

Verbraucherinformation für Direktversicherungen nach § 3 Nr. 63 EStG

Selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung
und Erwerbsunfähigkeitsabsicherung
– Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG
(Schicht 2)

in der Fassung 01/2019

Ihr Versicherer:
Zurich Deutscher Herold
Lebensversicherung AG
53288 Bonn
www.zurich.de

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Hinweise	3
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung – Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG (Schicht 2)	6
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Erwerbsunfähigkeitsabsicherung – Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG (Schicht 2)	19
Besondere Bedingungen für die Anpassungsversicherung in der selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung und der Erwerbsunfähigkeitsabsicherung – Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG (Schicht 2)	28
Allgemeine Steuerhinweise zu Direktversicherungen für die selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung und die Erwerbsunfähigkeitsabsicherung – Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG (Schicht 2)	30
Allgemeine Hinweise zum Arbeits- und Sozialversicherungsrecht	32
Widerrufsbelehrung	34
Information zur Verwendung Ihrer Daten	35
Übersicht der Dienstleister der Zurich Gruppe Deutschland	37

Allgemeine Hinweise

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

die Rechtsverordnung über die Informationspflichten bei Versicherungsverträgen regelt die von der Versicherungsgesellschaft dem Versicherungsnehmer zu erteilenden Informationen. Die konkreten Informationsverpflichtungen können Sie den nachfolgenden Ziffernüberschriften entnehmen. Sowohl mit diesen Allgemeinen Hinweisen als auch mit den weiteren Ihnen überlassenen Unterlagen (z. B. den Allgemeinen Versicherungsbedingungen) informieren wir Sie entsprechend den gesetzlichen Vorgaben über:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist und die zugehörige Registernummer; zur Identität gehören insbesondere der Name, die Anschrift, die Rechtsform und der Sitz.

Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG
Poppelsdorfer Allee 25-33
53115 Bonn
Sitz der Gesellschaft: Bonn (19 HRB 4450).

2. die Identität eines Vertreters des Versicherers in dem Mitgliedsstaat der Europäischen Union, in dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz hat, wenn es einen solchen Vertreter gibt, oder die Identität einer anderen für den Versicherer gewerblich tätigen Person als dem Anbieter, wenn der Versicherungsnehmer mit dieser geschäftlich zu tun hat und die Eigenschaft, in der diese Person gegenüber dem Versicherungsnehmer tätig wird.

Diese Informationspflicht ist für die Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG als deutschen Versicherer nicht einschlägig, so dass hierzu keine Angabe erfolgt.

3. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer, seinem Vertreter oder einer anderen gewerblich tätigen Person gemäß Nummer 2 und dem Versicherungsnehmer maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten.

Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG
Vertreten durch den Vorstand, dieser vertreten durch den Vorstandsvorsitzenden Dr. Carsten Schildknecht
Poppelsdorfer Allee 25-33
53115 Bonn

4. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers sowie Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde.

Die Hauptgeschäftstätigkeit der Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG ist das Lebensversicherungsgeschäft. Bei Beanstandungen haben Sie zudem die Möglichkeit, sich an folgende Adresse zu wenden:

Bundesanstalt für
Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

5. das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen, die nicht unter die Richtlinie 94/19/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 30. Mai 1994 über Einlagensicherungssysteme (ABl. EG Nr. L 135 S. 5) und die Richtlinie 97/9/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 3. März 1997 über Systeme für die Entschädigung der Anleger (ABl. EG Nr. L 84 S. 22) fallen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben.

Zur Absicherung der Ansprüche aus der Lebensversicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds (§§ 221 ff. des Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)), der bei der Protektor Lebensversicherungs-AG, Wilhelmstraße 43 G, 10117 Berlin, www.protektor-ag.de, errichtet ist. Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Übertragung der Verträge auf den Sicherungsfonds anordnen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Person, der bezugsberechtigten Personen und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen gegen die Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG, die dem Sicherungsfonds angehört.

6. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere

a) die für das Versicherungsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarifbestimmungen sowie die Angabe des auf den Vertrag anwendbaren Rechts;

b) Angaben über Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Leistung des Versicherers.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

7. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die dem Versicherungsnehmer eine Überprüfung des Preises ermöglichen.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihrem Persönlichen Vorschlag.

8. gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrages sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden; anzugeben sind auch alle Kosten, die dem Versicherungsnehmer für die Benutzung von Fernkommunikationsmitteln entstehen, wenn solche zusätzlichen Kosten in Rechnung gestellt werden.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihrem Produktinformationsblatt.

9. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

10. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises.

Der Persönliche Vorschlag verliert seine Gültigkeit, soweit wir unsere Kalkulationsgrundlagen ändern. Zu diesen Grundlagen gehören insbesondere die Höhe des gesetzlich vorgeschriebenen Rechnungszinses oder verwendete Sterbetafeln.

11. den Umstand, dass sich die Finanzdienstleistung auf Finanzinstrumente bezieht, die wegen ihrer spezifischen Merkmale oder der durchzuführenden Vorgänge mit speziellen Risiken behaftet sind oder deren Preis Schwankungen auf dem Finanzmarkt unterliegt, auf die der Versicherer keinen Einfluss hat, und dass in der Vergangenheit erwirtschaftete Beträge kein Indikator für künftige Erträge sind; die jeweiligen Umstände und Risiken sind zu bezeichnen.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

12. darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll.

Der Vertrag kommt durch Zusendung des Versicherungsscheins zustande. Eine Antragsbindefrist besteht nicht.

13. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den der Versicherungsnehmer im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen hat.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte den Verbraucherinformationen.

14. die Laufzeit und gegebenenfalls Mindestlaufzeit des Vertrages.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihrem Persönlichen Vorschlag.

15. die Beendigung des Vertrages, insbesondere die vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

16. die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zum Versicherungsnehmer vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt.

Bei der Aufnahme von Beziehungen zum Versicherungsnehmer vor Abschluss des Vertrages gehen wir von der Geltung deutschen Rechts aus.

17. eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht.

Auf den Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

18. die Sprachen, in welchen die Vertragsbedingungen und die in dieser Vorschrift genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden sowie die Sprachen, in welchen sich der Versicherer verpflichtet, mit Zustimmung des Versicherungsnehmers die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen.

Ihr Vertrag mit den dazugehörigen Vertragsunterlagen wird in deutscher Sprache geführt.

19. einen möglichen Zugang des Versicherungsnehmers zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für den Versicherungsnehmer, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt.

Wir nehmen verpflichtend an dem für Sie kostenfreien Streitbeilegungsverfahren bei der Verbraucherschlichtungsstelle **Versicherungsombudsmann e. V.** (Postfach 080632, 10006 Berlin, www.versicherungsombudsmann.de) teil. Daher können Sie eine Beschwerde an den Versicherungsombudsmann richten. Sie können sich aber auch an die zuständige Aufsichtsbehörde, die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, www.bafin.de) wenden. Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

20. die Möglichkeit einer Beschwerde bei der unter Nr. 4 genannten Aufsichtsbehörde.

Bei Fragen und Beanstandungen, die im Zusammenhang mit Ihrem Versicherungsvertrag stehen, wenden Sie sich bitte an den Sie betreuenden Vermittler, Berater oder direkt an die Zurich Gruppe Deutschland. Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, sich direkt an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht zu wenden.

Darüber hinaus informieren wir Sie auf Grundlage der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen zusätzlich noch über:

1. die Höhe der Kosten für die Vermittlung und den Abschluss des Vertrages, soweit diese nicht gesondert in Rechnung gestellt werden.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihrem Produktinformationsblatt.

2. sonstige in die Prämie eingerechnete Kosten.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihrem Produktinformationsblatt.

3. die für die Überschussermittlung und Überschussbeteiligung geltenden Berechnungsgrundsätze und Maßstäbe.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

4. die Rückkaufswerte.

Bei Kündigung durch Sie wird der Wert des aktuellen Vertragsguthabens, vermindert um die bedingungsgemäß vorgesehenen Abzüge, geleistet. Bei den Produkten der Basisversorgung behandeln wir die Kündigung bedingungsgemäß als Beitragsfreistellung. Eine Kündigung mit der Folge, dass ein Rückkaufswert ausgezahlt wird, ist ausgeschlossen.

5. den Mindestversicherungsbetrag für eine Umwandlung in eine prämienfreie oder eine prämienreduzierte Versicherung und über die Leistungen aus einer prämienfreien oder prämienreduzierten Versicherung.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

6. das Ausmaß, in dem die Leistungen nach den Nummern 3 und 4 garantiert sind.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihrem Persönlichen Vorschlag.

7. die der Versicherung zugrunde liegenden Fonds und die Art der darin enthaltenen Vermögenswerte (bei Fondsgebundenen Versicherungen).

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihrem Persönlichen Vorschlag.

8. die für diese Versicherungsart geltende Steuerregelung.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte den im Rahmen der Verbraucherinformation zur Verfügung gestellten Steuerhinweisen.

Hinweis für Berufsunfähigkeits-Zusatz-Versicherung

Der von uns in den Versicherungsbedingungen verwendete Begriff der Berufsunfähigkeit stimmt nicht mit dem Begriff der Berufsunfähigkeit oder der Erwerbsminderung im sozialrechtlichen Sinne oder dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeldversicherung überein. Aus diesem Grund kann beispielsweise eine anerkannte Erwerbsminderungsrente nicht ohne Weiteres zu einem Anspruch auf Leistungen aus der hier versicherten Berufsunfähigkeits-Zusatz-Versicherung führen. Bei der Krankentagegeldversicherung kann es aufgrund der abweichenden Begriffe zu Deckungslücken kommen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen

für die selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung – Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG (Schicht 2)

In den Versicherungsbedingungen sprechen wir mit unserer persönlichen Anrede grundsätzlich den „Versicherungsnehmer“ als denjenigen an, der die Versicherung beantragt hat und somit unser unmittelbarer Vertragspartner ist. Dies gilt auch dann, wenn Sie als versicherte Person die Versicherungsbedingungen erhalten, ohne gleichzeitig Versicherungsnehmer zu sein.

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Was ist versichert?
- § 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 bzw. wann entfällt der Versicherungsschutz?
- § 6 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
- § 7 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?
- § 8 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
- § 9 Wann können Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?
- § 10 Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet?
- § 11 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?
- § 12 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?
- § 13 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?
- § 14 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?
- § 15 Können die Beiträge angepasst werden?
- § 16 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?
- § 17 Wer erhält die Versicherungsleistung?
- § 18 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?
- § 19 Welche Kosten und Gebühren können wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen?
- § 20 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?
- § 21 Wo ist der Gerichtsstand?
- § 22 Wann verjähren die Ansprüche aus der Versicherung?
- § 23 Wie können sich internationale Sanktionen auf Ihren Vertrag auswirken?

§ 1 Was ist versichert?

Leistung infolge Berufsunfähigkeit

(1) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer¹⁾ zu mindestens 50 % berufsunfähig, so zahlen wir die vereinbarte Rente für die Dauer der Berufsunfähigkeit, längstens bis zum Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer. Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit besteht kein Anspruch auf diese Leistungen.

Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus, erstmals zu Beginn des Monats, der auf den Monat folgt, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Bei Vereinbarung einer Karenzzeit zahlen wir die Rente erstmals nach deren Ablauf.

Während einer anerkannten Leistungspflicht ist der Vertrag in vollem Umfang von der Beitragszahlungspflicht befreit. Die Beitragszahlungspflicht entfällt auch bei einer ggf. eingeschlossenen Karenzzeit. Die Beitragszahlungspflicht entfällt ab der nächsten Beitragsfälligkeit, die auf den Eintritt unserer Leistungspflicht folgt. Endet unsere Leistungspflicht innerhalb eines Beitragszahlungsabschnitts, so sind für den Zeitraum von der Beendigung unserer Leistungspflicht bis zum nächsten Beitragsfälligkeitstermin keine anteiligen Beiträge zu zahlen.

Medizinische und berufliche Rehabilitations- und Integrationsberatung

(2) Wir bieten der versicherten Person bei Eintritt von Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 kostenlos eine Beratung über Möglichkeiten zur medizinischen Rehabilitation und beruflichen Reintegration durch von uns beauftragte anerkannte Spezialisten an. Im Rahmen dieser Beratung als sinnvoll bestätigte Maßnahmen werden von unseren Spezialisten eingeleitet und begleitet. Wir übernehmen während der Versicherungsdauer die Kosten für eine vollständig durchgeführte Maßnahme. Die Kosten übernehmen wir jedoch maximal bis zum sechsfachen der vereinbarten monatlichen Berufsunfähigkeitsrente. Die versicherte Person ist nicht verpflichtet diese Hilfe anzunehmen.

Entstehen des Anspruchs

(3) Der Anspruch auf Rente entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist.

Bei einer eventuell vereinbarten Karenzzeit entsteht der Anspruch auf Rente frühestens nach Ablauf der Karenzzeit. Diese beginnt mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Endet die Berufsunfähigkeit und tritt innerhalb von 24 Monaten danach erneut Berufsunfähigkeit aufgrund derselben Ursache ein, so werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten berücksichtigt.

