Allgemeine Bedingungen für die Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung Komfort (BS25)

Als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner; für unser Vertragsverhältnis nach Tarif BS25 gelten die nachfolgenden Bedingungen.

Inhaltsverzeichnis

Begriffserläuterungen

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

§ 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

§ 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

§ 6 Erlischt der Versicherungsschutz bei einer Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland?

§ 7 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

§ 8 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

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

§ 10 Wann können Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?

§ 11 Wie werden die Kosten des Vertrags verrechnet?

§ 12 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?

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

§ 14 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

§ 15 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?

§ 16 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

§ 17 Wer erhält die Versicherungsleistung?

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

§ 19 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?

§ 20 Welche Gebühren stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

§ 21 Können wir die Beiträge anheben?

§ 22 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

§ 23 Wo ist der Gerichtsstand?

§ 24 Wann können wir diese Bedingungen anpassen?

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

Begriffserläuterungen

Wir erklären Ihnen vorab einige Begriffe und Zusammenhänge, die in den Allgemeinen Bedingungen verwendet werden.

Bezugsberechtigter (Begünstigter) ist die Person, die für den Empfang der Leistung des Versicherers genannt ist.

Deckungskapital ist die mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechnete Differenz aus dem Barwert der zukünftigen Leistungen und dem Barwert der künftigen Beiträge. Für jede versicherte Leistung (Rente sowie ggf. Einmalzahlung) besteht ein eigenes Deckungskapital.

Deckungsrückstellung: Eine Deckungsrückstellung müssen wir bilden, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können.

Gesundheitserklärung: Eine Gesundheitserklärung sind Angaben der zu versichernden Person über ihren früheren und/oder aktuellen Gesundheitszustand gegenüber dem Versicherer.

Gesundheitsprüfung: Bei einer Gesundheitsprüfung werden die dem Versicherer zur versichernden Person insgesamt vorliegenden Informationen aus abgegebenen Gesundheitserklärungen, Leistungsfällen etc. einer versicherungsmedizinischen Bewertung unterzogen und hinsichtlich Versicherbarkeit eingeschätzt.

Karenzzeit ist die gegebenenfalls vereinbarte Wartezeit zwischen Eintritt des Versicherungsfalls und Beginn der Rentenzahlung.

Tarif ist eine detaillierte Aufstellung jener Bestimmungen und versicherungsmathematischen Formeln, anhand derer die Leistung des Versicherers und die Gegenleistung des Versicherungsnehmers (Beitrag) zu berechnen sind, die der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) vorgelegt wurden.

Versicherer: WWK Lebensversicherung a. G., Marsstraße 37, 80335 München.

Versicherte Person ist die Person, die versichert ist.

Versicherungsnehmer ist der Vertragspartner des Versicherers und Träger der Rechte und Pflichten aus dem Vertrag.

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

1. Wird die versicherte Person während der Dauer dieser Versicherung zu mindestens 50 % berufsunfähig, so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

   a) Zahlung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente, gegebenenfalls nach Ablauf einer vereinbarten Karenzzeit, höchstens bis zum Ende der vereinbarten Leistungsdauer;

   b) volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht;

   c) Sofern vereinbart: Einmalzahlung im Falle des erstmaligen Eintritts der Berufsunfähigkeit. Endet die Berufsunfähigkeit und tritt zu einem späteren Zeitpunkt erneut Berufsunfähigkeit ein, wird keine Einmalzahlung mehr fällig.

   d) Sofern vereinbart: Zahlung einer lebenslangen Altersrente in Höhe der Berufsunfähigkeitsrente, wenn die Berufsunfähigkeit während der Versicherungsdauer, spätestens aber zehn Jahre vor Ende der Leistungsdauer eintritt und bis zum Ablauf der Leistungsdauer ununterbrochen andauert. Die Altersrente endet mit Ablauf des Monats, in welchem die versicherte Person stirbt.

   Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit besteht kein Anspruch auf diese Versicherungsleistungen.

2. Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus.

3. Wird die versicherte Person während der Dauer dieser Versicherung infolge Pflegebedürftigkeit (vgl. § 2 Absatz 9) berufsunfähig, erbringen wir bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 2 Absätze 9 bis 12, gegebenenfalls nach Ablauf einer vereinbarten Karenzzeit, die Leistungen gemäß Absatz 1 selbst dann, wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % liegt.

   Für die Zahlungsmodalitäten gilt Absatz 2 entsprechend.

4. Wir unterstützen Sie während des Vertrags und geben Ihnen allgemeine und individuelle Auskünfte zum Versicherungsschutz oder zu bestimmten Leistungen.

   Hierzu zählen unter anderem Auskünfte:

   - zu den Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch,
   - zum Vorgehen der WWK Lebensversicherung a. G. in der Leistungsprüfung,

- über erforderliche Unterlagen zum Nachweis des Versicherungsfalls,
- über die Möglichkeiten der Beschreibung der beruflichen Tätigkeit gegenüber der WWK Lebensversicherung a. G.,
- zu den Möglichkeiten einer beruflichen Wiedereingliederung,
- zu Fragen der Umorganisation des Betriebs bei Selbstständigen und Freiberuflern,
- zu den Möglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten.

Darüber hinaus bieten wir Ihnen eine für Sie kostenlose Beratung zur medizinischen und beruflichen Reintegration durch entsprechende Spezialisten an.

5. Der Anspruch auf Rente, Beitragsbefreiung und Einmalzahlung entsteht am Ersten des Monats, der dem Eintritt der Berufsunfähigkeit folgt.

   Ist eine Karenzzeit vereinbart, entsteht der Anspruch auf Rente abweichend von Satz 1 frühestens nach Ablauf der Karenzzeit an dem auf den Ablauftag folgenden Monatsersten, wenn dann noch die Voraussetzungen nach Absatz 1 oder 3 sowie § 2 erfüllt sind. Die Karenzzeit gilt nicht für die Beitragsbefreiung und nicht für die Einmalzahlung.

   Endet die Berufsunfähigkeit und tritt innerhalb von 24 Monaten danach erneut Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen aufgrund derselben medizinischen Ursache ein, beginnt eine vereinbarte Karenzzeit nur insoweit erneut zu laufen, als sie nicht bereits berücksichtigt wurde.

6. Der Anspruch auf Rente und Beitragsbefreiung erlischt, wenn
   - die Berufsunfähigkeit wegfällt,
   - der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % sinkt,
   - bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit die Pflegebedürftigkeit unter das Ausmaß der Leistungsvoraussetzungen in § 2 Absatz 11 sinkt,
   - die versicherte Person stirbt oder
   - die vereinbarte Leistungsdauer abläuft.
7. Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch bei späterer Anerkennung der Leistungspflicht verzinst zurückzahlen. Die Höhe der Zinsen richtet sich nach dem bei der Beitragskalkulation zugrunde gelegten Rechnungszinssatz. Auf Ihren Antrag hin werden wir die während der Dauer unserer Leistungsprüfung eventuell noch fällig werdenden Beiträge bis zur Bekanntgabe unserer Entscheidung zinslos stunden.

   Diese Stundung ist bis zu einer endgültig rechtswirksamen Entscheidung über Ihren eventuellen Leistungsanspruch möglich.
8. Die während der Leistungsprüfung gestundeten Beiträge sind in einem Betrag nachzuzahlen, sobald die Leistungsablehnung ausgesprochen oder eine gegebenenfalls unmittelbar nachfolgende gerichtliche Auseinandersetzung mit Bestätigung der Leistungsablehnung beendet wird. Sie haben aber auch die Möglichkeit, die gestundeten Beiträge in einem Zeitraum von bis zu 24 Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten nachzuzahlen. Darüber hinaus können Sie beantragen, dass die gestundeten Beiträge mit einem eventuell vorhandenen Überschussguthaben verrechnet werden.

   Alternativ können Sie auch eine Verrechnung der gestundeten Beiträge mit dem Deckungskapital beantragen, sofern ein ausreichendes Deckungskapital vorhanden ist. Hierbei können Sie zwischen einer Herabsetzung der Versicherungsleistungen oder einer Erhöhung des Beitrags wählen.

   Für die während der Leistungsprüfung gestundeten Beiträge erheben wir keine Stundungszinsen.
9. Es kann sich eine Leistung aus der Überschussbeteiligung ergeben (vgl. § 3).

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

1. Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich auf Dauer (mindestens sechs Monate) außer Stande ist, ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, auszuüben und sie auch keine andere Tätigkeit ausübt, die ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

   Als eine der Ausbildung und den Fähigkeiten entsprechende Tätigkeit wird dabei nur eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert. Unter der bisherigen Lebensstellung ist die Lebensstellung in finanzieller und sozialer Sicht zu verstehen, die vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung bestanden hat. Die dabei für die versicherte Person zumutbare Einkommenseinbuße wird von uns je nach Lage des Einzelfalls auf die im Rahmen der Rechtsprechung der Oberlandesgerichte oder des Bundesgerichtshofs festgelegte Größe im Vergleich zum regelmäßigen jährlichen Bruttoeinkommen im zuletzt ausgeübten Beruf vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung, maximal jedoch auf 20 %, begrenzt.

   Auf eine abstrakte Verweisung wird verzichtet.

   Ein Berufswechsel muss uns nicht angezeigt werden, sofern keine Leistungen aus dieser Versicherung bezogen werden. Bitte beachten Sie hierzu auch § 14 Absatz 3.

   Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn die versicherte Person zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalls selbstständig, freiberuflich oder als Gesellschafter-Geschäftsführer tätig war und ihren Beruf nach zumutbarer Umorganisation oder Umgestaltung des bisherigen Tätigkeitsbereichs ausüben kann.

   Eine Umorganisation oder Umgestaltung des bisherigen Tätigkeitsbereichs ist zumutbar, wenn
   - sie wirtschaftlich sinnvoll ist,
   - sie von der versicherten Person realisiert werden kann,
   - die versicherte Person ihre Stellung im Betrieb und ihre bisherige Lebensstellung auch nach einer Umorganisation oder Umgestaltung beibehält.

