

Allgemeine Bedingungen für die Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung Basis (b-BS08)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner; für unser Vertragsverhältnis nach Tarif b-BS08 gelten die nachfolgenden Bedingungen.

Inhaltsverzeichnis

- § 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 Aufenthaltes ins Ausland?
- § 7 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
- § 8 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu 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 Mitteilungspflichten 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?

§ 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.

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

Darüber hinaus bieten wir Ihnen eine Beratung über Möglichkeiten zur medizinischen und beruflichen Reintegration durch entsprechende Spezialisten an.

2. Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus.
3. Wird die versicherte Person während der Dauer dieser Versicherung infolge Pflegebedürftigkeit (vgl. § 2 Absatz 10) berufsunfähig, erbringen wir bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 2 Absätze 10 bis 13, 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. Der Anspruch auf Rente, Beitragsbefreiung und Einmalzahlung entsteht am Ersten des Monats, der dem Eintritt der Berufsunfähigkeit folgt. In den Fällen des § 2 Absätze 3, 5 und 9 entsteht der Anspruch am Ersten des Monats, der dem Ablauf des Sechs-Monats-Zeitraums folgt.

Wird uns die Berufsunfähigkeit nicht unverzüglich angezeigt, leisten wir rückwirkend für einen Zeitraum von höchstens drei Jahren ab dem Zeitpunkt der Meldung, es sei denn, die verspätete Mitteilung erfolgt ohne schuldhaftes Versäumnis des Anspruchstellers.

Ist eine Karenzzeit vereinbart, entsteht der Anspruch auf Rente abweichend von Satz 1 bis 3 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.

5. Der Anspruch auf Rente und Beitragsbefreiung erlischt,
 - wenn die Berufsunfähigkeit wegfällt,
 - der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % sinkt,
 - bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit spätestens, wenn die Pflegebedürftigkeit unter das Ausmaß der Leistungsvoraussetzungen in § 2 Absatz 12 sinkt,
 - wenn die versicherte Person stirbt oder
 - bei Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer.
6. 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.
7. 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.

8. Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen erhalten Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (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 drei Jahre) außer Stande ist, ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, auszuüben und sie auch keine andere Tätigkeit ausüben kann, die zu übernehmen sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Wir verzichten auf eine Prüfung, ob die versicherte Person aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten eine andere Tätigkeit, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht, ausüben kann, solange sie an einer berufsfördernden Maßnahme zur Rehabilitation (Umschulung) teilnimmt, längstens jedoch für 36 Monate. Die Teilnahme ist uns durch einen entsprechenden Bescheid des Leistungsträgers nachzuweisen.

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 Bundesgerichtshofes festgelegte Größe im Vergleich zum regelmäßigen jährlichen Bruttoeinkommen im zuletzt ausgeübten Beruf vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung, maximal jedoch auf 20 %, begrenzt.

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 Versicherungsfalles 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 be-

ruflicher Tätigkeit vor Abzug von Personensteuern gilt jedoch in jedem Fall als nicht zumutbar.

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 drei Jahre) außer Stande ist, ihr zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalles absolviertes Studium an einer Hochschule, Fachhochschule oder vergleichbaren Ausbildungseinrichtung fortzusetzen oder einen anderen Studiengang aufzunehmen.

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 drei Jahre) außer Stande ist, ihre zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalles absolvierte Berufsausbildung oder eine vergleichbare andere Ausbildung fortzuführen oder einen dieser Ausbildung entsprechenden Beruf auszuüben. Als eine vergleichbare 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.

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 Beruf oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten ausgeübt werden kann und ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht (vgl. Absatz 1), so gilt die Fortdauer dieses Zustands 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 Versicherungsfalles absolviertes Studium an einer Hochschule, Fachhochschule oder vergleichbaren Ausbildungseinrichtung fortzusetzen oder einen anderen Studiengang aufzunehmen (vgl. Absatz 1), gilt die Fortdauer dieses Zustands 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 Versicherungsfalles absolvierte Berufsausbildung oder eine vergleichbare andere Ausbildung (vgl. Absatz 1) fortzuführen oder einen dieser Ausbildung entsprechenden Beruf auszuüben, gilt die Fortdauer dieses Zustands als vollständige oder teilweise Berufsunfähigkeit.

4. Bei einer versicherten Person, die bei Eintritt des Versicherungsfalles das 55. Lebensjahr vollendet hat, liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn sie infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich dauernd (mindestens drei Jahre) außer Stande ist, ihre vor Eintritt des Versicherungsfalles zuletzt ausgeübten Tätigkeit, wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgeübt wurde, auszuüben und sie auch keine andere Tätigkeit ausübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

5. Hat die versicherte Person bei Eintritt des Versicherungsfalles das 55. Lebensjahr vollendet und ist sie sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, außer Stande gewesen, ihrer vor Ein-

tritt des Versicherungsfalls zuletzt ausgeübten Tätigkeit, wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgeübt wurde, nachzugehen und hat sie in dieser Zeit auch keine andere Tätigkeit ausgeübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht, gilt die Fortdauer dieses Zustands als vollständige oder teilweise Berufsunfähigkeit.

6. War die versicherte Person bei Eintritt des Versicherungsfalls ausschließlich Hausfrau/Hausmann, so legen wir diese Tätigkeit bei der Beurteilung der Berufsunfähigkeit als Beruf zugrunde.

War die versicherte Person bei Eintritt des Versicherungsfalls Schülerin/Schüler, so legen wir diese Tätigkeit bei der Beurteilung der Berufsunfähigkeit als Beruf zugrunde.

7. 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 Mutterschutz, gesetzlicher Elternzeit oder Arbeitslosigkeit.
8. Ist die versicherte Person voraussichtlich auf Dauer (mindestens drei Jahre) pflegebedürftig im Sinne der Absätze 10 bis 13 und wird sie deswegen täglich gepflegt, so gilt dieser Zustand als Berufsunfähigkeit im Sinne von Absatz 1.
9. War die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig im Sinne der Absätze 10 bis 13 und wurde sie deswegen täglich gepflegt, so gilt die Fortdauer dieses Zustandes als Berufsunfähigkeit im Sinne von Absatz 3.
10. Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körpervletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls so hilflos ist, dass sie für die in Absatz 11 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.
11. 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.

12. 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.

13. 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?