Ist eine Wartezeit vereinbart, entsteht der Anspruch auf die Leistungen während der Wartezeit nur, wenn der Eintritt der Berufsunfähigkeit allein auf ein nach Beginn der Versicherung eingetretenes Unfallereignis zurückzuführen ist (vgl. Absatz 7). Tritt Berufsunfähigkeit aus einem anderen Grund vor Ablauf der Wartezeit ein, erlischt die selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung zu diesem Zeitpunkt. Die bis zu diesem Zeitpunkt bereits gezahlten Beiträge werden nicht zurückerstattet. Für eine nach Ablauf der Wartezeit eintretende Berufsunfähigkeit leisten wir unabhängig von deren Ursache, soweit in § 5 Absatz 2 nichts anderes bestimmt ist.

Erlöschen des Anspruchs

(4) Der Anspruch auf Rente erlischt, wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % sinkt, bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit spätestens, wenn die Pflegebedürftigkeit unter das erforderliche Ausmaß (vgl. § 2 Absatz 9) sinkt, wenn die versicherte Person stirbt oder die Leistungsdauer der Versicherung endet.

Verspätete Anzeige

(5) Wird nach Ablauf der Versicherungsdauer eine bedingungs-gemäße Berufsunfähigkeit angezeigt, die bereits vor Ablauf der Versicherungsdauer eingetreten ist, so wird eine Leistung fällig, sofern die Leistungsdauer noch nicht abgelaufen ist.

Beitragszahlung während Anspruchsprüfung

(6) Während der Dauer der Anspruchsprüfung stunden wir – auf Ihren Antrag in Textform hin – die fälligen Beiträge zinslos bis zu unserer endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht gemäß § 12. Im Fall einer gerichtlichen Auseinandersetzung stunden wir die Beiträge darüber hinaus bis zum rechtsverbindlichen Abschluss des Verfahrens, höchstens jedoch für eine Dauer von insgesamt fünf Jahren. Die gestundeten Beiträge sind binnen 24 Monaten in zu vereinbarenden Raten, beginnend mit dem Monat nach Ablauf der Stundung, nachzuzahlen. Zahlen Sie die Beiträge während der Anspruchsprüfung weiter, so werden wir diese bei Feststellung oder Anerkennung der Leistungspflicht verzinst zurückzahlen. Der Zinssatz entspricht der zum Zeitpunkt der Rückzahlung geltenden Überschussdeklaration.

Unfall bei vereinbarter Wartezeit

(7) Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

- a) ein Gelenk verrenkt wird oder
- b) Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

- a) Unfälle, die auf Geistes- oder Bewusstseinsstörungen zurückzuführen sind, auch soweit diese auf Trunkenheit oder Drogenkonsum beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.
- b) Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Absatz 7 Satz 1 die überwiegende Ursache ist.
- c) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
- d) Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.
- e) Infektionen:
Sie sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie verursacht wurden durch
 - Insektenstiche oder -bisse oder
 - sonstige Haut- oder Schleimhautverletzungen, die als solche geringfügig sind, und durch welche Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangt sind. Für Tollwut und Wundstarrkrampf entfällt diese Einschränkung; ebenso entfällt diese Einschränkung, wenn die Krankheitserreger durch ein unter Absatz 7 Satz 1 fallendes Unfallereignis in den Körper gelangt sind.
- f) Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.
- g) Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.
- h) Bauch- oder Unterleibsbrüche.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.

Leistungen infolge Arbeitsunfähigkeit

(8) Ist die versicherte Person während der Versicherungsdauer mindestens sechs Monate ununterbrochen arbeitsunfähig im Sinne dieser Bedingungen gewesen, so zahlen wir Arbeitsunfähigkeitsleistungen in Höhe der vereinbarten Rente wegen

Berufsunfähigkeit. Die Arbeitsunfähigkeitsleistungen zahlen wir monatlich rückwirkend.

Für den Zeitraum, für welchen wir Arbeitsunfähigkeitsleistungen erbringen, ist der Vertrag in vollem Umfang von der Beitragszahlungspflicht befreit. Die Beitragszahlungspflicht entfällt auch bei einer ggf. eingeschlossenen Karenzzeit. Die Beitragszahlungspflicht entfällt ab der nächsten Beitragsfälligkeit, die auf den Eintritt unserer Leistungspflicht folgt. Endet unsere Leistungspflicht innerhalb eines Beitragszahlungsabschnitts, so sind für den Zeitraum von der Beendigung unserer Leistungspflicht bis zum nächsten Beitragsfälligkeitstermin keine anteiligen Beiträge zu zahlen.

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person aufgrund von Krankheit oder Körperverletzung ihre zuletzt vor der Arbeitsunfähigkeit ausgeübte Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung oder der Körperverletzung ausführen kann. Arbeitsversuche im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung gemäß § 74 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch stellen keine Unterbrechung der Arbeitsunfähigkeit dar.

Wir erbringen Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit, solange die versicherte Person arbeitsunfähig ist, maximal jedoch für 18 Monate. Wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer mehrfach arbeitsunfähig gewesen ist, ist die Leistungsdauer für alle Arbeitsunfähigkeiten insgesamt auf maximal 18 Monate begrenzt. Arbeitsunfähigkeitsleistungen können je nach Dauer der vereinbarten Karenzzeit gänzlich entfallen.

Entstehen des Anspruchs

Der Anspruch auf Arbeitsunfähigkeitsleistungen entsteht rückwirkend mit Ablauf des Monats, in dem der Beginn der Arbeitsunfähigkeit fällt, wenn die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen arbeitsunfähig im Sinne dieser Bedingungen gewesen ist. Wird uns die Arbeitsunfähigkeit später als neun Monate nach dem Eintritt des die Arbeitsunfähigkeit begründenden Zustandes mitgeteilt, so entsteht ein Anspruch erst mit Beginn des Monats der Mitteilung und auch nur dann, wenn zu diesem Zeitpunkt noch ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit vorgelegen hat. Dies gilt nicht, wenn die verspätete Meldung ohne schuldhaftes Versäumen der versicherten Person erfolgt ist.

Bei einer eventuell vereinbarten Karenzzeit entsteht der Anspruch auf Arbeitsunfähigkeitsleistungen frühestens nach Ablauf der Karenzzeit. Diese beginnt mit Ablauf des Monats, in dem die Arbeitsunfähigkeit eingetreten ist. Endet die Arbeitsunfähigkeit und tritt innerhalb von 24 Monaten danach erneut Arbeitsunfähigkeit aufgrund derselben Ursache ein, so werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten berücksichtigt.

Ein Anspruch auf Arbeitsunfähigkeitsleistungen besteht nicht, wenn wir für den in Frage kommenden Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit bereits Leistungen infolge Berufsunfähigkeit oder als Überbrückungshilfe erbringen oder erbracht haben.

Ist eine Wartezeit vereinbart, entsteht der Anspruch auf Arbeitsunfähigkeitsleistungen während der Wartezeit nur, wenn der Eintritt der Arbeitsunfähigkeit allein auf ein nach Beginn der Versicherung eingetretenes Unfallereignis zurückzuführen ist (vgl. Absatz 7). Für eine nach Ablauf der Wartezeit eintretende Arbeitsunfähigkeit leisten wir unabhängig von deren Ursache, soweit in § 5 Absatz 2 nichts anderes bestimmt ist.

Erlöschen des Anspruchs

Der Anspruch auf Arbeitsunfähigkeitsleistungen erlischt mit Ablauf des Monats, in welchem die Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person endet. Der Anspruch auf Arbeitsunfähig-

keitsleistungen endet ferner, wenn die versicherte Person stirbt oder die Leistungsdauer der Versicherung endet.

Wenn bei der versicherten Person Berufsunfähigkeit gemäß § 2 eingetreten ist und wir für den Zeitraum seit Eintritt der Berufsunfähigkeit bereits Leistungen infolge Arbeitsunfähigkeit erbracht haben, so werden diese Leistungen mit den für diesen Zeitraum fälligen Berufsunfähigkeitsleistungen verrechnet und bei der maximalen Leistungsdauer von 18 Monaten nicht berücksichtigt.

Wenn wir Leistungen infolge Arbeitsunfähigkeit erbringen, sind wir berechtigt, zu prüfen, ob bei der versicherten Person nach wie vor Arbeitsunfähigkeit besteht.

Ein Anspruch auf Arbeitsunfähigkeitsleistungen besteht nicht, wenn wir für den Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit Leistungen infolge Berufsunfähigkeit oder als Überbrückungshilfe erbringen oder erbracht haben.

Wenn Ausschlüsse zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes vertraglich vereinbart sind, dann gelten diese Ausschlüsse auch für Arbeitsunfähigkeitsleistungen.

Die Regelungen zu zeitlich befristeten Anerkennnissen gemäß § 12 Absätze 3 und 4 gelten nicht für Leistungen infolge Arbeitsunfähigkeit.

Leistungen infolge Wegfalls von Krankentagegeldzahlungen durch den privaten Krankenversicherer (Überbrückungshilfe)

(9) Hat die versicherte Person während der Versicherungsdauer einen Anspruch auf Zahlung von Krankentagegeld gegen einen privaten Krankenversicherer erworben und wird diese Zahlung eingestellt, weil aus medizinischen Gründen eine Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen für die Krankentagegeldversicherung vorliegt, erbringen wir Leistungen in Höhe der versicherten Berufsunfähigkeitsrente und gewähren Beitragsbefreiung als Überbrückungshilfe.

Überbrückungshilfe kann nur dann beantragt werden, wenn zeitgleich Leistungen infolge Berufsunfähigkeit beantragt werden.

Entstehen des Anspruchs

Der Anspruch auf Überbrückungshilfe entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Krankentagegeldzahlungen des privaten Krankenversicherers entfallen. Geht uns diese Entscheidung erst nach der Leistungseinstellung zu, so entsteht der Anspruch auf Überbrückungshilfe erst mit Beginn des Monats des Zugangs, sofern zu diesem Zeitpunkt noch Versicherungsschutz besteht. Dies gilt nicht, wenn die verspätete Meldung ohne schuldhaftes Versäumen der versicherten Person erfolgt ist.

Ein Anspruch auf Überbrückungshilfe besteht nicht, wenn wir für den in Frage kommenden Zeitraum der Überbrückungshilfe bereits Leistungen infolge Berufsunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit erbringen oder erbracht haben.

Ist eine Wartezeit vereinbart, entsteht der Anspruch auf Überbrückungshilfe während der Wartezeit nur, wenn die Krankentagegeldzahlungen des privaten Krankenversicherers allein auf ein in der Wartezeit eingetretenes Unfallereignis zurückzuführen sind (vgl. Absatz 7).

Erlöschen des Anspruchs

Der Anspruch auf Überbrückungshilfe besteht bis zu dem Ablauf des Monats unserer Leistungsentscheidung, maximal jedoch für

sechs Monate. Der Anspruch auf Überbrückungshilfe endet ferner, wenn die versicherte Person stirbt oder die Leistungsdauer der Versicherung endet.

Ein Anspruch auf Überbrückungshilfe besteht nicht, wenn wir für den Zeitraum der Überbrückungshilfe Leistungen infolge Berufsunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit erbringen oder erbracht haben.

Bei einer rückwirkenden Anerkennung von Berufsunfähigkeit rechnen wir erbrachte Überbrückungshilfe auf diese Leistungen an. Ergibt unsere Prüfung, dass keine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vorliegt, müssen als Überbrückungshilfe erbrachte Leistungen nicht zurückgezahlt werden.

Die Überbrückungshilfe kann während der Versicherungsdauer nur einmal in Anspruch genommen werden.

Wenn Ausschlüsse zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes vertraglich vereinbart sind, dann gelten diese Ausschlüsse auch für Leistungen bei Überbrückungshilfe.

Überbrückungshilfe wird während der Versicherungsdauer nur einmal gezahlt.

§ 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 mindestens sechs Monate ununterbrochen außerstande ist, ihren zuletzt ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – auszuüben. Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung.

Übt die versicherte Person eine andere ihrer Ausbildung, Erfahrung und bisherigen Lebensstellung entsprechende berufliche Tätigkeit konkret aus, liegt keine Berufsunfähigkeit vor.

Als eine der Ausbildung und der Erfahrung sowie der bisherigen Lebensstellung in wirtschaftlicher und sozialer Hinsicht entsprechende Tätigkeit wird dabei nur eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und auch hinsichtlich Vergütung und Wertschätzung nicht deutlich unter dem Niveau des bislang ausgeübten Berufs liegt. Bei der Entscheidung über die Vergleichbarkeit berücksichtigen wir die Umstände des Einzelfalls in Anlehnung an die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze. Die zumutbare Einkommensminderung beträgt maximal 20 %.

Für Selbständige gilt: Wenn der Arbeitsplatz oder der Tätigkeitsbereich in zumutbarer Weise umorganisiert werden kann, liegt ebenso keine Berufsunfähigkeit vor. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie wirtschaftlich zweckmäßig ist, vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person aufgrund ihres maßgeblichen Einflusses auf das Unternehmen realisiert werden kann, keinen erheblichen Kapitalaufwand erfordert und der versicherten Person ein ausreichender Tätigkeitsbereich verbleibt, der der bisherigen Lebensstellung entspricht.

