung (vgl. § 22 Nr. 1 S. 3 a) bb) EStG in Verbindung mit § 55 Abs. 2 EStDV).
   Wird eine Anfangshilfe als einmalige Kapitalleistung gezahlt ist diese als Risiko-Leistung nicht einkommensteuerpflichtig. Wird eine Wiedereingliederungshilfe als einmalige Kapitalleistung gezahlt ist diese als Risiko-Leistung nicht einkommensteuerpflichtig.
b) Versicherungsleistungen aufgrund von Pflegebedürftigkeit aus einer Pflegerenten-Zusatzversicherung sind grundsätzlich gemäß § 3 Nr. 1a EStG einkommensteuerfrei, wenn die Versicherungsleistung der versicherten Person zukommt.

Veräußerung einer kapitalbildenden Versicherung

Zu den Einkünften aus Kapitalvermögen gehört auch der Gewinn aus der Veräußerung von Ansprüchen auf eine Versicherungsleistung, § 20 Abs. 2 Nr. 6 EStG. Die Versicherer sind gesetzlich verpflichtet nach Kenntniserlangung von einer Veräußerung unverzüglich Mitteilung an das für den Steuerpflichtigen zuständige Wohnfinanzamt zu machen und auf Verlangen des Steuerpflichtigen eine Bescheinigung über die Höhe der entrichteten Beiträge im Zeitpunkt der Veräußerung zu erteilen.

3. Versicherungsteuer

Die Beiträge zu Lebensversicherungen, privaten bzw. betrieblichen Risikoversicherungen sowie Beiträge zu den Zusatzversicherungen, unterliegen grundsätzlich nicht der inländischen Versicherungsteuer. Bei einem Wegzug ins Ausland hat der Versicherungsnehmer die Provinzial hierüber zu informieren. Gegebenenfalls fällt eine ausländische Versicherungssteuer an.

Die Beiträge unterliegen jedoch der Versicherungsteuer, soweit im Fall der Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit Ansprüche begründet werden, die nicht unmittelbar oder mittelbar der Versorgung der versicherten Person (Risikoperson) oder von deren Angehörigen im Sinne des § 7 Pflegezeitgesetz (PflegeZG) oder des § 15 Abgabenordnung (AO) dienen (§ 4 Absatz 1 Nr. 5 Versicherungsteuergesetz (VersStG)).

Eine Versicherung dient der Versorgung der versicherten Person oder von deren Angehörigen, wenn die Versicherungsleistung diesen zugutekommen soll. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn der versicherten Person oder deren Angehörigen ein unbedingter Anspruch oder ein Bezugsrecht aus der Versicherung zusteht, die versicherte Person ein Angehöriger des Versicherungsnehmers ist und dieser die Versicherungsleistung für den Angehörigen beanspruchen kann, der Versicherung eine entsprechende gesetzliche oder vertragliche Verpflichtung des Versicherungsnehmers gegenüber der versicherten Person zugrunde liegt oder der Versicherungsnehmer die Versicherung zur Abdeckung der Risiken einer Personengruppe abschließt und er die Versicherungsleistung nur für die Gruppenmitglieder beanspruchen kann.

Bei einer Sicherungsabtretung oder Verpfändung der Ansprüche aus der Versicherung an einen Gläubiger (z. B. Kreditinstitut) im Zusammenhang mit einer Verbindlichkeit der versicherten Person (natürliche Person) dient die Versicherungsleistung im Versicherungsfall mittelbar der Versorgung der versicherten Person, da sie von einer Verbindlichkeit befreit wird.

Angehörige der versicherten Person nach § 7 PflegeZG und § 15 AO sind insbesondere

- der Verlobte, solange die Verlobung besteht,
- der Ehegatte oder Lebenspartner, auch wenn die Ehe oder Lebenspartnerschaft nicht mehr besteht,
- die Großeltern, Eltern, Schwiegereltern und Stiefeltern,
- die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder und
- die Geschwister und deren Kinder.