   Die Zumutbarkeit einer mit der Umorganisation oder Umgestaltung einhergehenden Minderung des Einkommens richtet sich nach den individuellen Gegebenheiten im Rahmen der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Eine Minderung des Einkommens um mehr als 20 % bezogen auf das durchschnittliche Einkommen der letzten drei Jahre aus beruflicher Tätigkeit vor Abzug von Personensteuern gilt jedoch in jedem Fall als nicht zumutbar.

   Bei Beamten auf Lebenszeit liegt Berufsunfähigkeit auch vor, wenn sie vor Erreichen der gesetzlich vorgesehenen Altersgrenze infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls zur Erfüllung ihrer Dienstpflichten auf Dauer unfähig (dienstunfähig) sind und wegen der Dienstunfähigkeit aufgrund eines amtsärztlichen Zeugnisses infolge ihres Gesundheitszustands in den Ruhestand versetzt werden. Als Berufsunfähigkeit gilt nicht eine Dienstunfähigkeit, die wegen besonderer gesundheitlicher Anforderungen an spezielle Beamtengruppen (z. B. Polizei, Feuerwehr) eintritt.

   Bei Humanmedizinern, die als zugelassener Arzt oder Zahnarzt praktizieren, liegt Berufsunfähigkeit auch vor, wenn die versicherte Person aufgrund einer Infektion (z. B. HIV, Hepatitis C) mit einem von der zuständigen Gesundheitsbehörde ausgesprochenem mindestens sechsmonatigen, vollständigen Tätigkeitsverbot nach § 31 des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG) belegt wurde und sie auch keine andere berufliche Tätigkeit ausübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Bei Studenten liegt vollständige Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich auf Dauer (mindestens sechs Monate) außer Stande ist, ihr zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalls absolviertes Studium an einer Hochschule, Fachhochschule oder vergleichbaren Ausbildungseinrichtung fortzusetzen und sie auch kein anderes Studium absolviert oder eine ihrem Studium entsprechende berufliche Tätigkeit ausübt. Als eine ihrem Studium entsprechende berufliche Tätigkeit wird dabei nur eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und deren damit verbundene Lebensstellung aus finanzieller und sozialer Sicht der Lebensstellung entspricht, die regelmäßig mit dem erfolgreichen Abschluss des Studiums der versicherten Person erreicht wird.

Bei Auszubildenden liegt vollständige Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich auf Dauer (mindestens sechs Monate) außer Stande ist, ihre zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalls absolvierte Berufsausbildung fortzusetzen und sie auch keine vergleichbare andere Berufsausbildung absolviert oder eine ihrer Berufsausbildung entsprechende berufliche Tätigkeit ausübt. Als eine vergleichbar andere Ausbildung wird dabei nur eine solche Ausbildung angesehen, die keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und deren damit verbundene Lebensstellung aus finanzieller und sozialer Sicht der Lebensstellung der ursprünglichen Berufsausbildung entspricht. Als eine ihrer Berufsausbildung entsprechende berufliche Tätigkeit wird dabei nur eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und deren damit verbundene Lebensstellung aus finanzieller und sozialer Sicht der Lebensstellung entspricht, die regelmäßig mit dem erfolgreichen Abschluss der Berufsausbildung der versicherten Person erreicht wird.

Bei Schülern liegt vollständige Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich auf Dauer (mindestens sechs Monate) außer Stande ist, am regulären Unterricht an einer allgemeinbildenden Schule teilzunehmen und sie weder eine Ausbildung oder ein Studium absolviert, noch eine berufliche Tätigkeit ausübt. Nicht zu beruflichen Tätigkeiten zählen Tätigkeiten von Personen mit einer Behinderung außerhalb des allgemeinen Arbeitsmarkts (z. B. in Werkstätten für Menschen mit Behinderung) oder geringfügige Beschäftigungen.

Wir verzichten auf die Möglichkeit einer abstrakten Verweisung auf eine andere Schulform.

Schüler im Sinne dieser Bedingungen ist, wer bei Eintritt des Versicherungsfalls:

- in Schulausbildung an einer öffentlichen, staatlich anerkannten oder staatlich genehmigten Schule ohne speziellen Förderbedarf ist,
- noch keine abgeschlossene Berufsausbildung oder ein abgeschlossenes Studium hat und
- kein Auszubildender (z. B. Berufsschule) oder Student ist.

Bei Schülern berücksichtigen wir insbesondere, ob die versicherte Person:

- den Schulweg bewältigen sowie die erforderlichen Verkehrsmittel nutzen kann,
- dem Unterricht folgen kann (Aufnahme- und Konzentrationsfähigkeit),
- zur mündlichen und schriftlichen Kommunikation fähig ist,
- am Unterricht in bestimmen Fächern (z. B. Sport, Musik) teilnehmen kann, soweit diesen in der besuchten Schulform ein besonderer Stellenwert zukommt,
- die Hausaufgaben (eigenständig) bewältigen kann.

2. Teilweise Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen nur in einem bestimmten Grad voraussichtlich auf Dauer erfüllt sind.
3. Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, vollständig oder teilweise außer Stande gewesen, ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, auszuüben und hat sie in dieser Zeit auch keine andere Tätigkeit ausgeübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht (vgl. Absatz 1), gilt dieser Zustand bei Fortdauer von Anfang an als vollständige oder teilweise Berufsunfähigkeit.

   Ist die versicherte Person Student und ist sie sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, vollständig oder teilweise außer Stande gewesen, ihr zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalls absolviertes Studium an einer Hochschule, Fachhochschule oder vergleichbaren Ausbildungseinrichtung fortzusetzen und hat sie in dieser Zeit auch kein anderes Studium absolviert oder eine ihrem Studium entsprechende berufliche Tätigkeit ausgeübt (vgl. Absatz 1), gilt dieser Zustand bei Fortdauer von Anfang an als vollständige oder teilweise Berufsunfähigkeit.

   Ist die versicherte Person Auszubildender und ist sie sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, vollständig oder teilweise außer Stande gewesen, ihre zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalls absolvierte Berufsausbildung fortzuführen und hat sie in dieser Zeit auch keine vergleichbare andere Berufsausbildung absolviert oder eine ihrer Berufsausbildung entsprechende berufliche Tätigkeit ausgeübt (vgl. Absatz 1), gilt dieser Zustand bei Fortdauer von Anfang an als vollständige oder teilweise Berufsunfähigkeit.

   Ist die versicherte Person Schüler und ist sie sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, vollständig oder teilweise außer Stande gewesen, am regulären Unterricht an einer allgemeinbildenden Schule teilzunehmen und hat sie in dieser Zeit weder eine Ausbildung oder ein Studium absolviert, noch eine berufliche Tätigkeit ausgeübt (vgl. Absatz 1), gilt dieser Zustand bei Fortdauer von Anfang an als vollständige oder teilweise Berufsunfähigkeit.
4. War die versicherte Person bei Eintritt des Versicherungsfalls ausschließlich Hausfrau/Hausmann, so legen wir diese Tätigkeit bei der Beurteilung der Berufsunfähigkeit als Beruf zugrunde.
5. Ist die versicherte Person endgültig aus dem Berufsleben ausgeschieden, besteht während der restlichen Versicherungsdauer weiterhin Versicherungsschutz. Als ausgeübter Beruf wird in diesem Fall die vor dem Ausscheiden aus dem Berufsleben konkret ausgeübte berufliche Tätigkeit und die damit verbundene Lebensstellung zugrunde gelegt. Gleiches gilt bei einer vorübergehenden Unterbrechung der Berufsausübung z. B. wegen Mutterschutzes, gesetzlicher Elternzeit oder Arbeitslosigkeit.
6. Hat die versicherte Person bei Eintritt des Versicherungsfalls das 55. Lebensjahr vollendet und besteht der Vertrag zu diesem Zeitpunkt ununterbrochen seit mindestens zehn Jahren, verzichten wir auf eine eigene Prüfung der Berufsunfähigkeit, wenn ein Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder ein berufsständisches Versorgungswerk in Deutschland, allein aus medizinischen Gründen eine Erwerbsunfähigkeit oder eine volle Erwerbsminderung unbefristet anerkennt.

   Unser Recht zur Prüfung, ob ein bedingungsgemäßer oder einzelvertraglich vereinbarter Ausschlusstatbestand erfüllt ist, bleibt von dieser Regelung unberührt.

7. Ist die versicherte Person voraussichtlich auf Dauer (mindestens sechs Monate) pflegebedürftig im Sinne der Absätze 9 bis 12 und wird sie deswegen täglich gepflegt, so gilt dieser Zustand als Berufsunfähigkeit im Sinne von Absatz 1.
8. War die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig im Sinne der Absätze 9 bis 12 und wurde sie deswegen täglich gepflegt, so gilt dieser Zustand bei Fortdauer von Anfang an als Berufsunfähigkeit im Sinne von Absatz 3.
9. Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls so hilflos ist, dass sie für die in Absatz 10 genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.
10. Bewertungsmaßstab für die Einstufung des Pflegefalls ist Art und Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung wird die nachstehende Punktetabelle zugrunde gelegt:

    Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

    Fortbewegen im Zimmer (1 Punkt):
    Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt.

    Aufstehen und Zubettgehen (1 Punkt):
    Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.

    An- und Auskleiden (1 Punkt):
    Hilfebedarf liegt vor, wenn sich die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung – nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.

    Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken (1 Punkt):
    Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann.

    Waschen, Kämmen oder Rasieren (1 Punkt):
    Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.

    Verrichten der Notdurft (1 Punkt):
    Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie

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

    Besteht alleine eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor.
11. Der Pflegefall wird nach der Anzahl der Punkte eingestuft. Wir leisten, wenn mindestens ein Punkt erreicht wird.

    Unabhängig von der Bewertung aufgrund der Punktetabelle leisten wir, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf oder wenn die versicherte Person auf Dauer bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann oder wenn die versicherte Person der Bewahrung bedarf.