Als eine der bisherigen Lebensstellung in wirtschaftlicher und sozialer Hinsicht entsprechende Tätigkeit wird dabei nur eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und auch hinsichtlich Vergütung und Wertschätzung nicht deutlich unter dem Niveau des bislang ausgeübten Berufs liegt. Bei der Entscheidung über die Vergleichbarkeit berücksichtigen wir die Umstände des

Einzelfalls in Anlehnung an die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze. Die zumutbare Einkommensminderung beträgt maximal 20 %.

Ist eine Umorganisation tatsächlich erfolgt, die der versicherten Person einen ausreichenden Tätigkeitsbereich lässt, der der bisherigen Lebensstellung entspricht, liegt Berufsunfähigkeit nicht vor. Dies gilt unabhängig davon, welchen Kapitalaufwand die Umorganisation erfordert hat und/oder ob sie wirtschaftlich zweckmäßig war.

(2) Teilweise Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen nur in einem bestimmten Grad voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen erfüllt sind.

(3) Ist die versicherte Person mindestens sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, vollständig oder teilweise außerstande gewesen ihren zuletzt ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – auszuüben, so gilt dieser Zustand von Beginn an als vollständige oder teilweise Berufsunfähigkeit, es sei denn, sie übt eine andere ihrer Ausbildung, Erfahrung und Lebensstellung entsprechende Tätigkeit konkret aus.

(4) Befand sich die versicherte Person bei Vertragsabschluss in einer Ausbildung zu einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf, so liegt über die Regelungen der Absätze 1 bis 3 hinaus Berufsunfähigkeit erst vor, wenn die versicherte Person auch keine andere, ihrer Ausbildung, Erfahrung und bisherigen Lebensstellung entsprechende berufliche Tätigkeit ausüben kann. Dies gilt hingegen nicht, wenn sich die versicherte Person bei Eintritt des Versicherungsfalles im letzten Ausbildungsjahr befindet oder wenn die versicherte Person Eintritt des Versicherungsfalles bereits eine auf Dauer angelegte Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, zu der diese Ausbildung führt oder die mit dem Ausbildungsziel vergleichbar ist.

Befindet sich die versicherte Person bei Vertragsabschluss in einem Studium an einer staatlich anerkannten Universität oder Fachhochschule, so liegt über die Regelungen der Absätze 1 bis 3 hinaus Berufsunfähigkeit erst vor, wenn die versicherte Person auch keine andere, ihrer Ausbildung, Erfahrung und bisherigen Lebensstellung entsprechende berufliche Tätigkeit ausüben kann. Dies gilt hingegen nicht, wenn die versicherte Person bei Eintritt des Versicherungsfalles bereits eine auf Dauer angelegte Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, zu der dieses Studium führt oder die mit dem Studienziel vergleichbar ist.

(5) Scheidet die versicherte Person aus dem Berufsleben aus und werden wegen einer innerhalb von fünf Jahren nach dem Ausscheiden eingetretene Berufsunfähigkeit Leistungen beantragt, gilt für die Frage, ob Berufsunfähigkeit vorliegt, die Definition in Absatz 1 entsprechend. Dabei werden der beim Ausscheiden aus dem Berufsleben ausgeübte Beruf und die damit zu diesem Zeitpunkt erreichte Lebensstellung zu Grunde gelegt. Nach Ablauf von fünf Jahren nach dem Ausscheiden kommt es bei der Anwendung für das Vorliegen von Berufsunfähigkeit im Sinne des Absatzes 1 darauf an, dass die versicherte Person außerstande ist, eine Tätigkeit auszuüben, die sie aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie vorhandener Kenntnisse und Fähigkeiten bis zum Ausscheiden aus dem Berufsleben und danach erworben hat. Eine Unterbrechung der beruflichen Tätigkeit wegen Mutterschutz, Elternzeit, Wehr- oder Bundesfreiwilligendienst oder aus vergleichbarem Anlass ist kein Ausscheiden aus dem Berufsleben im Sinne von Satz 1. Für das

Vorliegen von Berufsunfähigkeit gilt in diesen Fällen ausschließlich die Definition in Absatz 1.

(6) Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn eine behördliche Verfügung der versicherten Person verbietet, ihre bisherige berufliche Tätigkeit wegen Infektionsgefahr fortzuführen (vollständiges Tätigkeits-/Beschäftigungsverbot), und sich dieses Verbot auf einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erstreckt. Berufsunfähigkeit liegt hingegen nicht vor, sofern die Person für die Dauer des Verbots von ihrem Arbeitgeber mit einer anderen Tätigkeit betraut wird oder wenn die versicherte Person eine ihrer Ausbildung und Erfahrung entsprechende Tätigkeit tatsächlich ausübt und diese Tätigkeit ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Leistung infolge Pflegebedürftigkeit

(7) Ist die versicherte Person mindestens sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig im Sinne der Absätze 9 bis 11 gewesen und deswegen täglich gepflegt worden, so gilt dieser Zustand von Beginn an als vollständige oder teilweise Berufsunfähigkeit.

(8) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer infolge Pflegebedürftigkeit (vgl. Absatz 7) berufsunfähig und liegt der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 %, so erbringen wir dennoch die in § 1 Absatz 1 genannten Versicherungsleistungen.

(9) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen so hilflos ist, dass sie für eine der in Absatz 10 genannten Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

(10) Bewertungsmaßstab für die Einstufung der Pflegebedürftigkeit sind Art und Umfang der täglichen persönlichen Hilfe. Dabei werden die nachstehenden Kriterien zugrunde gelegt:

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim ...

Fortbewegen im Zimmer

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

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen und trinken kann.

Verrichten der Notdurft

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

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

Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor. Dies gilt ebenso, wenn die Entleerung des Darms nur durch eine Stomaversorgung oder die Entleerung der Blase nur durch Einsatz eines Katheters möglich ist.

(11) Unabhängig von der Bewertung aufgrund der in Absatz 10 genannten Kriterien liegt Pflegebedürftigkeit vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf. Das Gleiche gilt, wenn die versicherte Person dauernd 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 einer geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann.

§ 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

(1) An Überschüssen und ggf. an den Bewertungsreserven werden die Versicherungsnehmer gemäß den gesetzlichen Regelungen beteiligt (Überschussbeteiligung). Derzeit gilt hierfür insbesondere § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG).

Überschüsse entstehen dann, wenn das versicherte Risiko und die Kosten sich günstiger entwickeln, als bei der Tarifkalkulation angenommen. Es ist auch möglich, dass keine Überschüsse entstehen.

Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Beiträge sind allerdings so kalkuliert, dass sie für die Deckung der versicherten Risiken benötigt werden. Für die Bildung von Kapitalerträgen sind deshalb keine Beträge vorgesehen. Daher entstehen keine oder nur sehr geringe Bewertungsreserven. Soweit Bewertungsreserven überhaupt entstehen, beteiligen wir Sie daran nach den jeweils geltenden versicherungsvertraglichen und aufsichtsrechtlichen Bestimmungen. Derzeit sieht § 153 Absatz 3 VVG eine hälftige Beteiligung an den Bewertungsreserven vor, die nach gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind. Im Zusammenhang mit der Beendigung des Vertrages werden die insgesamt vorhandenen Bewertungsreserven ermittelt und – soweit überhaupt vorhanden – nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig Ihrem Vertrag zugeordnet. Der für diese Ermittlung maßgebliche Stichtag wird jährlich für das Folgejahr festgelegt und im Geschäftsbericht veröffentlicht. Er liegt nicht länger als drei Monate vor der Beendigung des Vertrages.

(2) Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen in Bestandsgruppen zusammengefasst und teilweise nach engeren Gleichartigkeitskriterien innerhalb der Bestandsgruppen Untergruppen gebildet; diese werden Gewinnverbände genannt.

Die Verteilung eines entstandenen Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Gruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben.

(3) Ihre Versicherung gehört zum Gewinnverband 509 in der Bestandsgruppe 14. Jede einzelne Versicherung innerhalb dieses Gewinnverbandes erhält Anteile an den Überschüssen der Bestandsgruppe, soweit auf sie Überschüsse entfallen. Die Höhe dieser Anteile wird vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des verantwortlichen Aktuars unter Beachtung der maßgebenden aufsichtsrechtlichen Bestimmungen jährlich festgelegt und im Geschäftsbericht veröffentlicht. Die Mittel für diese Überschussanteile werden den Überschüssen des Geschäftsjahres oder der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. In einzelnen Versicherungsjahren, insbesondere etwa im ersten Versicherungsjahr, kann eine Zuteilung entfallen, sofern dies sachlich gerechtfertigt ist.

(4) Die einzelnen Versicherungen sind entsprechend der vertraglichen Vereinbarung an einem erwirtschafteten Überschuss beteiligt.

Beitragsverrechnung

Zu Beginn eines jeden Beitragszahlungsabschnitts wird ein Zusatzüberschussanteil zugeteilt, soweit entstanden. Bezugsgröße ist der zum Zeitpunkt der Zuteilung aktuelle Bruttobeitrag.

Verwendung: Ein entstandener Zusatzüberschussanteil vermindert den zu zahlenden Beitrag. Sie zahlen in dem Fall also nicht den vollen, sondern nur einen ermäßigten Beitrag. Weder Eintreten noch die Höhe der Ermäßigung können für die gesamte Beitragszahlungsdauer garantiert werden.

Wird eine Versicherung beitragsfrei gestellt, und war bisher die Beitragsverrechnung vereinbart, so erfolgt automatisch der Wechsel zur Überschussverwendungsform „Berufsunfähigkeitsbonus (BU-Bonus)“.

Berufsunfähigkeitsbonus (BU-Bonus)

Zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres wird ein BU-Bonus festgelegt. Bezugsgröße ist die versicherte Leistung des betreffenden Versicherungsjahres. Solange kein Leistungsbezug erfolgt, wird der BU-Bonus Jahr für Jahr neu festgelegt. Er kann auch vollständig entfallen.

Führt eine Neufestlegung der jährlichen Überschussanteile zu einer Reduzierung des Bonus, so haben Sie das Recht – sofern noch kein Leistungsfall im Sinne des § 2 eingetreten ist – die garantierte Rente zur nächsten Beitragsfälligkeit ohne erneute Gesundheitsprüfung so zu erhöhen, dass die Höhe des bisherigen Versicherungsschutzes (einschließlich Bonus) erhalten bleibt. Maßgebend für die Bestimmung des neuen Beitrags ist der beim ursprünglichen Abschluss gültige Tarif.

Verwendung: Bei Eintritt des Leistungsfalls wird der BU-Bonus zusätzlich zu den versicherten Renten gezahlt. Maßgeblich für die Höhe des BU-Bonus ist der im Jahr des Eintritts des Leistungsfalls deklarierte Überschussanteilsatz. Der BU-Bonus wird jeweils bis zum Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer, längstens jedoch für die Dauer unserer Leistungspflicht gezahlt.

Überschussbeteiligung im Leistungsfall

(5) Versicherungen im Leistungsbezug erhalten zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres einen Grundüberschussanteil. Voraussetzung ist, dass auch Überschüsse entstanden sind. Ein Grundüberschussanteil wird aber nicht vor Beginn des Versicherungsjahres gewährt, das auf das Versicherungsjahr des Eintritts des Versicherungsfalles folgt. Bezugsgröße für einen Grundüberschussanteil ist die Rente des vorhergehenden Versicherungsjahres.

Verwendung: Die Überschüsse werden zur Erhöhung der Rente verwendet. Bei unterjährigem Eintritt unserer Leistungspflicht wird die Rente anteilig erhöht.

Die Rente aus Überschusszeit wird erstmals nach Ablauf einer eventuell vereinbarten Karenzzeit gezahlt.

§ 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

(1) Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag abgeschlossen worden ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung (vgl. § 7 Absätze 2 und 3 und § 8).

(2) Ist mit Ihnen ein vorläufiger Versicherungsschutz vereinbart worden, so wird dieser durch die Regelungen in Absatz 1 nicht berührt.

§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen bzw. wann entfällt der Versicherungsschutz?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Berufsunfähigkeit oder der Arbeitsunfähigkeit gekommen ist.

(2) Wir leisten jedoch nicht, wenn die Berufsunfähigkeit oder die Arbeitsunfähigkeit verursacht ist:

- a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse. Wir leisten jedoch, wenn die Berufsunfähigkeit oder die Arbeitsunfähigkeit verursacht wurde durch kriegerische Ereignisse, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;
- b) durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- c) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person. Ordnungswidrigkeiten im Straßenverkehr sind – auch bei Vorsatz – versichert;
- d) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
- e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit oder die Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;
- f) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden oder schädigen, dass Maßnahmen einer Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbarer Einrichtungen erforderlich sind;
- 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 zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllung der zugesagten Leistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird.

(3) Der Versicherungsschutz für die selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung besteht weltweit.

§ 6 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

(1) Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie und die versicherte Person 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.

Rücktritt

(2) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person (vgl. Absatz 1) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

(3) Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

(4) Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, haben Sie weder Anspruch auf einen Rückkaufswert noch auf eine Rückzahlung der Beiträge.

Kündigung

(5) 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. Im Falle unverschuldeter Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht verzichten wir auf das Recht zur Kündigung.