Die Beurteilung, ob die Versicherung die Voraussetzungen der Steuerbefreiung erfüllt, nehmen wir bei Vertragsabschluss anhand der Angaben des Versicherungsnehmers vor. Diese Beurteilung legen wir solange dem Vertrag zu Grunde, bis wir Kenntnis von Umständen erlangen, die zu einer abweichenden steuerrechtlichen Beurteilung führen.

Ändern sich nach Vertragsabschluss Umstände, die zu einer von der anfänglichen Beurteilung abweichenden Beurteilung führen, beginnt oder endet die Steuerbefreiung zum Zeitpunkt des Eintritts der Umstände (§ 4 Abs. 2 VersStG).

Treten nachträglich Umstände ein, die eine Steuerbefreiung begründen, wird die Versicherungsteuer auf unseren Antrag vom Finanzamt erstattet, soweit Beiträge für einen Zeitraum nach Eintritt dieser Umstände gezahlt worden sind. Die erstattete Steuer leiten wir an den Versicherungsnehmer weiter.

Erlischt die Steuerbefreiung, ist die Versicherungsteuer nachzuentrichten, soweit Beiträge für einen Zeitraum nach Entfallen der Steuerbefreiung gezahlt worden sind. In diesem Fall werden wir gemäß § 9 Abs. 7 VersStG die Versicherungsteuer beim Versicherungsnehmer nachträglich einfordern.

Wir melden die uns entrichtete Versicherungsteuer bei der zuständigen Finanzbehörde an und führen sie dorthin ab.

Die Versicherungsteuer beträgt derzeit 19 Prozent des steuerpflichtigen Beitrags.

Bei steuerpflichtigen Beiträgen informieren wir Sie über

- den Betrag der Versicherungsteuer in Euro,
- den Steuersatz und
- die vom Bundeszentralamt für Steuern erteilte Versicherungsteuernummer, zu der die Steuer abgeführt wird.

4. Umsatzsteuer

Beiträge zu und Leistungen aus Versicherungen sind grundsätzlich umsatzsteuerfrei. Dies gilt einheitlich für die Europäische Union.

5. Erbschaft-/Schenkungsteuer

Die Ansprüche oder Leistungen aus Lebensversicherungen, Risikoversicherungen und etwaigen Zusatzversicherungen können der Erbschaft- bzw. Schenkungsteuer unterliegen, wenn sie einem anderen als dem Versicherungsnehmer ausgezahlt oder zur Verfügung gestellt werden. Dieses gilt auch bei einem Wechsel des Versicherungsnehmers oder einer Beteiligung eines weiteren Versicherungsnehmers an dem Vertrag. In diesem Fall wird der in der Versicherung liegende Vermögenswert der Versicherung übertragen. Er wird mit dem aktuellen Rückkaufswert zum Übertragungszeitpunkt bewertet.
Ob tatsächlich Erbschaft- bzw. Schenkungsteuer anfällt, ist von den individuellen Verhältnissen (z. B. den zur Verfügung stehenden Freibeträgen) abhängig. Der Versicherer ist verpflichtet, diese Fälle vor Auszahlung bzw. Übertragung dem für die Verwaltung der Erbschaftsteuer zuständigen Finanzamt schriftlich anzuzeigen (vgl. § 33 Erbschaftsteuer- und Schenkungssteuergesetz (ErbStG) in Verbindung mit § 3 Erbschaftsteuer-Durchführungsverordnung (ErbStDV)).
Die Anzeige darf bei Kapitalversicherungen unterbleiben, wenn der auszuzahlende Betrag 5.000 Euro nicht übersteigt (§ 3 Abs. 3 ErbStDV).

6. Meldepflichten

Rentenbezugsmitteilung

Der Versicherer hat über die ausgezahlten Leistungen - auch bei einer Berufsunfähigkeitsrente - jährlich eine Rentenbezugsmitteilung an die Deutsche Rentenversicherung Bund als zentrale Stelle zu übermitteln (§§ 22a, 81 EStG). Sie informiert die Finanzverwaltung entsprechend.

7. Wohnsitz bzw. gewöhnlicher Aufenthalt im Ausland

Wenn Sie während der Beitragszahlungsdauer Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben, kann ein Sonderausgabenabzug im Inland entfallen.