    Bewahrung liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann.
12. Vorübergehende akute Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung. Vorübergehende Besserungen bleiben ebenfalls unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

§ 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

1. Wir beteiligen Sie an dem Überschuss und an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Leistung aus der Überschussbeteiligung kann auch Null Euro betragen. In den nachfolgenden Absätzen erläutern wir Ihnen,
    - wie wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens ermitteln und wie wir diesen verwenden (Absatz 2),
    - wie Ihr Vertrag an dem Überschuss beteiligt wird (Absätze 3 bis 35),
    - wie Bewertungsreserven entstehen und wie wir diese Ihrem Vertrag zuordnen (Absätze 36 und 37),
    - wie Sie Informationen zur Höhe der Überschussbeteiligung erhalten (Absätze 38 bis 40).

Ermittlung und Verwendung des in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschusses unseres Unternehmens

2. Den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens (Rohüberschuss) ermitteln wir nach handels- und aufsichtsrechtlichen Vorschriften. Mit der Feststellung des Jahresabschlusses legen wir fest, welcher Teil des Rohüberschusses für die Überschussbeteiligung aller überschussberechtigten Verträge zur Verfügung steht. Dabei beachten wir die aufsichtsrechtlichen Vorgaben, derzeit insbesondere die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung).

    Den danach zur Verfügung stehenden Teil des Rohüberschusses führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit wir ihn nicht als Direktgutschrift unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben haben. Sinn der Rückstellung für Beitragsrückerstattung ist es, Schwankungen des Überschusses über die Jahre auszugleichen. Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dürfen wir grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwenden. Nur in gesetzlich festgelegten Ausnahmefällen können wir hiervon mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde abweichen.

    Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrags am Überschuss ergeben sich aus der Zuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht.

    Wir haben gleichartige Versicherungen zu Gruppen zusammengefasst. Gruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen.

Beteiligung Ihres Vertrags an dem Überschuss

3. Bei der Verteilung des Überschusses auf die einzelnen Verträge wenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren an. Hierzu bilden wir innerhalb der Gruppen aus verschiedenen Versicherungstarifen Gewinnverbände.

    Welchen Versicherungstarif Sie abgeschlossen haben, können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen. Wir verteilen den Überschuss in dem Maß, wie die Gruppen und Gewinnverbände zu seiner Entstehung beigetragen haben. Hat eine Gruppe oder ein Gewinnverband nicht zur Entstehung des Überschusses beigetragen, besteht insoweit kein Anspruch auf Überschussbeteiligung
4. Der Vorstand legt jedes Jahr auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars fest, wie der Überschuss auf die Gewinnverbände verteilt wird und setzt die entsprechenden Überschussanteilsätze fest (Überschussdeklaration). Dabei achtet er darauf, dass die Verteilung verursachungsorientiert erfolgt.

Ihr Vertrag erhält auf der Grundlage der Überschussdeklaration Anteile an dem auf Ihren Gewinnverband entfallenden Teil des Überschusses. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zulasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen.

Wartezeit

5. Die Überschussbeteiligung setzt mit Versicherungsbeginn ein.

Art der Überschussanteile

6. Wir vergüten bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung laufende Überschussanteile. Bei beitragsfrei gestellten und bei durch Ablauf der vertraglichen Beitragszahlungsdauer beitragsfreien Versicherungen sowie bei Versicherungen nach Eintritt der Berufsunfähigkeit gemäß §§ 1 und 2 vergüten wir jährliche Überschussanteile.

Bemessungsgrößen für die Überschussanteile

7. Die Bemessungsgrößen für die Überschussanteile werden nach versicherungsmathematischen Regeln mit den Rechnungsgrundlagen der Tarifkalkulation ermittelt. Bei der Tarifkalkulation für die Berufsunfähigkeitsversicherung haben wir die unternehmenseigenen Unisex-Tafeln WWK2024I verwendet und als Rechnungszins 1,00 % angesetzt.
8. Die laufenden Überschussanteile bemessen sich am Beitrag, die jährlichen Überschussanteile am überschussberechtigten Deckungskapital.

Anspruch und Ausschüttung

9. Der Anspruch auf den laufenden Überschussanteil entsteht bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung mit jedem gezahlten Beitrag.

   Die jährlichen Überschussanteile werden jeweils am Ende eines Geschäftsjahres an alle Versicherungen, die zu diesem Zeitpunkt noch in Kraft sind, ausgeschüttet.

   Endet Ihr Vertrag durch Tod, Kündigung oder Ablauf während eines Geschäftsjahres, vergüten wir für die seit Beginn dieses Geschäftsjahres bis zur Beendigung zurückgelegte Zeit einen anteilig gekürzten jährlichen Überschussanteil.

Überschussverwendung, wenn keine Berufsunfähigkeit vorliegt:

Sofortverrechnung

10. Vorgesehen ist bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung das Überschusssystem Sofortverrechnung. Das bedeutet, dass die laufenden Überschussanteile mit den gezahlten Beiträgen verrechnet werden (Sofortverrechnung).

    Bei beitragsfreien und beitragsfrei gestellten Versicherungen werden jährliche Überschussanteile verzinslich angesammelt (vgl. Absatz 12).

Leistungsbonus

11. Auf Ihren Antrag hin werden bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung die laufenden Überschussanteile zur Finanzierung eines Leistungsbonus verwendet (Leistungsbonus). In diesem Fall erhöht sich bei Eintritt der Berufsunfähigkeit der versicherten Person die vereinbarte Leistung (Rente und gegebenenfalls Einmalzahlung) in der jeweils für den Leistungsbonus deklarierten Höhe.

    Bei beitragsfreien und beitragsfrei gestellten Versicherungen werden jährliche Überschussanteile verzinslich angesammelt (vgl. Absatz 12).

Verzinsliche Ansammlung

12. Auf Ihren Antrag hin werden die laufenden und jährlichen Überschussanteile verzinslich angesammelt und bei Beendigung des Vertrags durch Tod, Kündigung oder Ablauf ausgezahlt (verzinsliche Ansammlung).
13. Das Überschussguthaben können Sie jederzeit zum Ende eines Monats kündigen. Sie erhalten dann das bis dahin angesammelte Überschussguthaben.

Fondsansammlung

14. Auf Ihren Antrag hin werden die jährlichen Überschussanteile zu Beginn des Folgejahres in Fondsanteile der von Ihnen gewählten und von uns zur Anlage bei diesem Vertrag angebotenen Fonds angelegt.

    Die laufenden Überschussanteile werden monatlich in Fondsanteile der von Ihnen gewählten und von uns zur Anlage bei diesem Vertrag angebotenen Fonds angelegt. Noch nicht angelegte Teile werden nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik verzinst.

    Die Anlage erfolgt zum Rücknahmepreis der jeweiligen Fonds. Die Aufteilung der Überschussanteile erfolgt nach der von Ihnen gewählten prozentualen Aufteilung. Bei der Aufteilung sind nur ganze Prozentsätze möglich.

    Folgende Anlageformen stehen Ihnen grundsätzlich zur Überschussverteilung zur Verfügung:

    - individuelle Fondsanlage,
    - passive Anlagestrategien,
    - aktive Anlagestrategien.

    Der gleichzeitige Einschluss mehrerer Fonds sowie mehrerer passiver und aktiver Anlagestrategien ist möglich, soweit diese jeweils für Ihren Vertrag angeboten werden.

    Weitere Informationen entnehmen Sie bitte den Besonderen Bedingungen für die passive Anlagestrategie bzw. den Besonderen Bedingungen für die aktive Anlagestrategie, die bei Einschluss dem Versicherungsschein beigefügt sind.

    Die Fondsansammlung bietet Ihnen die unmittelbare Beteiligung an der Wertentwicklung eines Sondervermögens (Anlagestock). Der Anlagestock wird gesondert von unserem übrigen Vermögen geführt und in Fondsanteilen der zur Auswahl stehenden Fonds getrennt angelegt.

    Die angesammelten Fondsanteile werden nicht zur Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente verwendet.

15. Da die Entwicklung des Werts eines Fondsvermögens nicht vorauszusehen ist, können wir den Geldwert der Fondsanteile nicht garantieren. Sie haben die Chance, bei Fondspreissteigerung des von Ihnen gewählten Fonds einen Wertzuwachs zu erzielen, bei Fondspreisrückgang tragen Sie aber auch das Risiko der Wertminderung.

    Den Wert der Ihrer Versicherung zugeordneten Fondsanteile ermitteln wir dadurch, dass wir die Zahl dieser Fondsanteile mit dem am jeweiligen Stichtag ermittelten Wert (Rücknahmepreis) eines Fondsanteils multiplizieren. Bei Fremdwährungsfonds wird der Fremdwährungs-Rücknahmepreis in Euro umgerechnet. Die Umrechnung erfolgt aufgrund des Euro-Referenzkurses der Europäischen Zentralbank (Mittelkurs) am jeweiligen Stichtag (vgl. Absätze 23 bis 26).

16. Wir zahlen bei Kündigung, bei Erleben des Ablaufs bzw. im Todesfall das bis zum jeweiligen Stichtag (vgl. Absätze 23 bis 26) angesammelte Fondsguthaben aus. Auf Antrag können Sie bzw. der Anspruchsberechtigte anstelle des Werts des Fondsguthabens auch die Fondsanteile erhalten. Das Wahlrecht gilt als zu Gunsten der Geldleistung ausgeübt, wenn nicht spätestens einen Monat vor Beendigung der Versicherung aufgrund von Ablauf bzw. Kündigung durch Sie oder uns bzw. eine Woche nach dem Tod der versicherten Person ausdrücklich Leistung in Fondsanteilen verlangt wird (vgl. Absatz 19).

    Endet Ihr Vertrag durch Tod, Kündigung oder Ablauf während eines Geschäftsjahres, wird der anteilig gekürzte jährliche Überschussanteil (vgl. Absatz 9) als Geldleistung erbracht.