(6) Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

(7) Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung gemäß § 9 Absätze 5 bis 7 um, sofern die beitragsfreie Rente den Mindestbetrag von 300 EUR jährlich erreicht. Wird dieser Betrag nicht erreicht, erlischt die Versicherung.

Rückwirkende Vertragsanpassung

(8) 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. Im Falle unverschuldeter Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten verzichten wir auf das Recht den Vertrag anzupassen.

(9) 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

(10) 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.

(11) Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

(12) Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von fünf Jahren seit Vertragsschluss ausüben. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist unabhängig vom Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles immer zehn Jahre seit Vertragsschluss.

Anfechtung

(13) Wir können den Vertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmehescheidung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Die Absätze 4 und 5 gelten entsprechend. Im Falle einer Anfechtung sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

(14) Die Absätze 1 bis 13 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen nach Absatz 12 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

Erklärungsempfänger

(15) Wir üben unsere Rechte durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben.

(16) Auf den Rücktritt, die Kündigung, die Vertragsanpassung oder die Anfechtung des Vertrages können wir uns auch Dritten gegenüber berufen.

§ 7 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

(1) Die Beiträge zu Ihrem Vertrag können Sie je nach Vereinbarung in einem Betrag monatlich, viertel-, halbjährlich oder jährlich zahlen.

(2) Den ersten Beitrag (Einlösungsbeitrag) müssen Sie unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden jeweils zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig. Die Versicherungsperiode umfasst ein Jahr, ansonsten entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.

(3) Sie haben den Beitrag **rechtzeitig** gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag (vgl. Absatz 2) alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Wenn die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart wurde, gilt die Zahlung in folgendem Fall als rechtzeitig:

- Der Beitrag konnte am Fälligkeitstag eingezogen werden und
- Sie haben einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen.

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

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

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

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

Einlösungsbeitrag

(1) Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, so können wir die Beiträge des ersten Versicherungsjahres sofort verlangen. Stattdessen können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – auch vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten der zur Gesundheitsprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchungen verlangen.

Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen neben den Kosten einer ggf. erfolgten ärztlichen Untersuchung eine besondere Gebühr für die Bearbeitung Ihres Vertrages verlangen. Diese Gebühr, die unserem durchschnittlichen Aufwand entspricht, beläuft sich auf 10 % der Beiträge des ersten Versicherungsjahres.

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

Folgebeitrag

(3) Wenn Sie einen Folgebeitrag oder einen sonstigen Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig zahlen, so erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen.

Sind Sie nach Ablauf dieser Frist mit der Zahlung in Verzug, so haben Sie für Versicherungsfälle, die nach Ablauf dieser Frist eintreten, keinen Versicherungsschutz, wenn wir Sie in der Mahnung auf diese Rechtsfolgen ausdrücklich hingewiesen haben.

Wenn Sie mit einem Folgebeitrag nach Ablauf der Ihnen gesetzten Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen noch in Verzug sind, können wir den Vertrag fristlos kündigen. Die Kündigung können wir bereits bei Bestimmung der Zahlungsfrist aussprechen.

In diesem Fall wird die Kündigung zum Fristablauf wirksam, wenn

- wir Sie in dem Kündigungsschreiben darauf hingewiesen haben und
- Sie bei Fristablauf mit der Zahlung noch in Verzug sind.

Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn Sie

- die Zahlung innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder,
- falls die Kündigung mit der Bestimmung der Zahlungsfrist verbunden war, innerhalb eines Monats nach Ablauf der Zahlungsfrist nachholen.

Jedoch besteht kein Versicherungsschutz für einen zwischenzeitlich eingetretenen Versicherungsfall.

(4) Zahlen Sie schon im ersten Versicherungsjahr einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, so werden außerdem die noch ausstehenden Beiträge des ersten Versicherungsjahres sofort fällig.

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

Kündigung und Auszahlung nicht verbrauchter Beitragsteile

(1) **Sie können Ihre Versicherung ganz oder teilweise jederzeit zum Schluss der Versicherungsperiode, frühestens jedoch zum Schluss des ersten Versicherungsjahres, in Textform kündigen.**

(2) **Kündigen Sie Ihre Versicherung nur teilweise, so ist die Kündigung unwirksam, wenn die verbleibende Berufsunfähigkeitsrente weniger als 300 EUR jährlich beträgt. Wenn Sie in diesem Falle Ihre Versicherung beenden wollen, müssen Sie also vollständig kündigen.**

(3) **Die Kündigung Ihrer Versicherung kann mit Nachteilen verbunden sein. Bei der selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung handelt es sich um eine Risikoversicherung, bei der in jeder Versicherungsperiode die zu entrichtenden Beiträge zur Deckung der eintretenden Versicherungsfälle und der Kosten in vollem Umfang verbraucht werden. Daher steht ein Rückkaufswert nicht zur Verfügung.**

Übertragungswert (Portabilität)

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten nicht, soweit die Übertragung des Übertragungswertes nach § 4 Absatz 2 Nr. 2 bzw. Absatz 3 Betriebsrentengesetz verlangt wird. **In diesem Fall wird die Versicherung beendet.** Der Übertragungswert ist der nach den allgemein anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik ermittelte Zeitwert; er entspricht dem gebildeten Deckungskapital im Zeitpunkt der Übertragung.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

(5) Anstelle einer Kündigung nach Absatz 1 können Sie sich unter Beachtung der dort genannten Termine und Fristen, ganz oder teilweise von Ihrer Beitragszahlungspflicht befreien lassen, soweit nicht verbrauchte Beitragsteile zur Verfügung stehen. In diesem Fall setzen wir die versicherte Rente ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Rente herab, die nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation unter Zugrundelegung der nicht verbrauchten Beitragsteile für den Beitragsfreistellungstermin errechnet wird. Bei einer vollständigen oder teilweisen Beitragsfreistellung wird kein Abzug erhoben. Rückständige Beiträge werden verrechnet.

Unter den gleichen Voraussetzungen können Sie auch eine befristete Beitragsfreistellung für eine Dauer von maximal 24 Monaten verlangen. Zum Ende dieser mit uns vereinbarten Dauer wird der Vertrag dann automatisch mit den bisherigen Beiträgen wieder in Kraft gesetzt. Die versicherte Rente wird für den Zeitpunkt des Beginns der befristeten Beitragsfreistellung sowie der Wiederaufnahme der Beitragszahlung nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik errechnet. Die Leistungen werden auf Basis der Veränderung der Beitragszahlung angepasst. Rückständige Beiträge werden verrechnet.

(6) Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung kann mit Nachteilen verbunden sein. Bei der selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung handelt es sich um eine Risikoversicherung, bei der in jeder Versicherungsperiode die zu entrichtenden Beiträge zur Deckung der eintretenden Versicherungsfälle und der Kosten in vollem Umfang verbraucht werden. Daher steht eine beitragsfreie Leistung grundsätzlich nicht zur Verfügung. Sofern dennoch nicht verbrauchte Beitragsteile zur Verfügung stehen, etwa bei Versicherungen mit erheblich abgekürzter Beitragszahlungsdauer, erfolgt eine Beitragsfreistellung der Versicherung nach Maßgabe des Absatzes 5.

(7) **Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt und erreicht die nach Absatz 5 zu berechnende beitragsfreie Rente den Mindestbetrag von 300 EUR jährlich nicht, ist eine vollständige Beitragsfreistellung des Vertrags nicht möglich. Sie können in diesem Fall den Vertrag nur ggf. teilweise beitragsfrei stellen oder kündigen.**

Haben Sie eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt, so ist der Antrag nur wirksam, wenn die Rente den Mindestbetrag von 300 EUR jährlich erreicht und der Mindestbeitrag²⁾ nicht unterschritten wird.

(8) Die versicherte Berufsunfähigkeitsrente kann wegen einer Elternzeit bis zur Mindestrente von 60 EUR jährlich abgesenkt werden und nach Beendigung der Elternzeit ohne erneute Gesundheitsprüfung in der ursprünglichen Höhe wiederhergestellt werden. Diese Anpassungsmöglichkeit besteht mehrmals während der Versicherungsdauer bei dem Nachweis von Elternzeit gemäß den gesetzlichen bzw. tarifvertraglichen Bestimmungen. Die Absätze 5 bis 7 gelten entsprechend.

Kündigung bei Berufsunfähigkeit

(9) Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt der Kündigung berufsunfähig, bleiben Ansprüche aus der Versicherung aufgrund bereits vor Kündigung eingetretener Berufsunfähigkeit unberührt. Die Rentenzahlungen werden maximal bis zum Ablauf der Leistungsdauer fortgesetzt. Mit dem Ende der Rentenzahlung erlischt der Vertrag

Beitragsrückzahlung

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

Wiederinkraftsetzung

(11) Ist der Vertrag gekündigt oder beitragsfrei gestellt, dann haben Sie unter folgenden Voraussetzungen ein Recht auf Wiederinkraftsetzung des Vertrages ohne erneute Gesundheitsprüfung:

- Die Beiträge für das erste Versicherungsjahr sind vollständig gezahlt.
- Das Recht wird innerhalb von sechs Monaten nach Wirksamwerden der Kündigung bzw. Beitragsfreistellung gegenüber uns geltend gemacht.
- Sie zahlen die ausstehenden Beiträge innerhalb eines Monats nach Mitteilung der jeweiligen Höhe nach.
- Zum Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung liegt keine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit vor.

Bei Beantragung einer Beitragsfreistellung von bis zu sechs Monaten kann vereinbart werden, dass nach Ablauf der beitragsfreien Zeit der Vertrag automatisch beitragspflichtig fortgesetzt wird.

Wir werden die Leistungen nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik nur dann herabsetzen, wenn Sie nicht innerhalb eines Monats nach Erhalt unserer Mitteilung die ausstehenden Beiträge nachzahlen.

(12) Wurde wegen einer Elternzeit eine Reduzierung des Beitrages oder eine Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung vorgenommen, haben Sie das Recht innerhalb von drei Monaten nach Ablauf der Elternzeit und Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit die Beitragszahlung bis zur ursprünglichen Höhe durch formlose Erklärung uns gegenüber, die uns innerhalb der drei Monate zugehen muss, wieder aufzunehmen. Die Wiederinkraftsetzung bzw. die Erhöhung der Beiträge führen wir ohne Gesundheitsprüfung maximal bis zu der zum Zeitpunkt der Reduzierung bzw. Beitragsfreistellung versicherten Berufsunfähigkeitsrente durch. Voraussetzung für die Wiederinkraftsetzung bzw. Erhöhung der Beiträge ist, dass eine jährliche Mindestrente von 300 EUR erreicht wird.

§ 10 Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet?

(1) Durch den Abschluss von Versicherungsverträgen entstehen Kosten. Diese sogenannten Abschluss- und Vertriebskosten (§ 43 Absatz 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen, RechVersV.) sind bereits pauschal bei der Tarifikalkulation berücksichtigt und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt.

(2) Für Ihren Vertrag ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung (Zillmerverfahren) maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit sie nicht für Leistungen im Versicherungsfall und Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung der Deckungsrückstellung aufgrund von

§ 25 Absatz 2 RechVersV. 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.

Soweit auf Vorschriften in Verordnungen Bezug genommen wird, erstrecken sich die Bezugnahmen auch auf die diese in der Zukunft ersetzenden Vorschriften.

(3) Die beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung keine nicht verbrauchten Beitragsteile für die Kündigung und die Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung zur Verfügung stehen (vgl. § 9).

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

(1) Wenn Sie Leistungen aus diesem Vertrag beanspruchen, haben Sie die Berufsunfähigkeit im Sinne von § 2, die Arbeitsunfähigkeit im Sinne von § 1 Absatz 8 oder den Wegfall der Krankentagegeldzahlungen durch den privaten Krankenversicherer im Sinne von § 1 Absatz 9 nachzuweisen. Dazu können wir von Ihnen verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit). Weiter können wir von Ihnen verlangen, dass Sie uns alle Angaben machen, die der Aufklärung des Sachverhaltes dienlich sind und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht ermöglichen (Aufklärungsobliegenheit).

Leistungsregulierung und Nachregulierungen aus diesem Vertrag werden in der Bundesrepublik Deutschland vorgenommen. Einzureichende Unterlagen, insbesondere ärztliche Berichte und Untersuchungen, werden nur anerkannt, wenn sie in deutscher Sprache verfasst sind oder in amtlich beglaubigter Übersetzung vorliegen.

(2) Werden Leistungen infolge Berufsunfähigkeit beansprucht, so benötigen wir unverzüglich folgende Unterlagen:

- den Versicherungsschein;
- 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 zum Nachweis über den Grad der Berufsunfähigkeit oder über die Pflegebedürftigkeit;
- Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;
- Nachweise über die wirtschaftlichen Verhältnisse der versicherten Person, z. B. Steuerbescheide, Bilanzen, Gewinn- und Verlustrechnungen, Lohn oder Gehaltsabrechnungen sowie ihre jeweiligen Veränderungen;
- bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege.