Sofern die bezugsberechtigte Person aus dem Vertrag den Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland hat, könnten die Rentenzahlungen oder eine Kapitalleistung in Deutschland der beschränkten Einkommensteuerpflicht unterliegen, aber auch aufgrund eines etwaigen Doppelbesteuerungsabkommens in Deutschland steuerfrei, aber im Ausland steuerpflichtig sein.

Lassen Sie sich in einem solchen Fall von einem Steuerberater steuerlich beraten.

Welche Steuerregelungen gelten für betrieblich veranlasste Lebens- und Rentenversicherungen, die keine Direktversicherungen sind, insbesondere also für Rückdeckungsversicherungen?

(Stand 13.01.2025)

1. Einleitung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

die nachfolgenden Informationen beruhen auf dem aktuellen Stand der deutschen Steuergesetze (Stand: 13.01.2025). Es können nur allgemeine Angaben über die für diese Versicherungsart geltende Steuerregelung gegeben werden. Insbesondere erheben diese Informationen keinen Anspruch auf Vollständigkeit, etwa hinsichtlich bestimmter steuerrechtlicher Voraussetzungen und Rechtsfolgen. In Zweifelsfällen empfehlen wir die Inanspruchnahme steuerlicher Beratung.

Die Anwendung dieser Steuerregelungen auf Ihre Versicherung kann nicht für die gesamte Laufzeit garantiert werden.

Durch Änderungen von Gesetzen, Verordnungen, Rechtsprechung, Verwaltungsanweisungen etc. während der weiteren Vertragslaufzeit, aber auch durch Vertragsänderungen, kann sich die steuerliche Behandlung Ihrer Versicherung ändern. Bitte berücksichtigen Sie, dass bei etwaigen Änderungen keine Information gegenüber dem Versicherungsnehmer erfolgt.

Eine Haftung für diese Auskünfte können wir nicht übernehmen.

Eine betrieblich veranlasste Kapital-Lebens- und Rentenversicherung liegt vor, wenn der Arbeitgeber als Versicherungsnehmer auf das Leben des Arbeitnehmers eine Versicherung abschließt, aus der der Arbeitgeber ausschließlich bezugsberechtigt ist. Sie dient bspw. dazu, dem Arbeitgeber die Mittel zur Erfüllung einer Pensionszusage an den Arbeitnehmer zu verschaffen (Rückdeckungsversicherung). Der Arbeitgeber ist alleiniger Beitragszahler. Auch Beiträge, die durch eine Entgeltumwandlung des Arbeitnehmers finanziert werden, sind steuerlich dem Arbeitgeber zuzuordnen.

2. Einkommensteuer/ Körperschaftsteuer

2.1 Abzugsfähigkeit der Zuwendungen als Betriebsausgaben

Beiträge zu betrieblich veranlassten Kapital-Lebens- und Rentenversicherungen (in Betracht kommen z. B. Rückdeckungsversicherungen zu Pensionszusagen) sind bei der Gewinnermittlung durch Betriebsvermögensvergleich als Betriebsausgaben steuerlich abzugsfähig. Sofern eine Gewinnermittlung nach Einnahmeüberschussrechnung (§ 4 Absatz 3 Einkommenssteuergesetz (EStG)) erfolgt, sind ggf. steuerliche Spezialvorschriften zu beachten. Bitte wenden Sie sich in diesem Fall an Ihren Steuerberater.

2.2 Besteuerung von Ansprüchen und Leistungen einer betrieblichen Versicherung beim Arbeitgeber

Die Ansprüche auf Leistungen aus Lebens- und Rentenversicherungen, die zu einem Betriebsvermögen gehören, sind bei Gewinnermittlung durch Betriebsvermögensvergleich als Forderung grundsätzlich mit ihren Anschaffungskosten anzusetzen. Anschaffungskosten sind die bis zum jeweiligen Bilanzstichtag vom Versicherungsnehmer unmittelbar aufgewendeten Sparanteile der Versicherungsprämien (Sparbeiträge) zzgl. der Zinsansprüche sowie der Guthaben aus Überschussbeteiligungen. Hierfür ist das vom Versicherer jeweils nachgewiesene Deckungskapital (Deckungsrückstellung) die Bewertungsgrundlage und der Bewertungsmaßstab. Hierzu gehören alle aus dem Versicherungsverhältnis resultierenden Ansprüche gegen den Versicherer (z. B. Guthaben aus Überschussbeteiligungen, verzinslichen Ansammlungen, Anwartschaften aus Hinterbliebenenleistungen usw.). Eine Begrenzung des Bilanzansatzes auf den Betrag etwaiger passivierter Pensionsrückstellungen ist nicht zulässig.