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) an den Überschüssen und Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Die Bewertungsreserven werden dabei im Anhang des Geschäftsberichtes ausgewiesen. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

1. Überschüsse entstehen dann, wenn die Aufwendungen für das Berufsunfähigkeitsrisiko und die Kosten sich günstiger entwickeln als bei der Tarifikalkulation angenommen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer nach der Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) angemessen beteiligt und zwar nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung am Risikoergebnis (Berufsunfähigkeitsrisiko) grundsätzlich zu mindestens 90 % und am übrigen Ergebnis (einschließlich Kosten) grundsätzlich zu mindestens 50 %.

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

2. Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Gruppen zusammengefasst. Gruppen bilden wir beispielsweise, um das versicherte Risiko wie das Todesfall- oder Berufsunfähigkeitsrisiko zu berücksich-

tigen. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Gruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Hat eine Gruppe nicht zur Entstehung von Überschüssen beigetragen, bekommt sie auch keine Überschüsse zugewiesen. Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der so genannten Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 140 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen, soweit die Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 140 Absatz 1 VAG können wir im Interesse der Versicherten die Rückstellung für Beitragsrückerstattung heranziehen, um einen drohenden Notstand abzuwenden, unvorhersehbare Verluste aus den überschussberechtigten Verträgen auszugleichen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder die Deckungsrückstellung *) zu erhöhen, wenn die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen.

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

3. Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Bewertungsreserven sorgen für Sicherheit und dienen dazu, kurzfristige Ausschläge an den Kapitalmärkten auszugleichen. Ein Teil der Bewertungsreserven fließt den Versicherungsnehmern gemäß § 153 Absatz 3 VVG unmittelbar zu. Dafür werden die Bewertungsreserven monatlich neu ermittelt und den anspruchsberechtigten Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren zugeordnet. Das jeweilige Verfahren wird im jährlichen Geschäftsbericht beschrieben. Bei Beendigung des Vertrags durch Tod, Kündigung oder Ablauf werden die Ihrem Vertrag für diesen Zeitpunkt zugeordneten Bewertungsreserven zur Hälfte zugeteilt und ausgezahlt. Während des Rentenbezugs erfolgt keine Beteiligung an den Bewertungsreserven. 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. Die Beteiligung an Bewertungsreserven steht gemäß § 153 Absatz 3 VVG unter dem Vorbehalt, dass die für uns geltenden aufsichtsrechtlichen Regelungen über die Kapitalausstattung eingehalten werden.

Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages

4. Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen derjenigen Gruppe, die in Ihrem Versicherungsschein genannt ist. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Den Geschäftsbericht können Sie bei uns jederzeit anfordern.

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 Tariffkalkulation ermittelt. Bei der Tariffkalkulation für die Berufsunfähigkeitsversicherung haben wir die Tafeln WWK2012I verwendet und als Rechnungszins 0,90 % 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 Versicherungsvertrag 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 Überschussystem 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 Versicherungsvertrages 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 Fondspreiserückgang 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 Fremdwährungsrücknahmepreis in Euro umgerechnet. Die Umrechnung erfolgt aufgrund des Euro-Referenzkurses der Europäischen Zentralbank (Mittelkurs) am jeweiligen Stichtag (vgl. Absätze 24 bis 27).

16. Ausgabe- und Rücknahmepreis eines Fondsanteils des von Ihnen gewählten Fonds können Sie dem Börsenteil der Tagespresse entnehmen.
17. Wir zahlen bei Kündigung, bei Erleben des Ablaufs bzw. im Todesfall das bis zum jeweiligen Stichtag (vgl. Absätze 24 bis 27) 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 20).

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

18. 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 20).

19. Wenn der Anspruchsberechtigte von uns Geldleistungen (vgl. Absätze 17 und 18) erhält, behalten wir uns vor, den Wert des Fondsguthabens (vgl. Absatz 15) erst zu ermitteln, nachdem wir Vermögensgegenstände des Anlagestocks veräußert haben. 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 24 bis 25 keine Anwendung.

Übertragung von Fondsanteilen

20. 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.

Umschichtung des vorhandenen Fondsguthabens (Shift)

21. 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.

Änderung der prozentualen Aufteilung der Überschussanteile (Switch)

22. 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 un-

serem durchschnittlichen Aufwand entspricht. Die Höhe dieser Kostenpauschale entnehmen Sie bitte der Gebührenübersicht im Versicherungschein.

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.

Ertragsausschüttungen

23. 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?

24. 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.
25. Erfolgt an den in den Absätzen 14 bzw. 24 angegebenen Stichtagen keine Wertfestsetzung, gilt jeweils der zuletzt festgesetzte Rücknahmepreis eines Fondsanteils.
26. Bei einem Shift werden die Rücknahmepreise des abgehenden 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.
27. Wir sind berechtigt, die Wertfeststellung an einem anderen als den festgelegten Stichtagen vorzunehmen, soweit dies billigem Ermessen entspricht.

Können wir die Fondsanlage ändern?

28. Die Schließung, Auflösung oder Zusammenlegung von Fonds, die Einstellung von An- oder Verkauf, die nachträgliche Erhöhung von Gebühren, mit denen wir beim Fondseinkauf belastet werden, sowie maßgebliche gesetzliche oder aufsichtsrechtliche Änderungen sind Beispiele von Vorgängen, die Auswirkungen auf die Fondsanlage haben, die aber von uns nicht beeinflusst werden können. In derartigen Fällen 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 gebührenfrei in einen anderen von uns angebotenen Fonds oder in eine andere von uns angebotene Anlagestrategie zu wechseln.

Bei einer zeitlich befristeten Einstellung des An- oder Verkaufs von Fondsanteilen sind wir berechtigt, für die Zeit der Einstellung den betroffenen Fonds oder die betroffene Anlagestrategie für die neu zur Anlage vorgesehenen Beträge (Überschussanteile, Ertragsausschüttungen) durch einen sicherheitsorientierten Fonds oder eine sicherheitsorientierte Anlagestrategie zu ersetzen. Hierüber werden wir Sie umgehend informieren, verbunden mit Vorschlägen für andere Fonds oder Strategien, die bei Ihrem Vertrag angeboten werden. Wenn Sie uns unverzüglich einen anderen Fonds oder eine andere Strategie 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, führen wir den Shift (vgl. Absatz 21) der zwischenzeitlich erworbenen Fondsanteile in die wieder handelbaren Fondsanteile ohne Erhebung von Gebühren durch.