17. Sie können das angesammelte Fondsguthaben jederzeit mit einer Frist von vier Werktagen, nachdem Ihr Kündigungsschreiben bei der WWK-Zentraldirektion eingegangen ist, zum Ende eines Monats kündigen. Sie erhalten dann den

Wert des bis dahin angesammelten Fondsguthabens. Auf Antrag können Sie anstelle des Werts des Fondsguthabens auch die Fondsanteile erhalten (vgl. Absatz 19).

18. Wenn der Anspruchsberechtigte von uns Geldleistungen (vgl. Absätze 16 und 17) erhält, behalten wir uns vor, den Wert des Fondsguthabens (vgl. Absatz 15) erst zu ermitteln, nachdem wir Vermögensgegenstände des Anlagestocks veräußert haben. Dies kann insbesondere der Fall sein, wenn die Rücknahme von Vermögensgegenständen des Anlagestocks durch die Kapitalverwaltungsgesellschaft ausgesetzt oder eingeschränkt ist. Diese Veräußerung nehmen wir – unter Wahrung der Interessen aller unserer Versicherungsnehmer – unverzüglich vor. In diesem Fall finden die Bestimmungen über den Stichtag für die Berechnung des Werts des Fondsguthabens in den Absätzen 23 bis 24 keine Anwendung.

Übertragung von Fondsanteilen

19. Bei einer Übertragung von Fondsanteilen stellen wir noch Übertragungskosten, die unserem durchschnittlichen Aufwand entsprechen, in Rechnung. Hierzu werden die Übertragungskosten in Fondsanteile umgerechnet und zum genannten Stichtag den Ihrer Versicherung zugeordneten Fondsanteilen entnommen. Die Höhe der Übertragungskosten entnehmen Sie bitte der Gebührenübersicht im Versicherungsschein.

    Wir haben keinen Einfluss darauf, wie lange die Übertragung der Fondsanteile dauert. Eine Übertragung zu einem bestimmten Termin können wir daher nicht garantieren.

    Es können nur ganze Fondsanteile übertragen werden. Bruchteile von Fondsanteilen werden als Geldleistung erbracht.

    Wir behalten uns vor, bis zu einem bestimmten Wert des Fondsguthabens die Leistung als Geldleistung zu erbringen.

    Eine Übertragung von Fondsanteilen ist nicht möglich, wenn Sie oder einer der Depotinhaber in den USA steuerpflichtig sind.

    Es kann auch weitere Gründe geben, warum wir Fondsanteile nicht übertragen können, zum Beispiel weil Ihre depotführende Stelle die Fondsanteile nicht annimmt oder die Rücknahme von Vermögensgegenständen des Anlagestocks durch die Kapitalverwaltungsgesellschaft ausgesetzt oder eingeschränkt ist.

Umschichtung des vorhandenen Fondsguthabens (Shift)

20. Sie können während der Versicherungsdauer in Textform beantragen, dass die Ihrer Versicherung zugeordneten Fondsanteile eines Fonds jederzeit teilweise oder vollständig in Fondsanteile eines anderen von uns zum Fondswechsel für Ihren Vertrag angebotenen Fonds umgeschichtet werden (Shift). Ein Formular erhalten Sie auf Wunsch von uns. Voraussetzung für den Shift ist, dass keine Beitragsrückstände vorhanden sind.

    Durch den Shift wird die prozentuale Aufteilung der zukünftig anzulegenden Überschüsse auf die Fonds nicht verändert.

    Den ersten Shift innerhalb eines Kalenderjahres führen wir kostenlos durch. Für jeden weiteren Shift stellen wir Ihnen eine angemessene Gebühr in Rechnung, welche unserem durchschnittlichen Aufwand entspricht. Die Höhe dieser Kostenpauschale entnehmen Sie bitte der Gebührenübersicht im Versicherungsschein.

    Wir behalten uns vor, bestimmte Fonds und bestimmte Anlagestrategien nicht oder nur unter Vereinbarung von besonderen Bedingungen und nur zu bestimmten Terminen zum Shift zuzulassen. Insbesondere wenn für den abgebenden oder den aufnehmenden Fonds Handelsbeschränkungen gelten, kann der Shift nicht verlangt werden.

Änderung der prozentualen Aufteilung der Überschussanteile (Switch)

21. Sie können während der Versicherungsdauer in Textform beantragen, dass die gewählte Aufteilung für die Anlage der Überschussanteile jederzeit zu Beginn eines Kalendermonats mit Frist von zwei Börsentagen neu festgelegt wird (Switch). Bei der Aufteilung sind nur ganzzahlige Prozentsätze zulässig. Die Frist beginnt, sobald die Auftragsunterlagen vollständig bei der WWK-Zentraldirektion eingegangen sind. Ein Formular erhalten Sie auf Wunsch von uns.

    Voraussetzung für die Neuaufteilung ist, dass für jeden gewählten Fonds oder jede gewählte Anlagestrategie mindestens 1 % des Überschussanteils und mindestens 1 EUR festgelegt werden.

    Den ersten Switch innerhalb eines Kalenderjahres führen wir kostenlos durch. Für jeden weiteren Switch stellen wir Ihnen eine angemessene Gebühr in Rechnung, welche unserem durchschnittlichen Aufwand entspricht. Die Höhe dieser Kostenpauschale entnehmen Sie bitte der Gebührenübersicht im Versicherungsschein.

    Ein Switch hat keinen Einfluss auf das zum Zeitpunkt des Switchens vorhandene Fondsvermögen. Er kann separat zum Shift beantragt werden.

    Es können alle für Ihren Vertrag zugelassenen Fonds gleichzeitig gehalten und bespart werden.

    Bei Wahl einer Anlagestrategie gelten ergänzende Regelungen. Bitte beachten Sie hierzu die Besonderen Bedingungen für passive Anlagestrategien bzw. die Besonderen Bedingungen für aktive Anlagestrategien, die bei Einschluss beigefügt sind.

    Wir behalten uns vor, bestimmte Fonds und bestimmte Anlagestrategien nicht oder nur unter Vereinbarung von besonderen Bedingungen und nur zu bestimmten Terminen zum Switch zuzulassen. Insbesondere wenn für den abgebenden oder den aufnehmenden Fonds Handelsbeschränkungen gelten, kann ein Switch nicht verlangt werden.

Ertragsausschüttungen

22. Die Erträge, die wir aus den im Anlagestock enthaltenen Vermögenswerten erzielen, fließen bei thesaurierenden Fonds unmittelbar dem Anlagestock zu und erhöhen damit den Wert der Ihrer Versicherung zugeordneten Fondsanteile. Die Erträge nicht thesaurierender Fonds und eventuelle Steuergutschriften rechnen wir unter Zugrundelegung der Rücknahmepreise der Fonds zum Stichtag der Wiederanlage der Ertrags-/Steuergutschrift durch die depotführende Stelle in Fondsanteile des entsprechenden Fonds um und schreiben sie den einzelnen Versicherungen gut, sobald uns die Abrechnung der depotführenden Stelle zur Wiederanlage der Ertrags-/Steuergutschrift vorliegt und für die Versicherung zu diesem Zeitpunkt Fondsguthaben aus der Überschussverwendung Fondsansammlung vorhanden ist.

    Die depotführende Stelle ist dabei wie folgt definiert: Neben der Verwahrung des Fondsvermögens ist es die Aufgabe der depotführenden Stelle, die Kapitalverwaltungsgesellschaft zu kontrollieren. Die depotführende Stelle vertritt in diesem Zusammenhang die Interessen des Anlegers und ist verpflichtet, die Ansprüche des Anlegers gegenüber der Kapitalverwaltungsgesellschaft geltend zu machen.

Welche Stichtage gelten?

23. Bei der Ermittlung des Werts des Fondsguthabens werden die Rücknahmepreise der Ihrer Versicherung zugeordneten Fondsanteile an folgenden Stichtagen verwendet:

    - bei Kündigung durch Sie der Monatserste, zu dem die Kündigung wirkt,
    - bei Kündigung durch uns der Monatserste, der auf die Kündigung folgt,
    - bei Beendigung der Versicherung durch Tod der versicherten Person der Tag, an dem die Todesfallmeldung der WWK-Zentraldirektion zugeht,
    - bei Ablauf der Versicherung der Tag des vereinbarten Vertragsendes.

24. Erfolgt an den in den Absätzen 14 bzw. 23 angegebenen Stichtagen keine Wertfestsetzung, gilt jeweils der zuletzt festgesetzte Rücknahmepreis eines Fondsanteils.
25. Bei einem Shift werden die Rücknahmepreise des abgebenden und des aufnehmenden Fonds des zweiten Börsentages oder eines von Ihnen gewählten Termins nach dem zweiten Börsentag zugrunde gelegt, nachdem Ihre Auftragsunterlagen vollständig bei der WWK-Zentraldirektion eingegangen sind. Sofern ein Fonds am zweiten Börsentag keinen Preis festlegt, wird der Preis des nächsten Börsentages zugrunde gelegt, an dem sämtliche Fonds einen Preis festlegen. Es werden keine Ausgabeaufschläge erhoben.
26. Wir sind berechtigt, die Wertfeststellung an einem anderen als den festgelegten Stichtagen vorzunehmen, soweit dies billigem Ermessen entspricht.

Können wir die Fondsanlage ändern?

27. Das für das Überschusssystem Fondsansammlung vorgesehene Fondsangebot kann Änderungen und Erweiterungen unterliegen. Die jeweils aktuelle Fondsliste können Sie jederzeit bei uns anfordern. Wenn in Bezug auf einen dem Überschusssystem Fondsansammlung zugrunde liegenden Fonds erhebliche Änderungen eintreten, die wir nicht beeinflussen können, sind wir berechtigt, den betroffenen Fonds oder die betroffene Anlagestrategie durch einen möglichst gleichwertigen anderen Fonds oder eine möglichst gleichwertige andere Anlagestrategie zu ersetzen. Wir werden Sie hiervon möglichst zeitnah unterrichten. Sie haben in diesem Fall auch das Recht, innerhalb von sechs Wochen ab Zugang des Benachrichtigungsschreibens gebührenfrei in einen anderen von uns angebotenen Fonds oder in eine andere von uns angebotene Anlagestrategie zum nächstmöglichen Termin gemäß § 3 Absätze 20 und 21 zu wechseln.