Der Anspruch aus der Rückdeckung einer Zusage auf Hinterbliebenenversorgung ist mit dem vom Versicherer nachgewiesenen Deckungskapital (Deckungsrückstellung) zu aktivieren.

Der Anspruch aus einer Kapital-Lebensversicherung, die mit einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung kombiniert ist, ist auch nach Eintritt der Berufsunfähigkeit als ein einheitliches Wirtschaftsgut zu aktivieren und mit dem Rechnungszins zu bemessen, den der Versicherer für die Berechnung der Deckungsrückstellung für die Lebensversicherung verwendet hat.

Handelt es sich bei der betrieblich veranlassten Kapital-Lebens- bzw. Rentenversicherung um eine Rückdeckungsversicherung, mit der dem Arbeitgeber die Mittel zur Erfüllung einer Pensionszusage an den Arbeitnehmer verschafft werden, stellen der Rückdeckungsanspruch einerseits und die Pensionsverpflichtung andererseits steuerlich unabhängig voneinander zu bilanzierende Wirtschaftsgüter dar. Eine Saldierung des Rückdeckungsanspruchs mit der Pensionsrückstellung ist steuerlich nicht zulässig.

Fällige Versicherungsleistungen aus Kapital-Lebens- bzw. Rentenversicherungen oder aus Zusatzversicherungen sind als Betriebseinnahmen zu erfassen. Gleichzeitig ist der Aktivwert der Versicherungsansprüche aufzulösen oder gegebenenfalls zu vermindern.

Bei der Gewinnermittlung durch Einnahmenüberschussrechnung entfällt eine Aktivierung der Versicherungsansprüche. Die vereinnahmte Versicherungsleistung ist als Betriebseinnahme zu erfassen. Im Saldo wirkt sich damit die vereinnahmte Versicherungsleistung vermindert um die im Jahr der Vereinnahmung als Betriebsausgabe abzugsfähigen Beiträge auf den Gewinn aus.

Besteht die Versicherungsleistung in einer Kapitalzahlung, muss die Versicherung Kapitalertragsteuer zzgl. Solidaritätszuschlag einbehalten. Bemessungsgrundlage für die Kapitalertragsteuer ist der in der Kapitalzahlung enthaltene Kapitalertrag. Kapitalertrag ist der Unterschiedsbetrag zwischen der Kapitalauszahlung und der Summe der auf sie entrichteten Beiträge. Die Kapitalertragsteuer beträgt 25 % des Kapitalertrages. Der Solidaritätszuschlag beläuft sich auf 5,5 % der Kapitalertragsteuer. Die anfallende Kapitalertragsteuer und der Solidaritätszuschlag können auf die zu entrichtende Ertragssteuer angerechnet werden.

Von der ab 2009 geltenden Abgeltungsbesteuerung sind betrieblich veranlasste Kapital-Lebens- und Rentenversicherungen, die zum Betriebsvermögen gehören, nicht betroffen, d. h. die einbehaltenen Steuerabzugsbeträge (Kapitalertragsteuer, Solidaritätszuschlag) haben nur Anrechnungswirkung.

Auf Leistungen in Form einer Rente wird keine Kapitalertragsteuer und kein Solidaritätszuschlag einbehalten.