Wechsel in ein anderes Überschussystem

29. Vor Eintritt der Berufsunfähigkeit können Sie jederzeit mit einer Frist von einem Monat zum Monatsende vom aktuell gewählten Überschussystem in das Überschussystem „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.
30. Vor Eintritt der Berufsunfähigkeit können Sie jederzeit mit einer Frist von einem Monat zum Monatsende vom aktuell gewählten Überschussystem in das Überschussystem „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.
31. Vor Eintritt der Berufsunfähigkeit ist ein Wechsel vom aktuell gewählten Überschussystem in das Überschussystem „Sofortverrechnung“ jederzeit zum Ende eines Monats möglich. Ein gegebenenfalls vorhandenes Ansammlungs- oder Fondsguthaben bleibt bestehen.
32. Ein Wechsel in das Überschussystem „Leistungsbonus“ ist nicht möglich.
- Ein Rechtsanspruch auf einen Wechsel des Überschussystems 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 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 18 und 24 kündigen.

Information über die Höhe der Überschussbeteiligung

36. Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor ist dabei die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Aber auch die Zinsentwicklung des Kapitalmarktes ist insbesondere bei laufenden Renten von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch Null Euro betragen.

§ 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 altersentsprechenden 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 Aufenthaltes 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. Wir verzichten auf die Anwesenheit der versicherten Person in der Bundesrepublik Deutschland, wenn die Untersuchung durch einen Arzt des dem Aufenthalt der versicherten Person nächstgelegenen Konsulats der Bundesrepublik Deutschland oder einem von diesem Konsulat benannten Arzt vorgenommen wird. Die Kosten für die Untersuchung sowie die vorher mit uns abgestimmten Reise- und Unterbringungskosten werden von uns erstattet.

§ 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).
Dieser Tarif ist kalkuliert für Personen, 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 Versicherungsschutzes 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 Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Wurde die 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 11 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 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 kennen.

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 Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

14. Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige, fehlende oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmendeckung ein-

fluss 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 Versicherungsvertrages können wir uns auch dritten Berechtigten gegenüber berufen.

Anzeigepflicht und Nachversicherung

18. Besteht bei Ihrem Vertrag die Möglichkeit einer Nachversicherung, finden die Absätze 1 bis 17 entsprechend auch für Versicherungsverträge Anwendung, die in Zusammenhang mit der Nachversicherung (siehe gegebenenfalls Besondere Bedingungen für die Nachversicherung) zustande gekommen sind. Dem Abschluss einer Nachversicherung liegt die durchgeführte Gesundheitsprüfung des entsprechenden Ursprungsvertrages zugrunde. Sie bildet auch die Grundlage für die im Rahmen der Nachversicherung abgeschlossenen Verträge.

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

Stellen wir bei dem Ursprungsvertrag eine Anzeigepflichtverletzung fest und treten wir deshalb von diesem Versicherungsvertrag zurück, kündigen diesen, fechten diesen an oder führen eine Vertragsanpassung durch, dann teilt ein Versicherungsvertrag im Rahmen der Nachversicherung das rechtliche Schicksal des Ursprungsvertrages. 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 Versicherungsvertrag im Rahmen der Nachversicherung.

§ 8 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu 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 Vertrages 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 Versicherungsvertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.

Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten der zur Gesundheitsprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchungen verlangen.

2. Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die Nicht-Zahlung nicht zu vertreten haben.
3. Anstelle des Rücktritts können wir, wenn Sie den Einlösungsbeitrag schuldhaft nicht rechtzeitig zahlen, die Beiträge des ersten Versicherungsjahres – auch bei Vereinbarung einer unterjährigen Beitragszahlung – sofort verlangen.

Folgebeitrag

4. 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.
5. Zahlen Sie im ersten Versicherungsjahr einen Folgebeitrag schuldhaft nicht rechtzeitig, werden außerdem die noch ausstehenden Beiträge des ersten Versicherungsjahres sofort fällig.

Dies gilt nicht, wenn der Vertrag vor Ablauf der Versicherungsperiode endet.

§ 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 11 um. Eine teilweise Kündigung entspricht einer teilweisen Befreiung von der Beitragszahlungspflicht gemäß den Absätzen 4 bis 11.

Umwandlung in eine beitragsfreie bzw. beitragsreduzierte Versicherung

4. Sie können unter Beachtung der in Absatz 1 genannten Termine verlangen, ganz oder teilweise von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden.
5. Bei Ihrer Versicherung handelt es sich um eine Risikoversicherung. Für jede versicherte Leistung (Rente sowie ggf. Einmalzahlung) 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 einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt.

Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. 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.

Weitere Erläuterungen zum Abzug finden Sie im Anhang zu den Allgemeinen Bedingungen.

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. 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.

9. 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.
10. 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.

Nachteile von Kündigung, Beitragsfreistellung und Beitragsreduzierung

11. Die Kündigung, Beitragsfreistellung und Beitragsreduzierung Ihrer Versicherung können für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung sind wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten sowie den laufenden Kosten (vgl. § 11) keine oder nur geringe Beträge zur Bildung einer beitragsfreien Versicherungsleistung vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Versicherungsleistung zur Verfügung. Nähere Informationen zu beitragsfreien Versicherungsleistungen und ihrer Höhe können Sie der entsprechenden Tabelle im Versicherungsschein entnehmen.

Wiederinkraftsetzung

12. Sie können Ihre 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.

Beitragsrückzahlung

13. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Policedarlehen/Kapitalabfindung

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

Beitragspause

15. 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 11 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

16. 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 einmalige Abschluss- und Vertriebskosten, laufende Kosten und sonstige Kosten.

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

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 Tarifikalkulation 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. Zu den laufenden Kosten gehören insbesondere die Verwaltungskosten.
4. Für Ihren Versicherungsvertrag ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten (einmalige 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 Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt.
- Die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten werden gleichmäßig während der ersten 60 Vertragsmonate getilgt.

- Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten sind Bestandteil der laufenden Kosten. Laufende Kosten fallen während der gesamten Vertragslaufzeit an.

Sonstige Kosten

- 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 Überschussystems 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

- 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 8 bis 10). 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?

- Zum Nachweis des Versicherungsfalles und zur Prüfung unserer Leistungspflicht sind uns unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:
 - der Versicherungsschein;
 - ein amtliches Zeugnis über den Tag der Geburt der versicherten Person;
 - eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
 - 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;
 - Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;
 - Unterlagen über die finanzielle Lebensstellung aus beruflicher Tätigkeit der versicherten Person und deren Veränderungen vor und nach Eintritt der Berufsunfähigkeit (z. B. Einkommensteuerbescheide, betriebswirtschaftliche Unterlagen);
 - bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege;
 - bei auf die Erben übergegangenen Ansprüchen ein Erbschein.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Ansprucherhebende zu zahlen.