    Als erhebliche Änderungen gelten insbesondere:

    - die Auflösung oder Schließung des Fonds durch die von uns beauftragte Kapitalverwaltungsgesellschaft,
    - der Split oder die Zusammenlegung des von Ihnen gewählten Fonds mit anderen Fonds durch die Kapitalverwaltungsgesellschaft,
    - die Einführung der Erhebung einer erfolgsabhängigen Gebühr, zum Beispiel performance fee,
    - die Änderung der Bedingungen des Fonds,
    - der Verlust der Zulassung für den Vertrieb von Fondsanteilen der von uns beauftragten Kapitalverwaltungsgesellschaft,
    - die Änderung des zugrunde liegenden Referenzindex (Benchmark) des Fonds,
    - die nachträgliche Erhöhung von Gebühren, mit denen wir beim Fondseinkauf belastet werden,
    - maßgebliche gesetzliche oder aufsichtsrechtliche Änderungen,
    - die Einstellung oder Beschränkung des An- oder Verkaufs von Fondsanteilen der von uns beauftragten Kapitalverwaltungsgesellschaft,
    - die erhebliche Verletzung von vertraglichen Pflichten der von uns beauftragten Kapitalverwaltungsgesellschaft,
    - die Änderung der vereinbarten Rahmenbedingungen durch die Kapitalverwaltungsgesellschaft (zum Beispiel nachträgliche Erhebung oder Erhöhung von Gebühren und Kosten),
    - eine Abwertung bzw. ein Wegfall von Ratings und Nachhaltigkeits-Ratings Ihres Fonds durch renommierte Ratingunternehmen,
    - eine Verschlechterung der Nachhaltigkeits-Einstufung eines Fonds,
    - dass der Gesamtwert der Fondsanteile aller bei uns bestehenden Verträge über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten weniger als 100.000 EUR beträgt,
    - die Beendigung der Kooperation mit der Kapitalverwaltungsgesellschaft.

    Als erhebliche Änderung gilt auch, wenn der Fonds Auswahlkriterien nicht mehr erfüllt, von denen wir die Aufnahme eines Fonds in das Fondsangebot üblicherweise abhängig machen. In diesem Fall können wir den Fonds in Abstimmung mit dem Verantwortlichen Aktuar ersetzen.

    Bei Aussetzungen von Fondspreisen eines Fonds, für den mehr als fünf Handels-/Bewertungstage kein Fondspreis ermittelt werden konnte, behalten wir uns vor, den betroffenen Fonds zum nächstmöglichen Handelstag gegen einen geeigneten Fonds zu ersetzen. Wir werden Sie hiervon möglichst zeitnah unterrichten. Sie haben in diesem Fall auch das Recht, innerhalb von sechs Wochen ab Zugang des Benachrichtigungsschreibens gebührenfrei in einen anderen von uns angebotenen Fonds oder in eine andere von uns angebotene Anlagestrategie zum nächst möglichen Termin gemäß § 3 Absätze 20 und 21 zu wechseln.
28. Bei einer zeitlich befristeten Einstellung oder Beschränkung des An- oder Verkaufs von Fondsanteilen sind wir berechtigt, für die Zeit der Einstellung oder Beschränkung den betroffenen Fonds oder die betroffene Anlagestrategie für die neu zur Anlage vorgesehenen Beträge (im fondsgebundenen Guthaben anzulegende Beträge, Ertragsausschüttungen, Steuergutschriften) durch einen sicherheitsorientierten Fonds oder eine sicherheitsorientierte Anlagestrategie zu ersetzen. Hierüber werden wir Sie umgehend informieren, verbunden mit Vorschlägen für andere Fonds, die bei Ihrem Vertrag angeboten werden. Wenn Sie uns unverzüglich einen anderen Fonds aus unserem Vorschlag für die vorübergehende Anlage benennen, werden wir die Anlage entsprechend Ihrem Wunsch vornehmen, ohne dass wir hierfür Gebühren erheben. Wird der Handel des ursprünglichen Fonds wieder aufgenommen, prüfen wir, inwieweit die unter Absatz 27 beschriebenen Auswirkungen auf die Fondsanlage eingetreten sind. Daraufhin führen wir entweder den Shift (vgl. § 3 Absatz 20) der zwischenzeitlich erworbenen Fondsanteile in die wieder handelbaren Fondsanteile oder in einen geeigneten Fonds, jeweils ohne Erhebung von Gebühren, durch.

Wechsel in ein anderes Überschusssystem

29. Vor Eintritt der Berufsunfähigkeit können Sie jederzeit mit einer Frist von einem Monat zum Monatsende vom aktuell gewählten Überschusssystem in das Überschusssystem „verzinsliche Ansammlung“ wechseln. Voraussetzung für den Wechsel ist, dass das gesamte Fondsguthaben, eventuelle anteilig gekürzte jährliche Überschussanteile und ab diesem Zeitpunkt auch alle zukünftigen Überschussanteile verzinslich angesammelt werden. Dazu errechnen wir den Wert der Ihrer Versicherung zugeordneten Fondsanteile mit dem Rücknahmepreis zum Umwandlungstermin und schreiben diesen Ihrem Ansammlungsguthaben gut. In Fällen des Absatzes 18 kann ein Wechsel nicht verlangt werden.
30. Vor Eintritt der Berufsunfähigkeit können Sie jederzeit mit einer Frist von einem Monat zum Monatsende vom aktuell gewählten Überschusssystem in das Überschusssystem „Fondsansammlung“ wechseln. Voraussetzung für den Wechsel ist, dass das gesamte Ansammlungsguthaben, eventuelle anteilig gekürzte jährliche Überschussanteile und ab diesem Zeitpunkt auch alle zukünftigen Überschussanteile in Fondsanteilen angelegt werden. Dazu errechnen wir aus einem gegebenenfalls vorhandenen Ansammlungsguthaben mit den zum Umwandlungstermin gültigen Fondspreisen die entsprechende Anzahl an Fondsanteilen und schreiben diese Ihrem Fondsguthaben gut. In Fällen des Absatzes 18 kann ein Wechsel nicht verlangt werden.
31. Vor Eintritt der Berufsunfähigkeit ist ein Wechsel vom aktuell gewählten Überschusssystem in das Überschusssystem „Sofortverrechnung“ jederzeit zum Ende eines Monats möglich. Ein gegebenenfalls vorhandenes Ansammlungs- oder Fondsguthaben bleibt bestehen.

32. Ein Wechsel in das Überschusssystem „Leistungsbonus“ ist nicht möglich.

Ein Rechtsanspruch auf einen Wechsel des Überschusssystems besteht nicht.

Überschussverwendung während der Berufsunfähigkeit:

Bonusrente

33. Ab Eintritt der Berufsunfähigkeit gemäß §§ 1 und 2 werden die jährlichen Überschussanteile zur Bildung von beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrenten verwendet, die bis zur Beendigung der Berufsunfähigkeit die von der WWK Lebensversicherung a. G. zu zahlenden versicherten Berufsunfähigkeitsrenten erhöhen (Bonusrente).
34. Ein bis zum Eintritt der Berufsunfähigkeit angesammeltes Überschussguthaben wird ab Eintritt der Berufsunfähigkeit jährlich nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit dem deklarierten Ansammlungszins verzinst. Sie können dieses Überschussguthaben jederzeit gemäß Absatz 13 kündigen.
35. Die bis zum Eintritt der Berufsunfähigkeit Ihrer Versicherung zugeordneten Fondsanteile nehmen ab Eintritt der Berufsunfähigkeit weiterhin an der Wertentwicklung der von Ihnen gewählten Fonds teil. Sie können das angesammelte Fondsguthaben jederzeit gemäß den Absätzen 17 und 23 kündigen.

Entstehung und Zuordnung der Bewertungsreserven zu Ihrem Vertrag

36. Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über ihrem jeweiligen handelsrechtlichen Buchwert liegt.

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

    Es ergeben sich keine vertraglichen Ansprüche auf eine Beteiligung an den Bewertungsreserven in einer bestimmten Höhe basierend auf der rechnerischen Zuordnung.

    Während des Bezugs von Berufsunfähigkeitsleistungen erfolgt keine Beteiligung an den Bewertungsreserven.

37. Bei Beendigung Ihres Vertrags durch Tod, Kündigung oder Ablauf teilen wir Ihrem Vertrag dann den für diesen Zeitpunkt zugeordneten Anteil an den zu verteilenden Bewertungsreserven gemäß der jeweils geltenden Regelung zu. Die Höhe der zu verteilenden Bewertungsreserven wird monatlich neu ermittelt.

    Für die Höhe des zuzuteilenden Betrags kann ein Mindestbetrag festgelegt werden, der unabhängig von der Höhe der tatsächlichen Bewertungsreserven nicht unterschritten wird. Dieser Mindestbetrag wird jährlich für die im nächsten Geschäftsjahr zuzuteilenden Bewertungsreserven vom Vorstand unseres Unternehmens festgelegt und im Geschäftsbericht veröffentlicht.

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

    Nähere Erläuterungen zur Beteiligung an den Bewertungsreserven, dem verursachungsorientierten Verfahren und zu einer evtl. Mindestbeteiligung können Sie dem Geschäftsbericht entnehmen.

Informationen über die Höhe der Überschussbeteiligung

38. Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab, die nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar sind. Einflussfaktoren sind insbesondere die Entwicklung des Berufsunfähigkeitsrisikos, des Kapitalmarkts und der Kosten. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch Null Euro betragen.
39. Die festgelegten Überschussanteilsätze veröffentlichen wir jährlich in unserem Geschäftsbericht. Diesen finden Sie auf unserer Internetseite unter www.wwk.de.
40. Über den Stand Ihrer Ansprüche unterrichten wir Sie jährlich. Dabei berücksichtigen wir die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags, die Sie im Geschäftsbericht unter der Tarifbezeichnung Ihrer Versicherung finden.

§ 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag abgeschlossen worden ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Einlösungsbeitrags (vgl. § 8 Absätze 2 und 3 und § 9).