Werden Leistungen infolge Arbeitsunfähigkeit beansprucht, so benötigen wir unverzüglich folgende Unterlagen:

- den Versicherungsschein;
- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Arbeitsunfähigkeit;

- für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens sechs Monaten ausgestellte ärztliche Bescheinigungen entsprechend § 5 Entgeltfortzahlungsgesetz (EntgFG) oder gleichwertige ärztliche Atteste, die die ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit nachweisen. Alle Bescheinigungen müssen die Diagnose mit ICD-10-Nummer enthalten. Es muss mindestens eine Bescheinigung von einem Facharzt der entsprechenden Fachrichtung ausgestellt worden sein.

Werden Leistungen als Überbrückungshilfe beantragt, so benötigen wir unverzüglich folgende Unterlagen:

- den Versicherungsschein;
- die Mitteilung des privaten Krankenversicherers über die Einstellung der Krankentagegeldzahlungen aus medizinischen Gründen wegen Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen für die Krankentagegeldversicherung.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Anspruchserhebende zu tragen.

(3) Wir können außerdem auf unsere Kosten weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte verlangen. Dies schließt die Möglichkeit ein, dass Untersuchungen in Deutschland oder bei einem Arzt einer deutschen Botschaft durchgeführt werden. Wenn Sie für die geforderte Untersuchung aus dem Ausland nach Deutschland reisen müssen, übernehmen wir neben den Untersuchungskosten auch die üblichen Reise- und Unterbringungskosten. Unter den üblichen Reise- und Unterbringungskosten verstehen wir die Anreisekosten gemäß Bahnfahrt 2. Klasse und falls erforderlich Flug in der economy class und Unterbringung in einem 4-Sterne Hotel. Notwendige Feststellungen sind auch Auskünfte oder Aufklärungen und Nachweise über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen sowie die Auskünfte, die dem Versicherer die Prüfung ermöglichen, ob bei Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden.

Die versicherte Person hat zu ermöglichen, dass der Versicherer von allen Ärzten, Heilpraktikern, Therapeuten oder sonstigen Heilbehandlern, Krankenhäusern und sonstige Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, bei denen sie in Behandlung war oder sein wird, anderen Personenversicherern und frühere und aktuelle Krankenkassen (gesetzliche und private), Sozialversicherungsträgern, Berufsgenossenschaften, Behörden, Gerichten sowie derzeitigen und früheren Arbeitgebern sachdienliche Auskünfte, insbesondere über Gesundheitsdaten, erhalten kann. Dies kann durch eine pauschale, jederzeit widerrufliche Ermächtigung, durch Einzelermächtigungen oder durch Beschaffung der Informationen durch die versicherte Person selbst erfolgen; in den beiden letzten Fällen entstehende Mehrkosten im Vergleich zu einer pauschalen Ermächtigung haben die versicherte Person bzw. der Anspruchsteller zu tragen. Über diese Möglichkeiten informieren wir die versicherte Person im Rahmen der Prüfung eines geltend gemachten Anspruchs.

(4) Die Befolgung von ärztlichen Anordnungen ist grundsätzlich nicht Voraussetzung für die Anerkennung der Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung. Ausgenommen sind der Einsatz von Hilfsmitteln des täglichen Lebens (z. B. Verwendung von Prothesen, Seh- und Hörhilfen) sowie Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und sichere Aussicht auf Besserung des Gesundheitszustandes bieten. Lässt die versicherte Person darüber hinausgehende ärztlich angeordnete oder empfohlene, insbesondere operative Maßnahmen zur Heilung oder Minderung der Berufsunfähigkeit nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung des Leistungsanspruchs aus dieser Versicherung nicht entgegen.

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

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

(1) Nach Vorliegen aller für unsere Leistungsentscheidung erforderlichen Unterlagen erklären wir innerhalb von 10 Arbeitstagen, ob und in welchem Umfang wir eine Leistungspflicht anerkennen.

(2) Während der Prüfung Ihres Leistungsanspruchs werden wir Sie über den Sachstand bzw. fehlende Unterlagen informieren. Eine Information über den Sachstand erfolgt spätestens alle sechs Wochen.

(3) In begründeten Einzelfällen können wir einmalig ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis von bis zu 18 Monaten aussprechen. Im Interesse des Versicherungsnehmers sind auch darüber hinausgehende Dauern möglich. Verweisung und Nachprüfung sind für die Zeit der Befristung ausgeschlossen. Die in diesem Zeitraum erbrachten Leistungen fordern wir auch dann nicht zurück, wenn sich im Nachhinein herausstellen sollte, dass sich ein bedingungsgemäßer Anspruch nicht nachweisen ließ.

(4) Nach Ablauf der Befristung prüfen wir das Vorliegen bedingungsgemäßer Berufsunfähigkeit nach den Grundsätzen der Erstprüfung, sofern Sie eine erneute Prüfung beantragen. Die erforderlichen Unterlagen werden wir dann von Ihnen anfordern.

§ 13 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit und ihren Grad oder die Pflegebedürftigkeit nachzuprüfen. Dabei können wir erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von § 2 Absatz 1 ausübt, wobei neu erworbene berufliche Fähigkeiten zu berücksichtigen sind.

Für die Dauer eines zeitlich befristeten Anerkenntnisses nach § 12 erfolgt keine Nachprüfung.

(2) Befand sich die versicherte Person bei Vertragsabschluss in einer Ausbildung zu einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf, so können wir über die Regelung des Absatzes 1 hinaus auch prüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit ausüben kann, wobei neu erworbene berufliche Fähigkeiten zu berücksichtigen sind. Dies gilt hingegen nicht, wenn sich die versicherte Person bei Eintritt des Versicherungsfalles im letzten Ausbildungsjahr befunden hat oder bereits eine auf Dauer angelegte Erwerbstätigkeit aufgenommen hatte, zu der diese Ausbildung führte oder die mit dem Ausbildungsziel vergleichbar war.

Befand sich die versicherte Person bei Vertragsabschluss in einem Studium an einer staatlich anerkannten Universität oder Fachhochschule, so können wir über die Regelung des Absatzes 1 hinaus auch prüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit ausüben kann, wobei neu erworbene berufliche Fähigkeiten zu berücksichtigen sind. Dies gilt hingegen nicht, wenn die versicherte Person bei Eintritt des Versicherungsfalles bereits

eine auf Dauer angelegte Erwerbstätigkeit aufgenommen hatte, zu der dieses Studium führte oder die mit dem Studienziel vergleichbar war.

(3) Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich eine Untersuchung der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Kosten der Arzthonorare tragen wir. Die Bestimmungen des § 11 Absätze 1 und 3 gelten entsprechend.

(4) Eine Minderung der Berufsunfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit und die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

(5) Liegt Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit vor und hat sich die Art des Pflegefalls geändert oder sein Umfang gemindert, können wir unsere Leistungen anpassen (vgl. § 2 Absätze 8 bis 10). Absatz 6 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend.

(6) Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen oder hat sich ihr Grad auf weniger als 50 % vermindert, können wir unsere Leistungen einstellen. 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. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden, falls es sich um einen beitragspflichtigen Vertrag handelt und die Beitragszahlungsdauer noch nicht abgelaufen ist. Stirbt der Versicherte können wir die Leistungen bereits mit Ablauf des Monats einstellen, in welchem der Tod eingetreten ist.

(7) Ist die Berufsunfähigkeit bei Anzeige der Berufsunfähigkeit wieder weggefallen, so können wir unsere Leistungen schon mit Ablauf des Monats einstellen, in welchem die Berufsunfähigkeit weggefallen ist.

§ 14 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 11 oder § 13 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 entsprechendem Verhältnis zu kürzen. Die Ansprüche aus der Berufsunfähigkeitsversicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Bei Vereinbarung einer Karenzzeit sind wir jedoch frühestens nach Ablauf der Karenzzeit zur Rentenzahlung verpflichtet.

§ 15 Können die Beiträge angepasst werden?

Ein durch die laufenden Überschussanteile ermäßigter Beitrag (vgl. § 3 Absatz 4 Beitragsverrechnung) kann sich je nach Überschussergebnis verändern. Auf das weitergehende Recht zur Anpassung der Beiträge nach § 163 Absatz 1 Satz 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) verzichten wir.

§ 16 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

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

(2) In den Fällen des § 17 Absatz 3 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die Anzeige des bisherigen Berechtigten in Textform vorliegt.

§ 17 Wer erhält die Versicherungsleistung?

Bezugsrecht für den Versorgungsfall

(1) Die Leistung aus dem Vertrag erbringen wir an die versicherte Person, soweit diese bei Eintritt des Versorgungsfalls die Ansprüche aus dem Vertrag erwirbt (bezugsberechtigte Person). Soweit die Prämienzahlung im Wege der Entgeltumwandlung (§ 1 Absatz 2 Nr. 3 Betriebsrentengesetz) erfolgt, ist die versicherte Person von Beginn der Versicherung an unwiderruflich bezugsberechtigt für den Versorgungsfall.

Soweit die Prämienzahlung nicht im Wege der Entgeltumwandlung erfolgt, kann das Bezugsrecht in einer der folgenden Varianten vertraglich vereinbart werden:

- **Unwiderrufliches Bezugsrecht;**
Der versicherten Person wird auf die Leistung aus der Versicherung ein unwiderrufliches Bezugsrecht eingeräumt.
- **Unwiderrufliches Bezugsrecht unter Vorbehalten;**
Der versicherten Person wird auf die Leistung aus der Versicherung ein unwiderrufliches Bezugsrecht unter den nachstehenden Vorbehalten eingeräumt:
Dem Arbeitgeber bleibt das Recht vorbehalten, alle Leistungen für sich in Anspruch zu nehmen,
 - wenn das Arbeitsverhältnis vor Eintritt des Versorgungsfalles endet, es sei denn, die versicherte Person hat das 21. Lebensjahr vollendet und die Versicherung hat drei Jahre bestanden,
 - wenn die versicherte Person Handlungen begeht, die dem Arbeitgeber das Recht geben, die Versicherungsansprüche zu mindern oder zu entziehen.
- **Widerrufliches Bezugsrecht;**
Der versicherten Person wird auf die Leistung aus der Versicherung ein widerrufliches Bezugsrecht eingeräumt.

Abtretung, Verpfändung und Beleihung

(2) Sämtliche Rechte und Ansprüche aus dem Vertrag können weder abgetreten, verpfändet noch beliehen werden.

Anzeigepflicht

(3) Die Einräumung und der Widerruf eines widerruflichen Bezugsrechts (vgl. Absatz 1) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform angezeigt worden sind.

Gefahrtragung

(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 für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?

(1) Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets in Textform erfolgen. Für uns bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie uns zugegangen sind.

(2) Eine Änderung Ihrer Postanschrift oder die der versicherten Person müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen, da wir eine an Sie oder eine an die versicherte Person 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 Geschäfts- oder Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

(3) Bei Änderung Ihres Namens oder des Namens der versicherten Person gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend.

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

(5) Sie sind verpflichtet, uns zu informieren, wenn Sie Ihren ständigen Wohnsitz ins Ausland verlegen und dort ein politisches Amt übernehmen sollten. Dieselbe Verpflichtung besteht auch dann, wenn Sie ins Ausland umziehen und dem Inhaber eines hohen politischen Amtes nahe stehen.

§ 19 Welche Kosten und Gebühren können wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen?

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

- Ausstellung eines neuen Versicherungsscheins
- schriftlicher Fristsetzung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen
- Rückläufern im SEPA-Lastschriftverfahren.

(2) Im Einzelnen werden von uns derzeit nachfolgende Gebühren erhoben:

- für nachträgliche Eintragung oder Änderung von Begünstigungsvermerken, Änderungen des Inhalts des Versicherungsscheins, Ausstellung der Ersatzpolicen usw., neben dem Ersatz der Postgebühren, eine Gebühr von 2,50 EUR. Wir können die Vorauszahlung der Gebühr verlangen;
- für Abschriften die ortsüblichen Sätze und die Erstattung der mit der Übersendung verbundenen Postgebühren;
- Mahngebühren von 10 EUR und die Erstattung der mit der Mahnung verbundenen Postgebühren.

(3) Wird im Fall einer Scheidung eine interne Teilung von Anrechten aus diesem Vertrag nach § 10 Versorgungsausgleichsgesetz durchgeführt, so fallen Teilungskosten an. Sie belaufen sich auf 2 % des in Euro ausgewiesenen sogenannten Ehezeitanteils, mindestens 200 EUR, höchstens 500 EUR. Ausgleichspflichtige und ausgleichsberechtigte Person tragen diese Kosten jeweils hälftig. Eine Hälfte wird mit dem Deckungskapital dieses Vertrages, die andere Hälfte im Rahmen des für die ausgleichsberech-

tigte Person zu begründenden Anrechts mit dem sogenannten Ausgleichswert verrechnet.

(4) Wir sind berechtigt, nach billigem Ermessen die vorgenannten Gebühren zu ändern. Über eine Änderung benachrichtigen wir Sie unaufgefordert.

(5) Wir haben uns bei der Bemessung der Pauschale an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand orientiert. Sofern Sie uns nachweisen, dass die der Bemessung zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall dem Grunde nach nicht zutreffen, entfällt die Pauschale. Sofern Sie uns nachweisen, dass die Pauschale der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern ist, wird sie entsprechend herabgesetzt.