- Zusätzlich können wir auch den Nachweis der letzten Beitragszahlung verlangen.
- 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.

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

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

- Nach Eingang der Anzeige des Versicherungsfalles 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.
- Grundsätzlich sprechen wir keine zeitlich befristeten Anerkennnisse aus. Wir können aber in begründeten Einzelfällen einmalig ein zeitlich befristetes Anerkenntnis von bis zu zwölf Monaten aussprechen. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich befristete Anerkenntnis für uns bindend. Innerhalb dieses Zeitraums führen wir keine Nachprüfung durch.
- 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?

- 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 ausüben kann, wobei neu erworbene berufliche Fähigkeiten zu berücksichtigen sind.
- 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.
- Eine Verbesserung des Gesundheitszustands und die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit müssen Sie bzw. die versicherte Person uns unverzüglich mitteilen.
- 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. 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 10 bis 13 nicht mehr gegeben sind. Absatz 4 Sätze 2 bis 5 gelten entsprechend.

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

§ 16 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

1. Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.
2. In den Fällen des § 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 Versicherungsvertrag 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 Versicherungsvertrag erwerben soll (Bezugsberechtigter). 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 Versicherungsvertrag 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 Versicherungsvertrag, soweit derartige Verfügungen überhaupt rechtlich möglich sind.
4. Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.

§ 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 Mitteilungspflichten haben Sie?

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

maßgebend sein können. Dazu zählen die deutsche oder ausländische Steuerpflicht, die Steueridentifikationsnummer, der Geburtsort und der Wohnsitz. 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.
- *) Eine Deckungsrückstellung müssen wir bilden, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können.

Besondere Bedingungen für die Dynamik

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner; für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Nach welchem Maßstab erfolgt die Dynamik?
- § 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?
- § 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?
- § 4 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen?
- § 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

§ 1 Nach welchem Maßstab erfolgt die Dynamik?

1. Durch Einschluss der Dynamik erhöht sich der Beitrag für diese Versicherung, einschließlich etwaiger Zusatzversicherungen, jährlich um den im Versicherungsschein vereinbarten Prozentsatz des Vorjahresbeitrags.
2. Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung.
Eine gegebenenfalls mitversicherte Einmalzahlung für den Fall der Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit bzw. Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten erhöht sich nicht.
3. Die Erhöhungen erfolgen bei
 - a) Fondsgebundenen Rentenversicherungen bis spätestens zwei Jahre vor Ablauf der vereinbarten Grundphase, letztmals jedoch, wenn die versicherte Person am Erhöhungsstichtag das rechnungsmäßige Alter *) von 65 Jahren erreicht hat.
 - b) Fondsgebundenen Rentenversicherungen mit Garantie bis spätestens fünf Jahre vor Erreichen des Garantetermins bzw. vor dem Ende der Beitragszahlungsdauer, letztmals jedoch, wenn die versicherte Person am Erhöhungsstichtag das rechnungsmäßige Alter *) von 63 Jahren erreicht hat.
 - c) konventionellen Rentenversicherungen bis spätestens zwei Jahre vor Ablauf der vereinbarten Beitragszahlungsdauer, letztmals jedoch, wenn die versicherte Person am Erhöhungsstichtag das rechnungsmäßige Alter *) von 65 Jahren erreicht hat.
 - d) Risikolebensversicherungen bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer, letztmals jedoch spätestens zwei Jahre vor Ablauf der Versicherungsdauer, oder wenn die versicherte Person am Erhöhungsstichtag das rechnungsmäßige Alter *) von 65 Jahren erreicht hat.
 - e) Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeits-Versicherungen bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer, letztmals jedoch spätestens zwei Jahre vor Ablauf der Versicherungsdauer, oder wenn die versicherte Person am Erhöhungsstichtag das rechnungsmäßige Alter *) von 65 Jahren erreicht hat, oder bei Eintritt des Leistungsfalls.
Übersteigt die monatliche Barrente aus einer Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeits-Versicherung 5.000 EUR, entfallen weitere Erhöhungen. Hierbei werden eventuell auch weitere Versicherungsverträge bei der WWK berücksichtigt.
 - f) Pflegerentenversicherungen bis spätestens fünf Jahre vor Ablauf der Beitragszahlungsdauer, letztmals jedoch, wenn die versicherte Person am Erhöhungsstichtag das

rechnungsmäßige Alter *) von 80 Jahren erreicht hat, oder bei Eintritt des Leistungsfalls.

Übersteigt die monatliche Barrente aus einer Pflegerentenversicherung 3.500 EUR, entfallen weitere Erhöhungen. Hierbei werden eventuell auch weitere Pflegerentenversicherungen bei der WWK berücksichtigt.

Die Wiedereingliederungshilfe wird auf maximal 3.000 EUR erhöht.

- g) der Barrente aus einer Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeits-Zusatzversicherung bis zum Ablauf der vereinbarten Beitragszahlungsdauer der Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeits-Zusatzversicherung, letztmals jedoch spätestens zwei Jahre vor Ablauf der Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeits-Zusatzversicherung, oder wenn die versicherte Person am Erhöhungsstichtag das rechnungsmäßige Alter *) von 65 Jahren erreicht hat, oder bei Eintritt des Leistungsfalls.
Übersteigt die monatliche Barrente aus einer Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeits-Zusatzversicherung 5.000 EUR oder finden keine Erhöhungen der Hauptversicherung mehr statt, entfallen weitere Erhöhungen. Bei der Barrenten-Grenze von 5.000 EUR werden eventuell auch weitere Versicherungsverträge bei der WWK berücksichtigt.
- h) der Beitragsbefreiung aus einer Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeits-Zusatzversicherung gemäß den Erhöhungen der Beitragsteile für die Hauptversicherung, maximal bis zum Ende der Beitragszahlungsdauer der Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeits-Zusatzversicherung, oder bei Eintritt des Leistungsfalls.
- i) Unfall-Zusatzversicherungen gemäß den Erhöhungen der Beitragsteile für die Hauptversicherung.

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?

1. Die Erhöhung des Beitrags und der Versicherungsleistungen erfolgt jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres.
2. Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

§ 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?

1. Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnungsmäßigen Alter *) der versicherten Person, der restlichen Beitragszahlungsdauer, dem bei Abschluss des Vertrages gültigen Tarif und den ursprünglichen Annahmebedingungen.
2. Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge.
Die Versicherungsleistungen einer gegebenenfalls eingeschlossenen Unfall-Zusatzversicherung erhöhen sich im gleichen Verhältnis wie die Beiträge.
3. Ist eine Barrente aus einer Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen, wird diese im selben Verhältnis wie die Leistungen der Hauptversicherung erhöht, solange die Beitragsteile für die Barrente dynamisiert werden (vgl. § 1 Absatz 3g).

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

1. Alle im Rahmen des Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen, auch die Bestimmung eines Bezugsberechtigten bzw. Leistungsempfängers, erstrecken sich ebenfalls auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen.

Zusätzlich zu den bei Vertragsbeginn bereits angefallenen und in den Allgemeinen Bedingungen beschriebenen Kosten, werden für jede Beitragserhöhung zusätzliche Kosten erhoben. Die Verrechnung erfolgt gemäß den Allgemeinen Bedingungen („Wie werden die Kosten des Vertrags verrechnet?“).

2. Die Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag im Sinne dieser Bedingungen setzt die Fristen bei Verletzung der Anzeigepflicht und bei Selbsttötung der Allgemeinen Bedingungen nicht erneut in Lauf.
3. Jede Erhöhung der Versicherungsleistung aus dem Versicherungsvertrag im Sinne dieser Bedingungen ist für die Überschussbeteiligung als eigenständig zu betrachten. Für jede dieser Erhöhungen gilt die Bestimmung über die Überschussbeteiligung („Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?“) der Allgemeinen Bedingungen entsprechend. Die Überschussbeteiligung für die Erhöhung beginnt jeweils im Geschäftsjahr der Erhöhung.

§ 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

1. Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen.
 2. Unterbliebene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.
 3. Sollten Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen; es kann jedoch mit unserer Zustimmung neu begründet werden.
 4. Ist in Ihrer Versicherung das Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- bzw. das Risiko einer Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten eingeschlossen, entfallen Erhöhungen, sobald Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit bzw. eine Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten eingetreten ist. Nach Wegfall der Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit bzw. einer Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten kann eine weitere Erhöhung nur nach erneuter Gesundheitsprüfung erfolgen.
 5. Bei Pflegerentenversicherungen entfallen Erhöhungen, sobald die Pflegerentenzahlung begonnen hat. Nach Wegfall der Pflegerentenzahlung kann eine weitere Erhöhung nur nach erneuter Gesundheitsprüfung erfolgen.
 6. Erhöhungen der Beiträge und Versicherungsleistungen sind während einer Beitragspause nicht möglich. Ihr grundsätzliches Recht auf weitere Dynamikerhöhungen nach Wiederaufnahme der Beitragszahlung bleibt jedoch weiter bestehen. Absatz 3 gilt sinngemäß.
- *) Das rechnermäßige Alter ist das Alter der versicherten Person, wobei ein bereits begonnenes, aber noch nicht vollendetes Lebensjahr hinzugerechnet wird, falls davon mehr als sechs Monate verstrichen sind.

Besondere Bedingungen für die Nachversicherung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner; für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Was verstehen wir unter Nachversicherung?
- § 2 Wann können Sie eine Nachversicherung beantragen?
- § 3 Wie wird die Nachversicherung beantragt?
- § 4 Wie wird die Nachversicherung abgeschlossen?
- § 5 Wie hoch darf die Nachversicherungssumme sein?
- § 6 Welche Vereinbarungen gelten für die Nachversicherung?
- § 7 Wann ist eine Nachversicherung ohne Gesundheitsprüfung ausgeschlossen?
- § 8 Was ist bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zu beachten?

§ 1 Was verstehen wir unter Nachversicherung?

Sie haben das Recht, die bei Versicherungsabschluss vereinbarten Versicherungsleistungen durch Abschluss eines zusätzlichen Versicherungsvertrages ohne Gesundheitsprüfung zu erhöhen. Diese Erhöhung bezeichnen wir als Nachversicherung. Die Nachversicherung stellt grundsätzlich einen eigenständigen Vertrag dar, welchem der dann gültige Tarif und die zugehörigen Versicherungsbedingungen zugrunde liegen.

§ 2 Wann können Sie eine Nachversicherung beantragen?

Das Recht auf Nachversicherung entsteht bei folgenden, die versicherte Person betreffenden Ereignissen:

- Erreichen der Volljährigkeit,
- Heirat oder Begründung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft,
- Scheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft,
- Geburt eines Kindes oder Adoption eines Kindes,
- Tod des Ehepartners oder eingetragenen Lebenspartners,
- Schaffen der beruflichen Selbstständigkeit,
- Erreichen eines akademischen Grades,
- Aufnahme der beruflichen Tätigkeit nach erfolgreicher Ausbildung (Lehre, Studium),
- erstmaliges Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung,
- Nachhaltige Erhöhung des regelmäßigen Bruttojahresgehalts – bei nicht selbstständiger Tätigkeit – um mindestens 10 %,
- Ausscheiden aus der gesetzlichen Rentenversicherung (z. B. bei selbstständigen Handwerkern nach Erfüllung der Mindestversicherungszeit),
- Wegfall oder Kürzung einer berufsbedingten, insbesondere berufsständischen oder betrieblichen Altersversorgung,
- Wegfall der Versicherungspflicht in einem Versorgungswerk,
- Erwerb und Finanzierung einer selbstgenutzten Immobilie bei einem Finanzierungswert von mindestens 100.000 EUR,

- Finanzierung im gewerblichen Bereich bei einem Finanzierungswert von mindestens 100.000 EUR,
- Senkung des Leistungsbonus während der Versicherungsdauer.

§ 3 Wie wird die Nachversicherung beantragt?

Sie - als unser Versicherungsnehmer - beantragen die Nachversicherung innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt des Ereignisses, das den Anspruch auf Nachversicherung (vgl. § 2) auslöst, mit unserem Versicherungsantrag (erhältlich bei Ihrem Vertragspartner im Außendienst oder jeder WWK-Geschäftsstelle) ohne Beantwortung der Gesundheitsfragen.