2.3 Steuerliche Behandlung der Versicherung beim Arbeitnehmer

Der Abschluss der betrieblich veranlassten Kapital-Lebens- bzw. Rentenversicherung, die nicht nach den Regelungen des Altersvermögensgesetzes oder des Alterseinkünftegesetzes gefördert wird, hat für den Arbeitnehmer keine steuerliche Konsequenz. Der Arbeitnehmer ist lediglich versicherte Person. Versicherungsnehmer und Bezugsberechtigter ist der Arbeitgeber. Auch eine Verpfändung der Ansprüche aus dieser Versicherung ist ohne steuerliche Auswirkung beim Arbeitnehmer.

Wird aber der Anspruch aus einer solchen Versicherung ohne Entgelt auf den Arbeitnehmer übertragen oder in eine Direktversicherung umgewandelt, fließt dem Arbeitnehmer im Zeitpunkt der Übertragung bzw. Umwandlung ein lohnsteuerpflichtiger geldwerter

Vorteil zu. Der geldwerte Vorteil entspricht grundsätzlich dem geschäftsplanmäßigen Deckungskapital zuzüglich einer bis zu diesem Zeitpunkt zugeteilten Überschussbeteiligung. In diesem Fall gelten dann andere steuerliche Regelungen.

3. Gewerbesteuer
Beiträge zu Lebens- und Rentenversicherungen, die als Betriebsausgabe abgezogen werden können, mindern den Gewinn aus Gewerbebetrieb und damit den Gewerbeertrag als Teil der Bemessungsgrundlage für die Gewerbesteuer.

Die Ansprüche auf Leistungen aus Lebens- und Rentenversicherungen, die zu einem Betriebsvermögen gehören, sind bei der Gewinnermittlung durch Betriebsvermögensvergleich grundsätzlich zu aktivieren. Fällige Versicherungsleistungen sind als Betriebseinnahmen zu erfassen. Gleichzeitig ist der Aktivwert für die Versicherungsansprüche aufzulösen oder gegebenenfalls zu vermindern.

4. Versicherungsteuer
Die Beiträge zu (betrieblichen) Kapital-Lebens- und Rentenversicherungen als Rückdeckungsversicherung unterliegen grundsätzlich nicht der inländischen Versicherungsteuer, § 4 Absatz 1 Nr. 5 VersStG i.V.m. § 1 Absatz 6 S. 2 Nr. 3 VersStDV).

Die Beiträge unterliegen jedoch der Versicherungsteuer, soweit im Fall der Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit Ansprüche begründet werden, die nicht unmittelbar oder mittelbar der Versorgung der versicherten Person (Risikoperson) oder von deren Angehörigen im Sinne des § 7 Pflegezeitgesetz (PflegeZG) oder des § 15 Abgabenordnung (AO) dienen (§ 4 Absatz 1 Nr. 5 Versicherungsteuergesetz (VersStG).

Eine Versicherung dient der Versorgung der versicherten Person oder von deren Angehörigen, wenn die Versicherungsleistung diesen zugutekommen soll. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn der versicherten Person oder deren Angehörigen ein unbedingter Anspruch oder ein Bezugsrecht aus der Versicherung zusteht, die versicherte Person ein Angehöriger des Versicherungsnehmers ist und dieser die Versicherungsleistung für den Angehörigen beanspruchen kann, der Versicherung eine entsprechende gesetzliche oder vertragliche Verpflichtung des Versicherungsnehmers gegenüber der versicherten Person zugrunde liegt oder der Versicherungsnehmer die Versicherung zur Abdeckung der Risiken einer Personengruppe abschließt und er die Versicherungsleistung nur für die Gruppenmitglieder beanspruchen kann.

Bei einer Sicherungsabtretung oder Verpfändung der Ansprüche aus der Versicherung an einen Gläubiger (z. B. Kreditinstitut) im Zusammenhang mit einer Verbindlichkeit der versicherten Person (natürliche Person) dient die Versicherungsleistung im Versicherungsfall mittelbar der Versorgung der versicherten Person, da sie von einer Verbindlichkeit befreit wird.

Angehörige der versicherten Person nach § 7 PflegeZG und § 15 AO sind insbesondere
- der Verlobte, solange die Verlobung besteht,
- der Ehegatte oder Lebenspartner, auch wenn die Ehe oder Lebenspartnerschaft nicht mehr besteht,
- die Großeltern, Eltern, Schwiegereltern und Stiefeltern,
- die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder und
- die Geschwister und deren Kinder.