(6) Die vereinbarten Leistungen sind kalkuliert auf der Grundlage der bei Abschluss des Vertrages für diesen geltenden Gebühren, Steuern oder sonstigen öffentlichen Abgaben (nachfolgend vereinfacht: Abgaben). Sollten nach Abschluss dieses Vertrages neue Abgaben eingeführt werden, die den Vertrag betreffen und/oder sich auf ihn auswirken, gilt Folgendes: Beziehen sich die Abgaben auf den Beitrag, sind wir berechtigt, diese zusätzlich in Rechnung zu stellen. Beziehen sich die Abgaben auf die Leistung, sind wir berechtigt, diese mit den Abgaben zu belasten. Diese Rechte bestehen nicht, wenn die gesetzlichen Grundlagen, mit denen die jeweilige Abgabe eingeführt wird, bindende Vorgaben dafür enthalten, wie mit der jeweiligen Abgabe in Bezug auf den Vertrag zu verfahren ist.

(7) Absatz 6 Sätze 3 bis 5 gelten entsprechend, wenn sich durch die Änderung der tatsächlichen Verhältnisse während der Laufzeit des Vertrages, die in der Person des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person – beispielsweise einen Umzug – eintreten, Abgaben ergeben, die bei Abschluss des Vertrages nicht bestanden haben.

§ 20 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 21 Wo ist der Gerichtsstand?

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

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

(3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens und der Schweiz, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

§ 22 Wann verjähren die Ansprüche aus der Versicherung?

Ihre Ansprüche aus dem Vertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste. Ist ein Anspruch aus dem Vertrag bei uns angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Eingang unserer schriftlichen Entscheidung gehemmt.

§ 23 Wie können sich internationale Sanktionen auf Ihren Vertrag auswirken?

Ungeachtet sonstiger Bestimmungen dieses Vertrages gewährt bzw. leistet Zurich aus diesem Vertrag keinen Versicherungsschutz beziehungsweise keine Zahlungen, sonstige Leistungen oder sonstige Vorteile zu Gunsten des Versicherungsnehmers oder eines Dritten, soweit dadurch oder durch Handlungen des Versicherten anwendbare Wirtschafts- oder Handelssanktionen verletzt werden können.

¹⁾ Die Versicherungsdauer ist der Zeitraum, innerhalb dessen der jeweilige Versicherungsschutz besteht.

²⁾ Je nach Beitragszahlungsweise werden derzeit folgende Mindestbeiträge als angemessen angesehen:

bei monatlicher Zahlung:	10 EUR
bei vierteljährlicher Zahlung:	15 EUR
bei halbjährlicher Zahlung:	30 EUR
bei jährlicher Zahlung:	60 EUR

Allgemeine Versicherungsbedingungen

für die Erwerbsunfähigkeitsabsicherung – Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG (Schicht 2)

In den Versicherungsbedingungen sprechen wir mit unserer persönlichen Anrede grundsätzlich den „Versicherungsnehmer“ als denjenigen an, der die Versicherung beantragt hat und somit unser unmittelbarer Vertragspartner ist. Dies gilt auch dann, wenn Sie als versicherte Person die Versicherungsbedingungen erhalten, ohne gleichzeitig Versicherungsnehmer zu sein.

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Was ist versichert?
- § 2 Was ist Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?
- § 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?
- § 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?
- § 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen bzw. wann entfällt der Versicherungsschutz?
- § 6 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
- § 7 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?
- § 8 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
- § 9 Wann können Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?
- § 10 Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet?
- § 11 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Erwerbsunfähigkeit verlangt werden?
- § 12 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?
- § 13 Was gilt für die Nachprüfung der Erwerbsunfähigkeit?
- § 14 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?
- § 15 Können die Beiträge angepasst werden?
- § 16 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?
- § 17 Wer erhält die Versicherungsleistung?
- § 18 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?
- § 19 Welche Kosten und Gebühren können wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen?
- § 20 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?
- § 21 Wo ist der Gerichtsstand?
- § 22 Wann verjähren die Ansprüche aus der Versicherung?
- § 23 Wie können sich internationale Sanktionen auf Ihren Vertrag auswirken?

§ 1 Was ist versichert?

Leistung infolge Erwerbsunfähigkeit

(1) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer¹⁾ erwerbsunfähig, so zahlen wir die vereinbarte Rente für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit, längstens bis zum Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer.

Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus, erstmals zu Beginn des Monats, der auf den Monat folgt, in dem die Erwerbsunfähigkeit eingetreten ist.
Bei Vereinbarung einer Karenzzeit zahlen wir die Rente erstmals nach deren Ablauf.

Während einer anerkannten Leistungspflicht ist der Vertrag in vollem Umfang von der Beitragszahlungspflicht befreit. Die Beitragszahlungspflicht entfällt auch dann, wenn nach Anerkennung der Leistungspflicht wegen einer ggf. eingeschlossenen Karenzzeit die Rentenzahlungen noch nicht eingesetzt haben. Die Beitragszahlungspflicht entfällt ab der nächsten Beitragsfähigkeit, die auf den Eintritt unserer Leistungspflicht folgt. Endet unsere Leistungspflicht innerhalb eines Beitragszahlungsabschnitts, so sind für den Zeitraum von der Beendigung unserer Leistungspflicht bis zum nächsten Beitragsfähigkeitstermin keine anteiligen Beiträge zu zahlen.

Berufliche Integrations- und Rehabilitationsbehandlung

(2) Bei Eintritt des Versicherungsfalles bietet unsere Gesellschaft kostenfrei die Möglichkeit einer beruflichen Integrations- und Rehabilitationsberatung an. Gegenstand der Beratung sind z. B. Fragen der medizinischen Versorgung, mögliche Rehabilitationsmaßnahmen, Möglichkeiten einer beruflichen Integration durch Fortbildungs- und Umschulungsmaßnahmen oder einer Integration in einen anderen Beruf. Diese Beratung wird von uns bzw. durch von uns beauftragte anerkannte Fachleute angeboten. Im Rahmen dieser Beratung als sinnvoll erkannte Maßnahmen werden von uns eingeleitet und begleitet. Die versicherte Person ist nicht verpflichtet diese Hilfe anzunehmen.

Entstehen des Anspruchs

(3) Der Anspruch auf Rente entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Erwerbsunfähigkeit eingetreten ist.
Bei einer eventuell vereinbarten Karenzzeit entsteht der Anspruch auf Rente frühestens nach Ablauf der Karenzzeit. Diese beginnt mit Ablauf des Monats, in dem die Erwerbsunfähigkeit eingetreten ist. Endet die Erwerbsunfähigkeit und tritt innerhalb von 24 Monaten danach erneut Erwerbsunfähigkeit aufgrund derselben Ursache ein, so werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten berücksichtigt.

Erlöschen des Anspruchs

(4) Der Anspruch auf Rente erlischt, wenn keine Erwerbsunfähigkeit mehr vorliegt, die versicherte Person stirbt oder die Leistungsdauer der Versicherung endet.

Verspätete Anzeige

(5) Wird nach Ablauf der Versicherungsdauer eine bedingungs-gemäße Erwerbsunfähigkeit angezeigt, die bereits vor Ablauf der Versicherungsdauer eingetreten ist, so wird eine Leistung fällig, sofern die Leistungsdauer noch nicht abgelaufen ist.

Beitragszahlung während Anspruchsprüfung

(6) Während der Dauer der Anspruchsprüfung stunden wir - auf Ihren Antrag in Textform hin - die fälligen Beiträge zinslos bis zu unserer endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht gemäß § 12. Im Fall einer gerichtlichen Auseinandersetzung stunden wir die Beiträge darüber hinaus bis zum rechtsverbindlichen Abschluss des Verfahrens, höchstens jedoch für eine Dauer von insgesamt fünf Jahren. Die gestundeten Beiträge sind binnen 24 Monaten in zu vereinbarenden Raten, beginnend mit dem Monat nach Ablauf der Stundung, nachzuzahlen.
Zahlen Sie die Beiträge während der Anspruchsprüfung weiter, so werden wir diese bei Feststellung oder Anerkennung der Leistungspflicht verzinst zurückzahlen. Der Zinssatz entspricht der zum Zeitpunkt der Rückzahlung geltenden Überschussdeklaration.

Schüler, Studenten und Auszubildende

(7) Für Schüler, Studenten und Auszubildende kann eine Umstellung auf eine selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung erfolgen, sobald eine Berufsausbildung/-tätigkeit begonnen bzw. aufgenommen wurde, bei der Versicherungsschutz auch im Falle einer Berufsunfähigkeit geleistet werden kann. Dieser Umstand

muss innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der Berufsausbildung/-tätigkeit angezeigt werden. Die Umstellung erfolgt mit Eingang der Meldung, frühestens mit Aufnahme der Berufsausbildung/-tätigkeit. Der Beitrag sowie die Höhe der Überschussbeteiligung für die selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung werden dann aufgrund des Berufes neu festgelegt. Erfolgt die Anzeige über die Aufnahme der Berufsausbildung/-tätigkeit nach Ablauf der sechs Monate, wird die Umstellung von dem Ergebnis einer neuen versicherungsmedizinischen Prüfung abhängig gemacht.

§ 2 Was ist Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Erwerbsunfähig ist die versicherte Person, die infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen außerstande sein wird, mindestens drei Stunden täglich eine Erwerbstätigkeit auszuüben.

(2) Als Erwerbstätigkeit im Sinne von Absatz 1 gelten selbständige Tätigkeiten sowie die üblichen Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes. Tätigkeiten, die auf die besonderen gesundheitlichen Einschränkungen der versicherten Person zugeschnitten sind oder zugeschnitten werden müssen, zählen nicht zu den üblichen Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes.

(3) Ob die versicherte Person in der Lage ist, eine Erwerbstätigkeit auszuüben, richtet sich allein nach ihren gesundheitlichen Verhältnissen; der zuletzt ausgeübte Beruf, die vorhandenen und erworbenen Fähigkeiten und Kenntnisse, die bisherige Lebensstellung, die Einkommensverhältnisse sowie die jeweilige Arbeitsmarktlage bleiben unberücksichtigt.

(4) Ist die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, ununterbrochen wenigstens sechs Monate außerstande gewesen, mindestens drei Stunden täglich eine Erwerbstätigkeit auszuüben, so gilt dieser Zustand von Beginn an als Erwerbsunfähigkeit. Die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend.

§ 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

(1) An Überschüssen und ggf. an den Bewertungsreserven werden die Versicherungsnehmer gemäß den gesetzlichen Regelungen beteiligt (Überschussbeteiligung). Derzeit gilt hierfür insbesondere § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG).

Überschüsse entstehen dann, wenn das Erwerbsunfähigkeitsrisiko und die Kosten sich günstiger entwickeln, als bei der Tarifikalkulation angenommen. Es ist auch möglich, dass keine Überschüsse entstehen.

Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Beiträge sind allerdings so kalkuliert, dass sie für die Deckung der versicherten Risiken benötigt werden. Für die Bildung von Kapitalerträgen sind deshalb keine Beträge vorgesehen. Daher entstehen keine oder nur sehr geringe Bewertungsreserven. Soweit Bewertungsreserven überhaupt entstehen, beteiligen wir Sie daran nach den jeweils geltenden versicherungsvertraglichen und aufsichtsrecht-

lichen Bestimmungen. Derzeit sieht § 153 Absatz 3 VVG eine hälftige Beteiligung an den Bewertungsreserven vor, die nach gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind. Im Zusammenhang mit der Beendigung des Vertrages werden die insgesamt vorhandenen Bewertungsreserven ermittelt und – soweit überhaupt vorhanden – nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig Ihrem Vertrag zugeordnet. Der für diese Ermittlung maßgebliche Stichtag wird jährlich für das Folgejahr festgelegt und im Geschäftsbericht veröffentlicht. Er liegt nicht länger als drei Monate vor der Beendigung des Vertrages.

(2) Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen in Bestandsgruppen zusammengefasst und teilweise nach engeren Gleichartigkeitskriterien innerhalb der Bestandsgruppen Untergruppen gebildet; diese werden Gewinnverbände genannt.

Die Verteilung eines entstandenen Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Gruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben.

(3) Ihre Versicherung gehört zum Gewinnverband 509 in der Bestandsgruppe 14. Jede einzelne Versicherung innerhalb dieses Gewinnverbandes erhält Anteile an den Überschüssen der Bestandsgruppe, soweit auf sie Überschüsse entfallen. Die Höhe dieser Anteile wird vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des verantwortlichen Aktuars unter Beachtung der maßgebenden aufsichtsrechtlichen Bestimmungen jährlich festgelegt und im Geschäftsbericht veröffentlicht. Die Mittel für diese Überschussanteile werden den Überschüssen des Geschäftsjahres oder der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. In einzelnen Versicherungsjahren, insbesondere etwa im ersten Versicherungsjahr, kann eine Zuteilung entfallen, sofern dies sachlich gerechtfertigt ist.

(4) Die einzelnen Versicherungen sind entsprechend der vertraglichen Vereinbarung an einem erwirtschafteten Überschuss beteiligt.