Entsprechend dem Ereignis ist dem Versicherungsantrag in Kopie beizufügen:

- die Heiratsurkunde bzw. ein Nachweis über die Begründung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft,
- das rechtskräftige Scheidungsurteil bzw. ein Nachweis über die Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft,
- die Geburtsurkunde des Kindes oder ein amtlicher Nachweis über die Adoption (Beschluss des Vormundschaftsgerichts),
- die Sterbeurkunde des Ehepartners oder des eingetragenen Lebenspartners,
- ein Nachweis der Mitgliedschaft in der für den Beruf zuständigen Kammer,
- die Prüfungsurkunde,
- ein Nachweis über die Aufnahme der beruflichen Tätigkeit,
- die Einkommensnachweise,
- der Bescheid über das Ausscheiden aus der gesetzlichen Rentenversicherung,
- eine Bestätigung des Trägers der berufsständischen oder betrieblichen Altersversorgung über den Wegfall oder deren Kürzung,
- eine Bestätigung des Versorgungswerkes über den Wegfall der Versicherungspflicht,
- der Kauf- und Finanzierungsvertrag der Immobilie sowie Nachweise über die Selbstnutzung der Immobilie,
- bei Finanzierungen im gewerblichen Bereich der Finanzierungsvertrag.

Bei Erreichen der Volljährigkeit ist kein zusätzlicher Nachweis erforderlich.

§ 4 Wie wird die Nachversicherung abgeschlossen?

Die Nachversicherung wird auf das gleiche Ende der Versicherungs- und Leistungsdauer wie die ursprüngliche Versicherung abgeschlossen, sofern ein entsprechender Tarif von uns angeboten wird und die jeweils gültigen steuerlichen Rahmenbedingungen dies zulassen. Die Nachversicherung umfasst die gleiche Art der Versicherungsleistung wie die ursprüngliche Versicherung.

Bei Abschluss der Nachversicherung wird mit Ihnen ein neuer eigenständiger Versicherungsvertrag auf Basis des dann gültigen Tarifs einschließlich der Versicherungsbedingungen abgeschlossen.

Mit unserer Zustimmung kann die Nachversicherung auch mit einem anderen Ablaufalter und mit einer anderen Art der Versicherungsleistung abgeschlossen werden.

§ 5 Wie hoch darf die Nachversicherungssumme sein?

1. Die versicherte monatliche Barrente der Nachversicherung muss mindestens 25 EUR und darf, ausgenommen Nach-

versicherungen wegen Senkung des Leistungsbonus, höchstens 300 EUR betragen. Bei einer Nachversicherung wegen Senkung des Leistungsbonus darf die Nachversicherung höchstens den Rückgang des Leistungsbonus ausgleichen.

Die monatliche Barrente aller Nachversicherungen, ausgenommen Nachversicherungen wegen Senkung des Leistungsbonus, darf innerhalb von fünf Jahren insgesamt höchstens 100 % der ursprünglich vereinbarten Barrente, aber nicht mehr als 600 EUR betragen.

Die gesamte Barrente einschließlich aller Nachversicherungen darf gemäß unserer jeweils gültigen Richtlinien zu keiner Überversicherung führen.

Die Nachversicherung einer Einmalzahlung ist nicht möglich.

2. Planmäßige Erhöhungen bei Versicherungen mit Dynamik werden bei den Grenzen in Absatz 1 nicht berücksichtigt.

§ 6 Welche Vereinbarungen gelten für die Nachversicherung?

Jede einzelne Nachversicherung ist ein eigenständiger Versicherungsvertrag. Die Vereinbarungen, welche dem ursprünglichen Versicherungsvertrag zugrunde liegen, gelten für die Nachversicherung grundsätzlich nicht. Wurde jedoch bei dem ursprünglichen Versicherungsvertrag für die versicherte Person ein erhöhtes versicherungstechnisches Risiko festgestellt, d. h. der ursprüngliche Versicherungsvertrag konnte nur mit einem Risikozuschlag und/oder mit einer Ausschlussklausel angenommen werden, gelten Risikozuschlag und/oder Ausschlussklausel auch für die Nachversicherung.

Alle Fristen beginnen für die Nachversicherung neu zu laufen. Zu jeder Nachversicherung können unter Berücksichtigung der jeweils gültigen steuerlichen Rahmenbedingungen eigene Bezugsberechtigte bzw. Leistungsempfänger bestimmt werden. Sofern eine solche Bestimmung nicht erfolgt, gilt die zur ursprünglichen Versicherung vereinbarte Verfügung auch für die Nachversicherung.

§ 7 Wann ist eine Nachversicherung ohne Gesundheitsprüfung ausgeschlossen?

Das Recht auf Nachversicherung ohne Gesundheitsprüfung ist, unabhängig auf welchem Grund sie beruht, ausgeschlossen, wenn die Nachversicherung zu einer Überversicherung führen würde. Informationen über die jeweils gültigen Richtlinien zur Überversicherung erhalten Sie auf Wunsch von uns.

Das Recht zur Nachversicherung ohne Gesundheitsprüfung ist weiterhin, ausgenommen Nachversicherungen wegen Senkung des Leistungsbonus, ausgeschlossen, wenn die versicherte Person rechnungsmäßig älter als 45 Jahre ist.

Das Recht auf Nachversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung, unabhängig auf welchem Grund sie beruht, erlischt, wenn

- die Nachversicherung die Voraussetzungen für eine Steuerbegünstigung nicht erfüllen kann,
- Leistungen beantragt wurden,
- eine Anzeigepflichtverletzung begangen wurde.

Bei Nachversicherungen wegen Senkung des Leistungsbonus erlischt das Recht auf Nachversicherung ohne Gesundheitsprüfung darüber hinaus auch, wenn die versicherte Person das rechnungsmäßige Höchst Eintrittsalter gemäß den Annahmerichtlinien der WWK Lebensversicherung a. G. überschreitet.

§ 8 Was ist bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zu beachten?

Dem Abschluss einer Nachversicherung wird die durchgeführte Gesundheitsprüfung des entsprechenden Ursprungsvertrages zugrunde gelegt. Sie bildet auch die Grundlage für die im Rahmen der Nachversicherung abgeschlossenen Verträge.

Stellen wir bei dem Ursprungsvertrag eine Anzeigepflichtverletzung fest und treten wir deshalb von diesem Versicherungsvertrag zurück, kündigen diesen, fechten diesen an oder führen eine Vertragsanpassung durch, dann teilt ein Versicherungsvertrag im Rahmen der Nachversicherung das rechtliche Schicksal des Ursprungsvertrages. Nähere Einzelheiten hierzu finden Sie im Abschnitt „Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?“ in den Allgemeinen Bedingungen der Hauptversicherung.