§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Berufsunfähigkeit gekommen ist.

Wir leisten jedoch nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:

a) durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person; bei fahrlässigen und grob fahrlässigen Verstößen (z. B. im Straßenverkehr) werden wir jedoch leisten;

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

c) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse;

   Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht entfällt, wenn die versicherte Person auf Reisen oder während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen, an welchen sie nicht aktiv beteiligt ist, betroffen wird.

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

e) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung der versicherten Person. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;

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

g) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden und mit dem Einsatz oder dem Freisetzen eine nicht vorhersehbare Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen derart verbunden ist, dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.

§ 6 Erlischt der Versicherungsschutz bei einer Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland?

1. Der Versicherungsschutz aus der Berufsunfähigkeitsversicherung besteht weltweit.
2. Zum Zwecke der Prüfung/Nachprüfung, ob Berufsunfähigkeit (noch) vorliegt, können wir verlangen, dass die versicherte Person sich in der Bundesrepublik Deutschland untersuchen lässt. Die Kosten für die Untersuchung sowie die Reise- und Unterbringungskosten der versicherten Person werden von uns nach Maßgabe von § 12 Absatz 3 übernommen.

§ 7 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

1. Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Vertragsabschluss in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden, Angaben zur beruflichen Tätigkeit (z. B. Tätigkeitsbeschreibung, Erwerbsstatus, Berufsausbildung, Studium, Einkünfte der letzten Jahre), besonderen beruflichen und privaten Risiken (z. B. Umgang mit Sprengstoffen, energiereichen Strahlen, gesundheitsschädlichen Stoffen, beim Rennsport, als Motor- oder Segelflieger, Fallschirmspringer, Drachenflieger, Taucher, Extremsportler) und Rauchen von Zigaretten.

   Dieser Tarif ist kalkuliert für Personen, differenziert nach Nichtraucher und Raucher, die gesund und keinen besonderen Risiken ausgesetzt sind. Wurde eine unrichtige Erklärung abgegeben, kann dies den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben.
2. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

Rücktritt

3. Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person (vgl. Absatz 2) nicht, nicht vollständig oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten.

   Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
4. Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalls erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass der nicht, nicht vollständig oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Wurde die vorvertragliche Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.
5. Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, erlischt sie, ohne dass eine Leistung anfällt. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

6. Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.
7. Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
8. Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt er sich nach Maßgabe des § 10 Absätze 4 bis 12 in einen beitragsfreien Vertrag um.

Vertragsanpassung

9. Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.
10. Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen. In der Mitteilung werden wir Sie auf das Kündigungsrecht hinweisen.

Ausübung unserer Rechte

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

    Wenn falsche oder unvollständige Angaben von Ihnen oder der versicherten Person nicht schuldhaft gemacht wurden, verzichten wir auf die Vertragsanpassung oder Kündigung.
13. Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von fünf Jahren seit Vertragsabschluss ausüben. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Wurde die vorvertragliche Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

14. Wir können den Vertrag auch anfechten, falls durch unrichtige, fehlende oder unvollständige Angaben 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. Die Absätze 5 und 6 gelten entsprechend.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

15. Die Absätze 1 bis 14 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen nach Absatz 13 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

Erklärungsempfänger

16. Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsanpassung 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.

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

Vorvertragliche Anzeigepflicht und Nachversicherung

18. Besteht bei Ihrem Vertrag die Möglichkeit einer Nachversicherung, finden die Absätze 1 bis 17 entsprechend auch für Verträge Anwendung, die in Zusammenhang mit der Nachversicherung (siehe gegebenenfalls Besondere Bedingungen für die Nachversicherung) zustande gekommen sind. Dem Abschluss einer Nachversicherung werden die Gesundheitserklärung der versicherten Person zum Ursprungsvertrag und die darauf beruhende Gesundheitsprüfung zugrunde gelegt. Sie bildet auch die Grundlage für die im Rahmen der Nachversicherung abgeschlossenen Verträge.

    Bei Abschluss eines Vertrags im Rahmen der Nachversicherung verzichten wir auf eine erneute Gesundheitsprüfung im Vertrauen darauf, dass Sie uns bei Schließung des entsprechenden Ursprungsvertrags alle bekannten Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, vollständig und richtig angezeigt haben. Sollte sich Ihr Gesundheitszustand nach Schließung des Ursprungsvertrags verschlechtert haben, müssen Sie uns dies daher nicht anzeigen.

    Stellen wir bei dem Ursprungsvertrag eine Anzeigepflichtverletzung fest und treten wir deshalb von diesem Vertrag zurück, kündigen diesen, fechten diesen an oder führen eine Vertragsanpassung durch, dann teilt ein Vertrag im Rahmen der Nachversicherung das rechtliche Schicksal des Ursprungsvertrags. Entfällt daher unsere Leistungspflicht aus dem Ursprungsvertrag, wird dieser durch Rücktritt oder Anfechtung aufgehoben oder wird eine Kündigung oder Vertragsanpassung durchgeführt, gilt dies entsprechend auch für einen abgeschlossenen Vertrag im Rahmen der Nachversicherung.

§ 8 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

1. Die Beiträge zu Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung können Sie je nach Vereinbarung durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge (laufende Beiträge) entrichten. Die Versicherungsperiode umfasst entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr, ein Halbjahr bzw. ein Jahr.
2. Der erste Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten und im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.
3. Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem in Absatz 2 genannten Termin eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.
4. Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.
5. Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

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

Einlösungsbeitrag

1. Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.
2. Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die Nicht-Zahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag

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

§ 10 Wann können Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?

Kündigung

1. Sie können Ihre beitragspflichtige Versicherung jederzeit zum Schluss der Versicherungsperiode ganz oder teilweise schriftlich kündigen.
2. Eine beitragsfreie Versicherung kann nicht gekündigt werden.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung bei Kündigung

3. Bei Kündigung wandelt sich die Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Berufsunfähigkeitsrente gemäß den Absätzen 4 bis 12 um. Eine teilweise Kündigung entspricht einer teilweisen Befreiung von der Beitragszahlungspflicht gemäß den Absätzen 4 bis 12.

Umwandlung in eine beitragsfreie bzw. beitragsreduzierte Versicherung

4. Sie können unter Beachtung der in Absatz 1 genannten Termine verlangen, vollständig oder teilweise von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden (Beitragsfreistellung bzw. Beitragsreduzierung).
5. Bei Ihrer Versicherung handelt es sich um eine Risikoversicherung. Für jede versicherte Leistung (Rente sowie ggf. Einmalzahlung und Altersrente) besteht ein eigenes Deckungskapital. Bei der Umwandlung in eine beitragsfreie bzw. beitragsreduzierte Versicherung werden diese Deckungskapitale herangezogen, um beitragsfreie bzw. beitragsreduzierte Leistungen zu bilden.

Stornoabzug

6. Bei Beitragsfreistellung erfolgt von dem Deckungskapital zum Umwandlungszeitpunkt ein Abzug (Stornoabzug) in Höhe von 50 %. Der restliche Betrag des jeweiligen Deckungskapitals, vermindert um rückständige Beiträge, steht für die Bildung von beitragsfreien Leistungen zur Verfügung. Haben Sie eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt, so wird ein entsprechend verminderter Abzug angesetzt.

    Als Deckungskapital verwenden wir mindestens den Betrag des Deckungskapitals, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (vgl. § 11 Absatz 4 Satz 3) angesetzten Abschluss-

und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre, maximal auf die Beitragszahlungsdauer, ergibt.

Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass die Risikogemeinschaft sich gleichmäßig aus Versicherungsnehmern mit einem hohen und einem geringeren Risiko zusammensetzt. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestands ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital (Solvenzmittel) vorgenommen. Bei Neuabschluss eines Vertrags partizipiert dieser an bereits vorhandenen Solvenzmitteln des Versichertenkollektivs. Während der Laufzeit ist vorgesehen, dass der Vertrag Solvenzmittel zur Verfügung stellt. Bei Vertragskündigung gehen diese Solvenzmittel dem verbleibenden Bestand verloren und müssen deshalb im Rahmen des Abzugs ausgeglichen werden. Die Angemessenheit des Abzugs müssen wir im Zweifel nachweisen.

In einer Tabelle im Versicherungsschein haben wir Ihnen die garantierten Werte für den Abzug bei Kündigung oder Beitragsfreistellung dargestellt. Wird die Versicherung geändert, erhalten Sie neue Vertragsunterlagen.

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

Ermittlung der beitragsfreien bzw. beitragsreduzierten Leistungen

7. Wir setzen die Berufsunfähigkeitsrente sowie ggf. die Einmalzahlung auf eine beitragsfreie bzw. eine beitragsreduzierte Summe herab, die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik zum Zeitpunkt der Änderung auf Basis des für die Beitragsfreistellung bzw. Beitragsreduzierung zur Verfügung stehenden Deckungskapitals (vgl. Absatz 6) berechnet wird. Die Berechnung erfolgt mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation.
8. Bei einer Beitragsfreistellung entfällt die gegebenenfalls eingeschlossene Altersrente und wir führen den aus dem Deckungskapital der Altersrente für die Beitragsfreistellung zur Verfügung stehenden Betrag (d. h. 50 % des Deckungskapitals Ihrer Altersrente, um rückständige Beiträge gekürzt, vgl. Absatz 6) Ihrem Ansammlungs- bzw. Fondsguthaben zu.
9. Erreicht die beitragsfreie monatliche Berufsunfähigkeitsrente 200 EUR nicht, entfällt die Einmalzahlung und wir führen den aus dem Deckungskapital der Einmalzahlung für die Beitragsfreistellung zur Verfügung stehenden Betrag (d. h. 50 % des Deckungskapitals Ihrer Einmalzahlung, um rückständige Beiträge gekürzt, vgl. Absatz 6) Ihrem Ansammlungs- bzw. Fondsguthaben zu.
10. Erreicht die beitragsfreie monatliche Berufsunfähigkeitsrente 25 EUR nicht, erlischt Ihre Versicherung und wir zahlen den für die Beitragsfreistellung zur Verfügung stehenden Betrag (d. h. 50 % des Deckungskapitals, um rückständige Beiträge gekürzt, vgl. Absatz 6), das vorhandene Überschussguthaben sowie die Zuteilung aus den Bewertungsreserven aus.
11. Haben Sie eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt und erreicht die herabgesetzte Rente den Mindestbetrag von 300 EUR monatlich nicht bzw. sinkt der monatliche Beitrag unter 5 EUR, ist eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht nicht möglich. In diesem Fall können Sie Ihre Versicherung nur vollständig beitragsfrei stellen.