Die Beurteilung, ob die Versicherung die Voraussetzungen der Steuerbefreiung erfüllt, nehmen wir bei Vertragsabschluss anhand der Angaben des Versicherungsnehmers vor. Diese Beurteilung legen wir solange dem Vertrag zu Grunde, bis wir Kenntnis von Umständen erlangen, die zu einer abweichenden steuerrechtlichen Beurteilung führen.

Ändern sich nach Vertragsabschluss Umstände, die zu einer von der anfänglichen Beurteilung abweichenden Beurteilung führen, beginnt oder endet die Steuerbefreiung zum Zeitpunkt des Eintritts der Umstände (§ 4 Abs. 2 VersStG).

Treten nachträglich Umstände ein, die eine Steuerbefreiung begründen, wird die Versicherungsteuer auf unseren Antrag vom Finanzamt erstattet, soweit Beiträge für einen Zeitraum nach Eintritt dieser Umstände gezahlt worden sind. Die erstattete Steuer leiten wir an den Versicherungsnehmer weiter.

Erlischt die Steuerbefreiung, ist die Versicherungsteuer nachzuentrichten, soweit Beiträge für einen Zeitraum nach Entfallen der Steuerbefreiung gezahlt worden sind. In diesem Fall werden wir gemäß § 9 Abs. 7 VersStG die Versicherungsteuer beim Versicherungsnehmer nachträglich einfordern.

Wir melden die uns entrichtete Versicherungsteuer bei der zuständigen Finanzbehörde an und führen sie dorthin ab.

Die Versicherungsteuer beträgt derzeit 19 Prozent des steuerpflichtigen Beitrags.

Bei steuerpflichtigen Beiträgen informieren wir Sie über
- den Betrag der Versicherungsteuer in Euro,
- den Steuersatz und
- die vom Bundeszentralamt für Steuern erteilte Versicherungsteuernummer, zu der die Steuer abgeführt wird.

5. Umsatzsteuer
Leistungen im Versicherungsbereich sind grundsätzlich umsatzsteuerfrei. Dies gilt einheitlich für die Europäische Union.

Bestimmungen über sonstige Kosten und tarifabhängige Begrenzungen für die Risiko-Lebensversicherung

(Stand 15.03.2025)

Diese Bestimmungen sind Bestandteil der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen und Besonderen Bedingungen. Wir können die Bestimmungen in angemessener Weise neu festlegen. Über künftige Änderungen werden wir Sie informieren.

1. Sonstige Kosten

Alle etwaigen öffentlichen Abgaben (z. B. Steuern und Gebühren), die von uns für Ihren Vertrag abzuführen sind, sowie die uns in Rechnung gestellten Gebühren für Rückläufer im Lastschriftverfahren sind uns zu erstatten.

Für eine Mahnung aufgrund der Nichtzahlung von Folgebeiträgen oder sonstigen geschuldeten Beträgen erheben wir neben den anfallenden Postgebühren eine Gebühr von 5 EUR.

Für die folgenden besonderen Bemühungen erheben wir eine Gebühr von 15 EUR:

- Durchführung von Vertragsänderungen
- Erstellung eines Ersatzversicherungsscheins
- Bestätigung von Verfügungsbeschränkungen (außerhalb des Verbundes mit den Sparkassen und der Landesbausparkasse)

Nicht gezahlte Kosten oder Verzugszinsen entnehmen wir Ihrem Vertragsguthaben.

Zusätzlich belasten wir Ihnen die uns von Dritten berechneten Kosten.

2. Tarifabhängige Begrenzungen

a)	Mindestversicherungssumme	
	- eines Neuvertrags	20.000 EUR
	- einer Erhöhung im Rahmen der Erhöhungsoption	5.000 EUR
	- eines beitragsfrei gestellten Vertrags	1.000 EUR
b)	Höchstversicherungssumme	
	- aller Verträge in Komfort	500.000 EUR
c)	Mindestbeitrag	
	- Mindestbeitrag, sofern die Beiträge nicht im Lastschriftverfahren gezahlt werden	20 EUR