Besondere Bedingungen für die Rentensteigerung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner; für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Wann und wie erfolgt eine Rentensteigerung bei Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit bzw. Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten?
- § 2 Wann und wie erfolgt eine Rentensteigerung bei Altersrente?
- § 3 Führt eine Rentensteigerung zur Erhöhung der Beiträge?

§ 1 Wann und wie erfolgt eine Rentensteigerung bei Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit bzw. Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten?

1. Nach Eintritt des Versicherungsfalls gemäß § 2 der Allgemeinen Bedingungen und nach Ablauf einer eventuell vereinbarten Karenzzeit erhöht sich für die Dauer unserer Leistungspflicht die vereinbarte monatliche Rente um den wie im Versicherungsschein vereinbarten Prozentsatz.
2. Die Rentensteigerung erfolgt jährlich zum Jahrestag des Beginns unserer Rentenzahlungspflicht (vgl. § 1 der Allgemeinen Bedingungen).
3. Grundlage für die Berechnung der Rentensteigerung in Euro zum ersten Jahrestag des Beginns unserer Rentenzahlungspflicht ist die im Versicherungsschein garantierte monatliche Rente. Bei Rentensteigerungen in den Folgejahren wird zur Berechnung eine eventuell bereits erfolgte Rentensteigerung berücksichtigt. Eine eventuell durch die Überschussbeteiligung bedingte Erhöhung der Rente (vgl. Allgemeine Bedingungen) bleibt bei der Berechnung der Rentensteigerung unberücksichtigt.
4. Endet der Versicherungsfall und tritt innerhalb von 24 Monaten danach ein erneuter Versicherungsfall gemäß § 2 der Allgemeinen Bedingungen aufgrund derselben medizinischen Ursache ein, so wird bei der Berechnung der dann zu zahlenden Rente eine bereits erreichte Rentensteigerung im Sinne von Absatz 3 berücksichtigt. In allen anderen Fällen wird eine bereits erreichte Rentensteigerung im Sinne von Absatz 3 nicht berücksichtigt.

§ 2 Wann und wie erfolgt eine Rentensteigerung bei Altersrente?

1. Ist eine lebenslange Altersrente mitversichert und geht die Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit bzw. Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten in eine solche über, so wird die Rentensteigerung um den wie im Versicherungsschein vereinbarten Prozentsatz auch für die Altersrente fortgesetzt.
2. Die Rentensteigerung erfolgt in diesem Fall abweichend von § 1 Absatz 2 jährlich zum Jahrestag des Beginns der Altersrente, erstmals zu Beginn der Altersrente.
3. Grundlage für die Berechnung der Rentensteigerung in Euro ist die im Versicherungsschein vereinbarte monatliche Rente zuzüglich einer eventuell bereits erfolgten Rentensteigerung. Eine eventuell durch die Überschussbeteiligung bedingte Erhöhung der Rente (vgl. Allgemeine Bedingungen) bleibt bei der Berechnung der Rentensteigerung unberücksichtigt.

§ 3 Führt eine Rentensteigerung zur Erhöhung der Beiträge?

Die Rentensteigerung führt nicht zu einer Erhöhung der Beiträge während der Versicherungsdauer. Sie wurde bei der Kalkulation der Beiträge bereits berücksichtigt.

Anhang zur Kündigung und Beitragsfreistellung

Die Kündigung oder die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung kann für Sie Nachteile haben.

1. Bei Kündigung wandelt sich die Versicherung gemäß den Allgemeinen Bedingungen in eine beitragsfreie Versicherung um. Dabei erreicht der für die Bildung einer beitragsfreien Versicherung zur Verfügung stehende Betrag nicht die Summe der eingezahlten Beiträge, da aus diesen neben den Beitragsteilen für die Deckung des versicherten Risikos auch Abschluss- und Vertriebskosten sowie Kosten für die Verwaltung der Versicherung finanziert werden und der in den Allgemeinen Bedingungen erwähnte Abzug erfolgt. Bei der Kalkulation des Abzugs werden folgende Umstände berücksichtigt:

Veränderungen der Risikolage

Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass die Risikogemeinschaft sich gleichmäßig aus Versicherungsnehmern mit einem hohen und einem geringeren Risiko zusammensetzt. Da Personen mit einem geringen Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko, wird in Form eines kalkulatorischen Ausgleichs sichergestellt, dass der Risikogemeinschaft durch die vorzeitige Vertragskündigung kein Nachteil entsteht.

Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital

Wir bieten Ihnen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes Garantien und Optionen. Dies ist möglich, weil ein Teil des dafür erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) durch den Versichertenbestand zur Verfügung gestellt wird. Bei Neuabschluss eines Vertrages partizipiert dieser an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Während der Laufzeit muss der Vertrag daher Solvenzmittel zur Verfügung stellen. Bei Vertragskündigung gehen diese Solvenzmittel dem verbleibenden Bestand verloren und müssen deshalb im Rahmen des Abzugs ausgeglichen werden. Der interne Aufbau von Risikokapital ist regelmäßig für alle Versicherungsnehmer die günstigste Finanzierungsmöglichkeit von Optionen und Garantien, da eine Finanzierung über externes Kapital wesentlich teurer wäre.

2. Im Falle der Beitragsfreistellung gelten vorstehende Ausführungen entsprechend.
3. Wir halten den Abzug aus den oben genannten Gründen für angemessen. Die Angemessenheit des Abzugs müssen wir im Zweifel nachweisen. 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.

Merkblatt zu steuerlichen Informationen

Die private Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitsversicherung ist in der Bundesrepublik Deutschland steuerlich begünstigt. Die steuerliche Förderung einer Grundfähigkeitsversicherung ist derzeit noch unklar. Mit den folgenden Hinweisen möchten wir Ihnen die wichtigsten Regelungen hierzu darstellen.

Wir stützen uns dabei auf die aktuellen Gesetze und Verwaltungsanweisungen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass unsere Information auf Grund der vielen Detailregelungen nicht erschöpfend sein kann. Bei offenen Fragen wenden Sie sich bitte an uns - wir stehen Ihnen gerne zur Verfügung.

Die nachfolgend dargestellten Informationen beruhen auf dem derzeit geltenden Steuerrecht.