Beitragsverrechnung

Zu Beginn eines jeden Beitragszahlungsabschnitts wird ein Zusatzüberschussanteil zugeteilt, soweit entstanden. Bezugsgröße ist der zum Zeitpunkt der Zuteilung aktuelle Bruttobeitrag.

Verwendung: Ein entstandener Zusatzüberschussanteil vermindert den zu zahlenden Beitrag. Sie zahlen in dem Fall also nicht den vollen, sondern nur einen ermäßigten Beitrag. Weder Eintreten noch die Höhe der Ermäßigung können für die gesamte Beitragszahlungsdauer garantiert werden. Wird eine Versicherung beitragsfrei gestellt, und war bisher die Beitragsverrechnung vereinbart, so erfolgt automatisch der Wechsel zur Überschussverwendungsform „Erwerbsunfähigkeitsbonus (EU-Bonus)“.

Erwerbsunfähigkeitsbonus (EU-Bonus)

Zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres wird ein EU-Bonus festgelegt. Bezugsgröße ist die versicherte Leistung des betreffenden Versicherungsjahres. Solange kein Leistungsbezug erfolgt, wird der EU-Bonus Jahr für Jahr neu festgelegt. Er kann auch vollständig entfallen.

Führt eine Neufestlegung der jährlichen Überschussanteile zu einer Reduzierung des Bonus, so haben Sie das Recht – sofern noch kein Leistungsfall im Sinne des § 2 eingetreten ist – die garantierte Rente zur nächsten Beitragsfälligkeit ohne erneute Gesundheitsprüfung so zu erhöhen, dass die Höhe des bisher-

gen Versicherungsschutzes (einschließlich Bonus) erhalten bleibt. Maßgebend für die Bestimmung des neuen Beitrags ist der beim ursprünglichen Abschluss gültige Tarif.

Verwendung: Bei Eintritt des Leistungsfalls wird der EU-Bonus zusätzlich zu den versicherten Renten gezahlt. Maßgeblich für die Höhe des EU-Bonus ist der im Jahr des Eintritts des Leistungsfalls deklarierte Überschussanteilsatz. Der EU-Bonus wird jeweils bis zum Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer, längstens jedoch für die Dauer unserer Leistungspflicht, gezahlt.

Überschussbeteiligung im Leistungsfall

(5) Erwerbsunfähigkeitsabsicherungen im Leistungsbezug erhalten zu Beginn eines Versicherungsjahres einen Grundüberschussanteil. Voraussetzung ist, dass auch Überschüsse entstanden sind. Ein Grundüberschussanteil wird aber nicht vor Beginn des Versicherungsjahres gewährt, das auf das Versicherungsjahr des Eintritts der Erwerbsunfähigkeit folgt. Bezugsgröße für einen Grundüberschussanteil ist die Rente des vorhergehenden Versicherungsjahres.

Verwendung: Die Überschüsse werden zur Erhöhung der Rente verwendet. Bei unterjährigem Eintritt unserer Leistungspflicht wird die Rente anteilig erhöht. Die Rente aus Überschuss wird erstmals nach Ablauf einer eventuell vereinbarten Karenzzeit gezahlt.

§ 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

(1) Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag abgeschlossen worden ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung (vgl. § 7 Absätze 2 und 3 und § 8).

(2) Ist mit Ihnen ein vorläufiger Versicherungsschutz vereinbart worden, so wird dieser durch die Regelungen in Absatz 1 nicht berührt.

§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen bzw. wann entfällt der Versicherungsschutz?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Erwerbsunfähigkeit gekommen ist.

(2) Wir leisten jedoch nicht, wenn die Erwerbsunfähigkeit verursacht ist:

- a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse. Wir leisten jedoch, wenn die Erwerbsunfähigkeit verursacht wurde durch kriegerische Ereignisse, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;
- b) durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- c) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person. Ordnungswidrigkeiten im Straßenverkehr sind – auch bei Vorsatz – versichert;
- d) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krank-

- hafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
- e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;
 - f) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden oder schädigen, dass Maßnahmen einer Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbarer Einrichtungen erforderlich sind;
 - 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 zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllung der zugesagten Leistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird.

(3) Der Versicherungsschutz für die Erwerbsunfähigkeitsabsicherung besteht nur so lange, wie die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz in den Ländern Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Island, Italien, Japan, Kanada, Liechtenstein, Luxemburg, Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden, Schweiz, Spanien oder den Vereinigten Staaten von Amerika hat, und sich nicht länger als sechs Monate außerhalb der angegebenen Länder aufhält, es sei denn, wir haben einer Ausdehnung des Versicherungsschutzes schriftlich zugestimmt. Eine eingetretene Leistungspflicht aus der Erwerbsunfähigkeitsabsicherung bleibt jedoch in der anerkannten Höhe bestehen.

§ 6 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

(1) Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie und die versicherte Person 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.

Rücktritt

(2) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person (vgl. Absatz 1) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

(3) Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

(4) Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, haben Sie weder Anspruch auf einen Rückkaufswert noch auf eine Rückzahlung der Beiträge.

Kündigung

(5) 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. Im Falle unverschuldeter Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten verzichten wir auf das Recht zur Kündigung.

(6) Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

(7) Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung gemäß § 9 Absätze 5 bis 7 um, sofern die beitragsfreie Rente den Mindestbetrag von 300 EUR jährlich erreicht. Wird dieser Betrag nicht erreicht, erlischt die Versicherung.

Rückwirkende Vertragsanpassung

(8) 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. Im Falle unverschuldeter Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten verzichten wir auf das Recht den Vertrag anzupassen.

(9) 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

(10) 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.

(11) Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

(12) Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von fünf Jahren seit Vertragsabschluss ausüben. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist unabhängig vom Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles immer zehn Jahre seit Vertragsabschluss.

Anfechtung

(13) Wir können den Vertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmehandlung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Die Absätze 4 und 5 gelten entsprechend. Im Falle einer Anfechtung sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

(14) Die Absätze 1 bis 13 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen nach Absatz 12 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

Erklärungsempfänger

(15) Wir üben unsere Rechte durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben.

(16) Auf den Rücktritt, die Kündigung, die Vertragsanpassung oder die Anfechtung des Vertrages können wir uns auch Dritten gegenüber berufen.

§ 7 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

(1) Die Beiträge zu Ihrem Vertrag können Sie je nach Vereinbarung in einem Betrag monatlich, viertel-, halbjährlich oder jährlich zahlen.

(2) Den ersten Beitrag (Einlösungsbeitrag) müssen Sie unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden jeweils zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig. Die Versicherungsperiode umfasst ein Jahr, ansonsten entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.

(3) Sie haben den Beitrag **rechtzeitig** gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag (vgl. Absatz 2) alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Wenn die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart wurde, gilt die Zahlung in folgendem Fall als rechtzeitig:

- Der Beitrag konnte am Fälligkeitstag eingezogen werden und
- Sie haben einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen.

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

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

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

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

Einlösungsbeitrag

(1) Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, so können wir die Beiträge des ersten Versicherungsjahres sofort verlangen. Stattdessen können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – auch vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten der zur Gesundheitsprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchungen verlangen. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen neben den Kosten einer ggf. erfolgten ärztlichen Untersuchung eine besondere Gebühr für die Bearbeitung Ihres Vertrages verlangen. Diese Gebühr, die unserem durchschnittlichen Aufwand entspricht, beläuft sich auf 10 % der Beiträge des ersten Versicherungsjahres.

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

Folgebeitrag

(3) Wenn Sie einen Folgebeitrag oder einen sonstigen Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig zahlen, so erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen.

Sind Sie nach Ablauf dieser Frist mit der Zahlung in Verzug, so haben Sie für Versicherungsfälle, die nach Ablauf dieser Frist eintreten, keinen Versicherungsschutz, wenn wir Sie in der Mahnung auf diese Rechtsfolgen ausdrücklich hingewiesen haben.

Wenn Sie mit einem Folgebeitrag nach Ablauf der Ihnen gesetzten Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen noch in Verzug sind, können wir den Vertrag fristlos kündigen. Die Kündigung können wir bereits bei Bestimmung der Zahlungsfrist aussprechen.

In diesem Fall wird die Kündigung zum Fristablauf wirksam, wenn

- wir Sie in dem Kündigungsschreiben darauf hingewiesen haben und
- Sie bei Fristablauf mit der Zahlung noch in Verzug sind.

Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn Sie

- die Zahlung innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder,
- falls die Kündigung mit der Bestimmung der Zahlungsfrist verbunden war, innerhalb eines Monats nach Ablauf der Zahlungsfrist nachholen.

Jedoch besteht kein Versicherungsschutz für einen zwischenzeitlich eingetretenen Versicherungsfall.

(4) Zahlen Sie schon im ersten Versicherungsjahr einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, so werden außerdem die noch ausstehenden Beiträge des ersten Versicherungsjahres sofort fällig.

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

Kündigung und Auszahlung nicht verbrauchter Beitragsteile

(1) **Sie können Ihre Versicherung ganz oder teilweise jederzeit zum Schluss der Versicherungsperiode, frühestens jedoch zum Schluss des ersten Versicherungsjahres, in Textform kündigen.**

(2) **Kündigen Sie Ihre Versicherung nur teilweise, so ist die Kündigung unwirksam, wenn die verbleibende Erwerbsunfähigkeitsrente weniger als 300 EUR jährlich beträgt. Wenn Sie in diesem Falle Ihre Versicherung beenden wollen, müssen Sie also vollständig kündigen.**

(3) **Die Kündigung Ihrer Versicherung kann mit Nachteilen verbunden sein. Bei der Erwerbsunfähigkeitsabsicherung handelt es sich um eine Risikoversicherung, bei der in jeder Versicherungsperiode die zu entrichtenden Beiträge zur Deckung der eintretenden Versicherungsfälle und der Kosten in vollem Umfang verbraucht werden. Daher steht ein Rückkaufswert nicht zur Verfügung.**

Übertragungswert (Portabilität)

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten nicht, soweit die Übertragung des Übertragungswertes nach § 4 Absatz 2 Nr. 2 bzw. Absatz 3 Betriebsrentengesetz verlangt wird. **In diesem Fall wird die Versicherung beendet.** Der Übertragungswert ist der nach den allgemein anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik ermittelte Zeitwert; er entspricht dem gebildeten Deckungskapital im Zeitpunkt der Übertragung.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

(5) Anstelle einer Kündigung nach Absatz 1 können Sie sich unter Beachtung der dort genannten Termine und Fristen, ganz oder teilweise von Ihrer Beitragszahlungspflicht befreien lassen, soweit nicht verbrauchte Beitragsteile zur Verfügung stehen. In diesem Fall setzen wir die versicherte Rente ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Rente herab, die nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation unter Zugrundelegung der nicht verbrauchten Beitragsteile errechnet wird. Bei einer vollständigen oder teilweisen Beitragsfreistellung wird kein Abzug erhoben. Rückständige Beiträge werden verrechnet.

Unter den gleichen Voraussetzungen können Sie auch eine befristete Beitragsfreistellung für eine Dauer von maximal 24 Monaten verlangen. Zum Ende dieser mit uns vereinbarten Dauer wird der Vertrag dann automatisch mit den bisherigen Beiträgen wieder in Kraft gesetzt. Die versicherte Rente wird für den Zeitpunkt des Beginns der befristeten Beitragsfreistellung sowie der Wiederaufnahme der Beitragszahlung nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik errechnet. Die Leistungen werden auf Basis der Veränderung der Beitragszahlung angepasst. Rückständige Beiträge werden verrechnet.

(6) Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung kann mit Nachteilen verbunden sein. Bei der Erwerbsunfähigkeitsabsicherung handelt es sich um eine Risikoversicherung, bei der in jeder Versicherungsperiode die zu entrichtenden Beiträge zur Deckung der eintretenden Versicherungsfälle und der Kosten in vollem Umfang verbraucht werden. Daher steht eine beitragsfreie Leistung grundsätzlich nicht zur Verfügung. Sofern dennoch nicht verbrauchte Beitragsteile zur Verfügung stehen, etwa bei Versicherungen mit erheblich abgekürzter Beitragszahlungsdauer, erfolgt eine Beitragsfreistellung der Versicherung nach Maßgabe des Absatzes 5.

(7) Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt und erreicht die nach den Absatz 5 zu berechnende beitragsfreie Rente den Mindestbeitrag von 300 EUR jährlich nicht, ist eine vollständige Beitragsfreistellung des Vertrags nicht möglich. Sie können in diesem Fall den Vertrag nur ggf. teilweise beitragsfrei stellen oder kündigen.

Haben Sie eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt, so ist der Antrag nur wirksam, wenn die Rente den Mindestbeitrag von 300 EUR jährlich erreicht und der Mindestbeitrag²⁾ nicht unterschritten wird.

(8) Die versicherte Erwerbsunfähigkeitsabsicherung kann wegen einer Elternzeit bis zur Mindestrente von 60 EUR jährlich abgesenkt werden und nach Beendigung der Elternzeit ohne erneute Gesundheitsprüfung in der ursprünglichen Höhe wiederhergestellt werden. Diese Anpassungsmöglichkeit besteht mehrmals während der Versicherungsdauer bei dem Nachweis von Elternzeit gemäß den gesetzlichen bzw. tarifvertraglichen Bestimmungen. Die Absätze 5 bis 7 gelten entsprechend.