    Ist eine Altersrente gemäß § 1 Absatz 1 d) mitversichert und sinkt die herabgesetzte Rente unter 400 EUR monatlich, so entfällt die Einmalzahlung und wir führen den aus dem Deckungskapital der Einmalzahlung für die Beitragsreduzierung zur Verfügung stehenden Betrag (d. h. 50 % des Deckungskapitals Ihrer Einmalzahlung, um rückständige Beiträge gekürzt, vgl. Absatz 6) Ihrem Ansammlungs- bzw. Fondsguthaben zu.

Nachteile von Kündigung, Beitragsfreistellung und Beitragsreduzierung

12. Die Kündigung, Beitragsfreistellung und Beitragsreduzierung Ihrer Versicherung können für Sie Nachteile haben. Bei Ihrer Versicherung sind keine oder nur geringe Beträge zur Bildung einer beitragsfreien Versicherungsleistung vorhanden, da aus den Beiträgen neben den Beitragsteilen für die Deckung des versicherten Risikos auch Abschluss- und Vertriebskosten sowie Kosten für die Verwaltung des Vertrags finanziert werden (vgl. § 11) und der Abzug nach Absatz 6 erfolgt. Nähere Informationen zu beitragsfreien Versicherungsleistungen und ihrer Höhe können Sie der entsprechenden Tabelle im Versicherungsschein entnehmen.

Wiederinkraftsetzung

13. Sie können Ihre vollständig beitragsfrei gestellte oder mangels Beitragszahlung erloschene Versicherung innerhalb der ersten sechs Monate seit Fälligkeit des ersten unbezahlten Beitrags ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder in Kraft setzen lassen. Die unbezahlten Beiträge sind nachzuentrichten.

Keine Beitragsrückzahlung

14. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Policedarlehen/Kapitalabfindung

15. Ein Policedarlehen auf die Versicherungsleistungen sowie eine Abfindung von Renten durch Kapitalzahlung sind nicht möglich.

Beitragspause

16. Sind Sie unverschuldet (z. B. durch Arbeitslosigkeit) in Zahlungsschwierigkeiten geraten, haben Sie unter folgenden Voraussetzungen auf Antrag und mit unserer Zustimmung die Möglichkeit, eine Beitragspause von bis zu 24 Monaten bei vollem Versicherungsschutz zu vereinbaren:
    - Sie haben bereits Beiträge zu Ihrer Versicherung für mindestens drei Jahre voll bezahlt,
    - eine anderweitige Beitragsstundung ist nicht vereinbart,
    - ein ausreichendes Ansammlungs- bzw. Fondsguthaben ist vorhanden.

    Die Beiträge werden während der Beitragspause zum Termin der jeweiligen Beitragsfälligkeit einem aktuell vorhandenen Ansammlungs- bzw. Fondsguthaben entnommen. Ist kein Ansammlungs- bzw. Fondsguthaben mehr vorhanden oder reicht dieses nicht mehr aus, ist die Beitragszahlung der Versicherung wieder aufzunehmen. Nehmen Sie die Beitragszahlung nicht wieder auf, stellen wir Ihre Versicherung beitragsfrei. Es gelten die Absätze 4 bis 12 entsprechend.

    Die Option „Beitragspause“ kann für Sie Nachteile haben. Ein vorhandenes Ansammlungsguthaben bzw. die Anzahl vorhandener Fondsanteile reduziert sich.

    Nach Beendigung der Beitragspause setzt die Pflicht zur Beitragszahlung der Versicherung in der vereinbarten Höhe wieder ein.

Beitragsstundung

17. Wenn Sie aufgrund von Zahlungsschwierigkeiten (z. B. durch Arbeitslosigkeit, Elternzeit) die Beiträge zu Ihrer Versicherung nicht mehr zahlen können, haben Sie die Möglichkeit, für maximal 24 Monate (Elternzeit 36 Monate) eine Stundung oder Teilstundung der Beiträge unter Aufrechterhaltung des vollen Versicherungsschutzes zu verlangen, sofern
    - Sie die Beiträge zu Ihrer Versicherung für mindestens drei Jahre voll bezahlt haben,
    - eine anderweitige Beitragspause nicht vereinbart ist.

    Für die Stundung erheben wir Stundungszinsen, deren Höhe sich nach unseren zum Beginn der Stundung gültigen Zinssätzen richtet.

Nach Beendigung der Beitragsstundung setzt die Pflicht zur Beitragszahlung wieder ein.

Die gestundeten Beiträge inklusive der darauf angefallenen Stundungszinsen können Sie am Ende des vereinbarten Stundungszeitraums in einem Betrag nachentrichten oder innerhalb eines Zeitraums von 24 Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten nachzahlen. Alternativ können Sie die Verrechnung der gestundeten Beiträge mit einem eventuell vorhandenen Überschussguthaben beantragen oder die garantierten Leistungen entsprechend reduzieren.

Die genauen Regelungen für die Stundung bzw. Teilstundung ergeben sich aus dem individuellen Stundungsangebot, welches wir Ihnen gerne unterbreiten.

Eine erneute Stundung ist frühestens nach vollständigem Ausgleich der gestundeten Beiträge inklusive Stundungszinsen möglich.

§ 11 Wie werden die Kosten des Vertrags verrechnet?

1. Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten, laufende Kosten und sonstige Kosten.

   Die Höhe der Abschluss- und Vertriebskosten, der laufenden Kosten und der sonstigen Kosten können Sie dem Versicherungsschein entnehmen.

   Abschluss- und Vertriebskosten fallen nicht nur bei Vertragsabschluss an, sondern bei jeder Erhöhung der Beiträge (zum Beispiel bei Einschluss einer Dynamik) für den erhöhenden Beitragsteil.

   Bitte beachten Sie § 20 („Welche Gebühren stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?“).

In den Beitrag einkalkulierte Kosten

2. Abschluss- und Vertriebskosten sowie laufende Kosten sind bereits pauschal bei der Tarifkalkulation berücksichtigt und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt.
3. Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören insbesondere Abschlussvergütungen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschluss- und Vertriebskosten die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen. Die laufenden Kosten sind Verwaltungskosten.
4. Für Ihren Vertrag ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit die Beiträge nicht für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und aufgrund von gesetzlichen Regelungen für die Bildung der Deckungsrückstellung bestimmt sind. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Beiträge beschränkt.

   Die Abschluss- und Vertriebskosten werden gleichmäßig während der ersten 60 Vertragsmonate getilgt. Ist die vereinbarte Beitragszahlungsdauer kürzer als 60 Monate, werden diese Kosten gleichmäßig während der Beitragszahlungsdauer getilgt.
5. Laufende Kosten fallen während der gesamten Vertragslaufzeit an.

Sonstige Kosten

6. Nicht in den Beitrag einkalkuliert sind eventuell anfallende Verwaltungskosten für Leistungen aus der Überschussbeteiligung. Diese Kosten werden bei der Ermittlung der Leistungen aus der Überschussbeteiligung pauschal angesetzt und nicht gesondert in Rechnung gestellt.

   Im Rahmen des Überschusssystems Fondsansammlung erheben die Kapitalverwaltungsgesellschaften Gebühren für die Verwaltung der Fonds, die Ihnen nicht direkt belastet, sondern fondsintern verrechnet werden und sich somit auf die Wertentwicklung der Fonds niederschlagen. Nähere Informationen zu den von Ihnen gewählten Fonds finden Sie im Merkblatt zur Fondsanlage.

   Bei Einschluss von aktiven Anlagestrategien fallen zusätzliche Verwaltungskosten an. Nähere Informationen finden Sie in den Besonderen Bedingungen für aktive Anlagestrategien.

Auswirkungen

7. Die beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung der für die Bildung einer beitragsfreien Versicherung erforderliche Mindestbetrag unter Umständen nicht erreicht wird (vgl. § 10 Absätze 9 bis 11). Nähere Informationen zu den Leistungen bei Kündigung oder Beitragsfreistellung können Sie der entsprechenden Tabelle im Versicherungsschein entnehmen.

§ 12 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?

1. Zum Nachweis des Versicherungsfalls und zur Prüfung unserer Leistungspflicht sind uns unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:
   a) der Versicherungsschein;
   b) ein amtliches Zeugnis über den Tag der Geburt der versicherten Person;
   c) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
   d) 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 den Grad der Berufsunfähigkeit oder über das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit;
   e) Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;
   f) Unterlagen über die finanzielle Lebensstellung aus beruflicher Tätigkeit der versicherten Person und deren Veränderungen vor und nach Eintritt der Berufsunfähigkeit (z. B. Einkommensteuerbescheide, betriebswirtschaftliche Unterlagen);
   g) bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege;
   h) bei auf die Erben übergegangenen Ansprüchen ein Erbschein;
   i) zum Nachweis des Vorliegens eines vollständigen Tätigkeitsverbots nach § 31 des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG) die Verfügung im Original oder amtlich beglaubigt.

   Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Ansprucherhebende zu zahlen.
2. Zusätzlich können wir auch den Nachweis der letzten Beitragszahlung sowie die Auskünfte nach § 19 verlangen.
3. Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere medizinische und berufskundliche Auskünfte, Aufklärungen, Vor-Ort-Prüfungen und zusätzliche Untersuchungen sowie weitere notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen, wobei wir hierzu entsprechende Gutachter, Ärzte und sachverständige Dienstleister einsetzen können.