1. Einkommensteuer

1.1. Was sind die Voraussetzungen für die Steuerbegünstigung?

Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitsversicherungen sind in der Bundesrepublik Deutschland stets steuerbegünstigt. Die steuerliche Behandlung der Grundfähigkeitsversicherung ist derzeit noch unklar.

1.2. Wie werden die Beiträge zu Versicherungen gegen Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit und den Verlust der Grundfähigkeiten steuerlich behandelt?

Sonderausgabenabzug gemäß § 10 Abs. 1 Nr. 3a EStG

Beiträge zu Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitsversicherungen können in der Einkommensteuererklärung im Rahmen der Vorsorgeaufwendungen als Sonderausgaben abgezogen werden.

Die Vorsorgeaufwendungen sind jedoch der Höhe nach beschränkt.

Vorsorgeaufwendungen können nach § 10 Abs. 4 EStG je Kalenderjahr bis zu einer Höhe von 2.800 EUR abgezogen werden. Bei Steuerpflichtigen (Arbeitnehmer und Beamte), die ganz oder teilweise ohne eigene Aufwendungen einen Anspruch auf vollständige oder teilweise Erstattung oder Übernahme der Krankheitskosten haben oder für deren Krankenversicherung Leistungen im Sinne des § 3 Nr. 62 oder § 3 Nr. 9, 14 und 57 EStG erbracht werden, beträgt der Höchstbetrag 1.900 EUR.

Um eine Schlechterstellung im Vergleich zum bis 31.12.2004 geltenden Recht hinsichtlich der Vorsorgehöchstbeträge zu vermeiden, wird in der Übergangsphase von 2005 bis 2019 nach § 10 Abs. 4a EStG ein Vergleich zwischen dem sich ergebenden Abzugsvolumen (Altersvorsorge zzgl. sonstige Vorsorgeaufwendungen) nach altem bzw. neuen Recht durchgeführt (sog. "Günstigerprüfung").

1.3. Wie werden die Versicherungsleistungen steuerlich behandelt?

Besteuerung der Renten:

Rentenleistungen aus einer Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung sind nach § 55 EStDV als zeitlich begrenzte Leibrenten mit dem Ertragsanteil zu versteuern. Die steuerliche Behandlung der Grundfähigkeitsversicherung ist derzeit noch unklar.

Besteuerung der Kapitaleistung (falls eingeschlossen)

Einmalzahlungen aus einer Berufsunfähigkeitsversicherung oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung sind steuerfrei. Die steuerliche Behandlung einer Einmalzahlung aus einer Grundfähigkeitsversicherung ist derzeit noch unklar.

Besteuerung der Überschüsse:

Überschussanteile, die verzinslich angesammelt oder mit den Beiträgen verrechnet werden sind einkommensteuerfrei. Werden im Leistungsfall Überschussanteile zur Rentenerhöhung verwendet, dann sind diese wie die Grundrenten zu versteuern.

2. Dynamik

Wird die Dynamik vereinbart, dann sind die daraus entstehenden Erhöhungen steuerbegünstigt, wenn dies auch auf die Hauptversicherung zutrifft.

3. Vermögensteuer

Die Vermögensteuer wird seit 01.01.1997 nicht mehr erhoben.

4. Versicherungsteuer

Beiträge zu Lebensversicherungen sind nach §4 Nr. 5 VersStG von der deutschen Versicherungsteuer befreit.

Hinweise und Gebührenübersicht

Beginn der Leistungspflicht der WWK

Der im Versicherungsschein angegebene technische Beginn ist für die Ermittlung der Beitragshöhe, des Deckungskapitals sowie des Beginns der Überschussbeteiligung maßgebend. Er ist nicht in allen Fällen identisch mit dem Beginn der Leistungspflicht der WWK. Wie sich aus den Bestimmungen der Allgemeinen Bedingungen über den Beginn des Versicherungsschutzes ergibt, beginnt die Leistungspflicht der WWK vielmehr erst, wenn folgende drei Voraussetzungen erfüllt sind:

- Abschluss des Versicherungsvertrages, d.h. Zugang des Versicherungsscheins oder eine schriftlichen Erklärung der WWK, dass sie den Versicherungsantrag angenommen hat;
- Eintritt des im Versicherungsschein angegebenen technischen Beginns bzw. bei Vertragsänderung des angegebenen Änderungsdatums;
- Zahlung des ersten Beitrages (des so genannten Einlösendbeitrages).

Wortlaut des § 23 der Satzung

Wortlaut des § 23 der Satzung (Zuweisung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung)

1. Die Vermögensanlage und die Rechnungslegung erfolgen nach den gesetzlichen Bestimmungen und den von der Aufsichtsbehörde erlassenen Vorschriften.
2. Der nach der Vornahme der Abschreibungen, Wertberichtigungen, Rücklagen und Rückstellungen verbleibende Überschuss ist, soweit er den Versicherten nicht unmittelbar zugeteilt wurde, in eine Rückstellung für Beitragsrückerstattung einzustellen. Die der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugewiesenen Beträge dürfen nur für die Überschussbeteiligung der Versicherten einschließlich der durch § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes vorgeschriebenen Beteiligung an den Bewertungsreserven verwendet werden. Die WWK ist jedoch berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde in Ausnahmefällen die Rückstellung für Beitragsrückerstattung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, im Interesse der Versicherten zur Abwendung eines drohenden Notstandes heranzuziehen.

Die WWK ist darüber hinaus berechtigt, in Ausnahmefällen mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde die Rückstellung für Beitragsrückerstattung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, heranzuziehen,

1. um unvorhersehbare Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen auszugleichen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind;
2. um die Deckungsrückstellung zu erhöhen, wenn die Rechnungsgrundlagen auf Grund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen.

Gebühren

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

Dies gilt beispielsweise bei

- Durchführung von Vertragsänderungen 20,00 EUR

Falls das Überschussystem Fondsansammlung gewählt wurde gelten zusätzlich folgende Gebühren:

- Fondswechsel
erster Fondswechsel im Kalenderjahr kostenlos
jeder weitere Wechsel im Kalenderjahr 25,00 EUR
- Leistung in Fondsanteilen:
1% des Wertes der Fondsanteile mindestens 25,00 EUR
höchstens 150,00 EUR

Die pauschalen Abgeltungsbeträge können nach billigem Ermessen (§ 315 BGB) unserem durchschnittlichen Aufwand entsprechend angepasst werden. Über eine Änderung werden wir Sie vor Inkrafttreten informieren.