   In diesem Fall übernehmen wir:

   a) die Untersuchungskosten,
   b) die Reisekosten der versicherten Person

- bei Fahrten mit einem Kraftfahrzeug in Höhe des gemäß der in der Bundesrepublik Deutschland geltenden gesetzlichen Regelung zur Kilometerpauschale festgelegten Betrags,
- bei Bahnfahrten bis zur Höhe von Fahrtkosten der 2. Klasse oder einer vergleichbaren Klasse,
- bei erforderlichen Flügen bis zur Höhe von Kosten der Economy Class oder einer vergleichbaren Beförderungsklasse.

c) die Übernachtungskosten der versicherten Person bis zu einem Betrag von 150 EUR pro Übernachtung, sofern erforderlich.

4. Die versicherte Person ist verpflichtet, zumutbaren sach- und fachkundigen Maßnahmen, die ärztlich verordnet wurden, Folge zu leisten, sofern damit sichere Aussicht auf eine wesentliche Besserung der gesundheitlichen Beschwerden besteht. Hierzu zählen:
   - die Verwendung geeigneter Hilfsmittel (z. B. Seh- und Hörhilfen, orthopädische und andere medizinisch-technische Hilfen wie Prothesen),
   - die Teilnahme an zumutbaren Heilbehandlungen. Zumutbare Heilbehandlungen sind Maßnahmen, die nicht mit mehr Gefahren oder besonderen Schmerzen verbunden sind (z. B. Einhalten von medizinisch begründeten Diäten, Teilnahme an Kur- und Reha Maßnahmen, Einnahme verordneter Medikamente, Durchführung logopädischer oder physiotherapeutischer Behandlungen). Behandlungen, die mit einem operativen Eingriff verbunden sind, gelten im Rahmen dieser Versicherungsbedingungen als nicht zumutbar.

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

1. Nach Eingang der Anzeige des Versicherungsfalls teilen wir innerhalb von zehn Arbeitstagen mit, welche Unterlagen für die Leistungsprüfung erforderlich sind und stellen die entsprechenden Formulare zur Verfügung.

   Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in Textform innerhalb von vier Wochen, ob, in welchem Umfang und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen. Solange Unterlagen noch ausstehen, informieren wir Sie spätestens alle vier Wochen über den aktuellen Bearbeitungsstand.
2. Grundsätzlich sprechen wir kein zeitlich begrenztes Anerkenntnis unserer Leistungspflicht aus. Nur wenn einem Anerkenntnis nach Absatz 1 wichtige Gründe entgegenstehen können wir einmalig ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis nach § 173 Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) für die Dauer von bis zu zwölf Monaten aussprechen. Wichtige Gründe können zum Beispiel vorliegen, wenn Zweifel am tatsächlichen Grad oder der Dauer der Berufsunfähigkeit, an der Möglichkeit einer konkreten Verweisung bzw. Umorganisation im Sinne des § 2 oder am Vorliegen von Ausschlusstatbeständen bestehen. Bis zum Ablauf der Frist ist ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis für uns bindend. Innerhalb dieses Zeitraums führen wir keine Nachprüfung durch.
3. Ansprüche, die durch Eintritt der Berufsunfähigkeit vor Ablauf der Versicherungsdauer entstanden sind, werden auch dann noch anerkannt, wenn sie erst später geltend gemacht werden, soweit keine Obliegenheitsverletzung gemäß § 15 vorliegt.

§ 14 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

1. Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit und ihren Grad oder das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit und das Fortleben der versicherten Person nachzuprüfen. Dabei können wir erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von § 2 ausübt, wobei neu erworbene berufliche Fähigkeiten zu berücksichtigen sind.
2. Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte (einschließlich entsprechender Nachweise) und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen des § 12 Absätze 3 und 4 gelten entsprechend.
3. Eine Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit sowie eine Aufhebung des Bescheids der gesetzlichen Rentenversicherung oder eines berufsständischen Versorgungswerks wegen Erwerbsunfähigkeit oder voller Erwerbsminderung sind uns unverzüglich mitzuteilen.
4. Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen oder hat sich ihr Grad auf weniger als 50 % vermindert, werden wir von der Leistung frei. In diesem Fall legen wir Ihnen die Veränderung in Textform dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden, sofern die vereinbarte Beitragszahlungsdauer noch nicht abgelaufen ist. Der Beitragsanteil für die Einmalzahlung entfällt.
5. Ist die Berufsunfähigkeit zum Zeitpunkt, zu dem sie uns angezeigt wird, bereits wieder weggefallen, so können wir unsere Leistungen mit Ablauf des Monats einstellen, in welchem die Berufsunfähigkeit weggefallen ist.
6. Liegt Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit vor und hat sich die Art des Pflegefalls geändert oder sein Umfang gemindert, stellen wir unsere Leistungen ein, sobald die Voraussetzungen gemäß § 2 Absätze 9 bis 12 nicht mehr gegeben sind; § 2 Absatz 4 Sätze 2 bis 5 gelten entsprechend.
7. Werden Leistungen aufgrund eines vollständigen Tätigkeitsverbots nach § 31 des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG) erbracht, endet die Leistungsverpflichtung mit der Aufhebung des vollständigen Tätigkeitsverbots. Die Aufhebung des vollständigen Tätigkeitsverbots ist unverzüglich in Textform anzuzeigen.

§ 15 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 6, § 12 oder § 14 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 16 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

1. Den Inhaber des Versicherungsscheins 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 des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.
2. In den Fällen des § 17 Absatz 3 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn er uns vom bisherigen Berechtigten in Textform angezeigt wurde.

§ 17 Wer erhält die Versicherungsleistung?

1. Die Leistung aus dem Vertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer oder an Ihre Erben, falls Sie uns

keine andere Person benannt haben, die bei Fälligkeit die Ansprüche aus dem Vertrag erwerben soll (Bezugsberechtigter). Gegebenenfalls bedarf es hierzu zusätzlich einer Zustimmung Dritter. Bis zur jeweiligen Fälligkeit können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen.

2. Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich die Ansprüche aus dem Vertrag erwerben soll. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.
3. Die Einräumung und der Widerruf eines widerruflichen Bezugsrechts sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie in Textform angezeigt worden sind. Das Gleiche gilt für die Abtretung und Verpfändung von Ansprüchen aus dem Vertrag, soweit derartige Verfügungen überhaupt rechtlich möglich sind.
4. Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.

§ 18 Was gilt bei Änderungen Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?

1. Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden können. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.
2. Bei Änderung Ihres Namens gilt Absatz 1 entsprechend.

§ 19 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?

1. Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen bei Vertragsabschluss, bei Änderung nach Vertragsabschluss oder auf Nachfrage unverzüglich – d. h. ohne schuldhaftes Zögern – zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.
2. Notwendige Informationen im Sinne von Absatz 1 sind insbesondere Umstände, die für die Beurteilung
   - Ihrer persönlichen Steuerpflicht,
   - der Steuerpflicht dritter Personen, die Rechte an ihrem Vertrag haben und
   - der Steuerpflicht des Leistungsempfängers

   maßgebend sein können. Dazu zählen die deutsche oder ausländische Steuerpflicht, die Steueridentifikationsnummer, der Geburtsort und der Wohnsitz. Welche Umstände dies nach derzeitiger Gesetzeslage im Einzelnen sind, können Sie den jeweiligen gesetzlichen Regelungen entnehmen.

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

§ 20 Welche Gebühren stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

1. Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Betrag gesondert in Rechnung stellen. Einzelheiten entnehmen Sie bitte der Gebührenübersicht im Versicherungsschein.
2. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem pauschalen Betrag zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern sind, entfällt der Betrag bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.

§ 21 Können wir die Beiträge anheben?

1. Wir sind gemäß § 163 VVG zu einer Neufestsetzung des Beitrags berechtigt, wenn
   a) sich der Leistungsbedarf nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den Rechnungsgrundlagen des vereinbarten Beitrags geändert hat,
   b) der nach den berichtigten Rechnungsgrundlagen berechnete Beitrag angemessen und erforderlich ist, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistung zu gewährleisten, und
   c) ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die Voraussetzungen der Absätze a) und b) überprüft und bestätigt hat.
2. Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass anstelle einer Erhöhung des Beitrags nach Absatz 1 die Versicherungsleistung entsprechend herabgesetzt wird. Bei einer beitragsfreien Versicherung sind wir unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 zur Herabsetzung der Versicherungsleistung berechtigt.
3. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderung und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

§ 22 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 23 Wo ist der Gerichtsstand?

1. Für Klagen aus dem Vertrag gegen uns ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk unser Sitz oder die für den Vertrag zuständige Niederlassung liegt. Zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz haben. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.
2. Klagen aus dem Vertrag gegen Sie müssen wir bei dem Gericht erheben, das für Ihren Wohnsitz zuständig ist. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.
3. Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts in das Ausland, sind für Klagen aus dem Vertrag die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben. Dies gilt ebenso, wenn Sie eine juristische Person sind und Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung ins Ausland verlegen.

§ 24 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 dieses Bedingungswerks ganz oder teilweise unwirksam sein, berührt dies die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht.

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

1. Wenn Sie mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, stehen Ihnen insbesondere die nachfolgenden Beschwerdemöglichkeiten offen.

Versicherungsombudsmann

2. Wenn Sie Verbraucher sind, können Sie sich an den Ombudsmann für Versicherungen wenden. Diesen erreichen Sie derzeit wie folgt:

   Versicherungsombudsmann e.V.

   Postfach 080632

   10006 Berlin

   E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

   Internet: www.versicherungsombudsmann.de

   Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.
3. 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

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

   Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

   Sektor Versicherungsaufsicht

   Graurheindorfer Straße 108

   53117 Bonn

   E-Mail: poststelle@bafin.de

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

Rechtsweg

5. Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

Unser Beschwerdemanagement

6. Unabhängig hiervon können Sie sich jederzeit an uns wenden. Unsere interne Beschwerdestelle steht Ihnen hierzu zur Verfügung. Sie erreichen diese derzeit wie folgt:

   WWK Lebensversicherung a. G.

   Marsstraße 37

   80335 München

   E-Mail: beschwerde@wwk.de