Kündigung bei anerkannter Erwerbsunfähigkeit

(9) Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt der Kündigung erwerbsunfähig, bleiben anerkannte Ansprüche aus der Versicherung von der Kündigung unberührt. Die Rentenzahlungen werden maximal bis zum Ablauf der Leistungsdauer fortgesetzt. Mit dem Ende der Rentenzahlung erlischt der Vertrag.

Beitragsrückzahlung

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

Wiederinkraftsetzung

(11) Ist der Vertrag gekündigt oder beitragsfrei gestellt, dann haben Sie unter folgenden Voraussetzungen ein Recht auf Wiederinkraftsetzung des Vertrages ohne erneute Gesundheitsprüfung:

- Die Beiträge für das erste Versicherungsjahr sind vollständig gezahlt.
- Das Recht wird innerhalb von sechs Monaten nach Wirksamwerden der Kündigung bzw. Beitragsfreistellung gegenüber uns geltend gemacht.
- Sie zahlen die ausstehenden Beiträge innerhalb eines Monats nach Mitteilung der jeweiligen Höhe nach.
- Zum Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung liegt keine bedingungsgemäße Erwerbsunfähigkeit vor.

Bei Beantragung einer Beitragsfreistellung von bis zu sechs Monaten kann vereinbart werden, dass nach Ablauf der beitragsfreien Zeit der Vertrag automatisch beitragspflichtig fortgesetzt wird.

Wir werden die Leistungen nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik nur dann herabsetzen, wenn Sie nicht innerhalb eines Monats nach Erhalt unserer Mitteilung die ausstehenden Beiträge nachzahlen.

§ 10 Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet?

(1) Durch den Abschluss von Versicherungsverträgen entstehen Kosten. Diese sogenannten Abschluss- und Vertriebskosten (§ 43 Absatz 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen, RechVersV.) sind bereits pauschal bei der Tarifikalkulation berücksichtigt und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt.

(2) Für Ihren Vertrag ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung (Zillmerverfahren) maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit sie nicht für Leistungen im Versicherungsfall und Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung der Deckungsrückstellung aufgrund von § 25 Absatz 2 RechVersV. 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.

Soweit auf Vorschriften in Verordnungen Bezug genommen wird, erstrecken sich die Bezugnahmen auch auf die diese in der Zukunft ersetzenden Vorschriften.

(3) Die beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung keine nicht verbrauchten Beitragsteile für die Kündigung und die Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung zur Verfügung stehen (vgl. § 9).

§ 11 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Erwerbsunfähigkeit verlangt werden?

(1) Wenn Sie Leistungen aus diesem Vertrag beanspruchen, haben Sie die Erwerbsunfähigkeit im Sinne von § 2 dieser Bedingungen nachzuweisen. Dazu können wir von Ihnen verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit). Weiter können wir von Ihnen verlangen, dass Sie uns alle Angaben machen, die der Aufklärung des Sachverhaltes dienlich sind und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht ermöglichen (Aufklärungsobliegenheit).

Leistungsregulierung und Nachregulierungen aus diesem Vertrag werden in der Bundesrepublik Deutschland vorgenommen. Einzureichende Unterlagen, insbesondere ärztliche Berichte und Untersuchungen, werden nur anerkannt, wenn sie in deutscher Sprache verfasst sind oder in amtlich beglaubigter Übersetzung vorliegen.

(2) Werden Leistungen beansprucht, so benötigen wir unverzüglich folgende Unterlagen:

- den Versicherungsschein;
- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Erwerbsunfähigkeit;
- ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens;
- Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit zum Zeitpunkt des Eintritts der Erwerbsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Anspruchserhebende zu tragen.

(3) Wir können außerdem auf unsere Kosten weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte verlangen. Dies schließt die Möglichkeit ein, dass Untersuchungen in Deutschland oder bei einem Arzt einer deutschen Botschaft durchgeführt werden. Wenn Sie für die geforderte Untersuchung aus dem Ausland nach Deutschland reisen müssen, übernehmen wir neben den Untersuchungskosten auch die üblichen Reise- und Unterbringungskosten. Unter den üblichen Reise- und Unterbringungskosten verstehen wir die Anreisekosten gemäß Bahnfahrt 2. Klasse und falls erforderlich Flug in der economy class und Unterbringung in einem 4-Sterne Hotel. Notwendige Feststellungen sind auch Auskünfte oder Aufklärungen und Nachweise über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen sowie die Auskünfte, die dem Versicherer die Prüfung ermöglichen, ob bei Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden.

Die versicherte Person hat zu ermöglichen, dass der Versicherer von allen Ärzten, Heilpraktikern, Therapeuten oder sonstigen Heilbehandlern, Krankenhäusern und sonstige Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, bei denen sie in Behandlung war oder sein wird, anderen Personenversicherern und frühere und aktuelle Krankenkassen (gesetzliche und private), Sozialversicherungsträgern, Berufsgenossenschaften, Behörden, Gerichten sowie derzeitigen und früheren Arbeitgebern sachdienliche Auskünfte, insbesondere über Gesundheitsdaten, erhalten kann.

Dies kann durch eine pauschale, jederzeit widerrufliche Ermächtigung, durch Einzelermächtigungen oder durch Beschaffung der Informationen durch die versicherte Person selbst erfolgen; in den beiden letzten Fällen entstehende Mehrkosten im Vergleich zu einer pauschalen Ermächtigung haben die versicherte Person bzw. der Anspruchsteller zu tragen. Über diese Möglichkeiten informieren wir die versicherte Person im Rahmen der Prüfung eines geltend gemachten Anspruchs.

(4) Die Befolgung von ärztlichen Anordnungen ist grundsätzlich nicht Voraussetzung für die Anerkennung der Leistungen aus der Erwerbsunfähigkeitsabsicherung. Ausgenommen sind der Einsatz von Hilfsmitteln des täglichen Lebens (z. B. Verwendung von Prothesen, Seh- und Hörhilfen) sowie Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und sichere Aussicht auf Besserung des Gesundheitszustandes bieten. Lässt die versicherte Person darüber hinausgehende ärztlich angeordnete oder empfohlene, insbesondere operative Maßnahmen zur Heilung oder Minderung der Erwerbsunfähigkeit nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung des Leistungsanspruchs aus dieser Versicherung nicht entgegen.

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

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

(1) Nach Vorliegen aller für unsere Leistungsentscheidung erforderlichen Unterlagen erklären wir innerhalb von 4 Wochen, ob und in welchem Umfang wir eine Leistungspflicht anerkennen.

(2) Während der Prüfung Ihres Leistungsanspruchs werden wir Sie über den Sachstand bzw. fehlende Unterlagen informieren. Eine Information über den Sachstand erfolgt spätestens alle sechs Wochen.

(3) In begründeten Einzelfällen können wir einmalig ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis von bis zu 18 Monaten aussprechen. Im Interesse des Versicherungsnehmers sind auch darüber hinausgehende Dauern möglich. Verweisung und Nachprüfung sind für die Zeit der Befristung ausgeschlossen. Die in diesem Zeitraum erbrachten Leistungen fordern wir auch dann nicht zurück, wenn sich im Nachhinein herausstellen sollte, dass sich ein bedingungsgemäßer Anspruch nicht nachweisen ließ.

(4) Nach Ablauf der Befristung prüfen wir das Vorliegen bedingungsgemäßer Erwerbsunfähigkeit nach den Grundsätzen der Erstprüfung, sofern Sie eine erneute Prüfung beantragen. Die erforderlichen Unterlagen werden wir dann von Ihnen anfordern.

§ 13 Was gilt für die Nachprüfung der Erwerbsunfähigkeit?

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Erwerbsunfähigkeit nachzuprüfen.

Für die Dauer einer zeitlich befristeten Anerkenntnis nach § 12 erfolgt keine Nachprüfung.

(2) Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich eine Untersuchung der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Kosten der Arzthonorare tragen wir. Die Bestimmungen des § 11 Absätze 1 und 3 gelten entsprechend.

(3) Die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

(4) Ist die Erwerbsunfähigkeit weggefallen, können wir unsere Leistungen einstellen. 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. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden, falls es sich um einen beitragspflichtigen Vertrag handelt und die Beitragszahlungsdauer noch nicht abgelaufen ist. Stirbt die versicherte Person können wir die Leistungen bereits mit Ablauf des Monats einstellen, in welchem der Tod eingetreten ist.

(5) Liegt der Eintritt der Erwerbsunfähigkeit länger zurück und ist die Erwerbsunfähigkeit bei Anerkennung der Ansprüche wieder weggefallen, so können wir unsere Leistungen schon mit Ablauf des Monats einstellen, in welchem die Erwerbsunfähigkeit weggefallen ist.

§ 14 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 11 oder § 13 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechendem Verhältnis zu kürzen. Die Ansprüche aus der Erwerbsunfähigkeitsabsicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf

die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. **Bei Vereinbarung einer Karenzzeit sind wir jedoch frühestens nach Ablauf der Karenzzeit zur Rentenzahlung verpflichtet.**

§ 15 Können die Beiträge angepasst werden?

Ein durch die laufenden Überschussanteile ermäßigter Beitrag (vgl. § 3 Absatz 4 Beitragsverrechnung) kann sich je nach Überschussergebnis verändern. Auf das weitergehende Recht zur Anpassung der Beiträge nach § 163 Absatz 1 Satz 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) verzichten wir.

§ 16 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

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

(2) In den Fällen des § 17 Absatz 3 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die Anzeige des bisherigen Berechtigten in Textform vorliegt.

§ 17 Wer erhält die Versicherungsleistung?

Bezugsrecht für den Versorgungsfall

(1) Die Leistung aus dem Vertrag erbringen wir an die versicherte Person, soweit diese bei Eintritt des Versorgungsfalls die Ansprüche aus dem Vertrag erwirbt (bezugsberechtigte Person). Soweit die Prämienzahlung im Wege der Entgeltumwandlung (§ 1 Absatz 2 Nr. 3 Betriebsrentengesetz) erfolgt, ist die versicherte Person von Beginn der Versicherung an unwiderruflich bezugsberechtigt für den Versorgungsfall.

Soweit die Prämienzahlung nicht im Wege der Entgeltumwandlung erfolgt, kann das Bezugsrecht in einer der folgenden Varianten vertraglich vereinbart werden:

- **Unwiderrufliches Bezugsrecht;**
Der versicherten Person wird auf die Leistung aus der Versicherung ein unwiderrufliches Bezugsrecht eingeräumt.
- **Unwiderrufliches Bezugsrecht unter Vorbehalten;**
Der versicherten Person wird auf die Leistung aus der Versicherung ein unwiderrufliches Bezugsrecht unter den nachstehenden Vorbehalten eingeräumt:
Dem Arbeitgeber bleibt das Recht vorbehalten, alle Leistungen für sich in Anspruch zu nehmen,
 - wenn das Arbeitsverhältnis vor Eintritt des Versorgungsfallendes endet, es sei denn, die versicherte Person hat das 21. Lebensjahr vollendet und die Versicherung hat drei Jahre bestanden,
 - wenn die versicherte Person Handlungen begeht, die dem Arbeitgeber das Recht geben, die Versicherungsansprüche zu mindern oder zu entziehen.
- **Widerrufliches Bezugsrecht;**
Der versicherten Person wird auf die Leistung aus der Versicherung ein widerrufliches Bezugsrecht eingeräumt.

Abtretung, Verpfändung und Beleihung

(2) Sämtliche Rechte und Ansprüche aus dem Vertrag können weder abgetreten, verpfändet noch beliehen werden.

Anzeigepflicht

(3) Die Einräumung und der Widerruf eines widerruflichen Bezugsrechts (vgl. Absatz 1) sowie eine Abtretung oder Verpfändung von Ansprüchen aus dem Vertrag sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie; es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits vorher Verfügungen vorgenommen haben.

Gefahrtragung

(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 für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?

(1) Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets in Textform erfolgen. Für uns bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie uns zugegangen sind.

(2) Eine Änderung Ihrer Postanschrift oder die der versicherten Person 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 Geschäfts- oder Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

(3) Bei Änderung Ihres Namens oder des Namens der versicherten Person gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend.

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

(5) Sie sind verpflichtet, uns zu informieren, wenn Sie Ihren ständigen Wohnsitz ins Ausland verlegen und dort ein politisches Amt übernehmen sollten. Dieselbe Verpflichtung besteht auch dann, wenn Sie ins Ausland umziehen und dem Inhaber eines hohen politischen Amtes nahe stehen.

§ 19 Welche Kosten und Gebühren können wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen?

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

- Ausstellung eines neuen Versicherungsscheins
- schriftlicher Fristsetzung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen
- Rückläufern im SEPA-Lastschriftverfahren.

(2) Im Einzelnen werden von uns derzeit nachfolgende Gebühren erhoben:

- für nachträgliche Eintragung oder Änderung von Begünstigungsvermerken, Änderungen des Inhalts des Versicherungsscheins, Ausstellung der Ersatzpolicen usw., neben dem Ersatz der Postgebühren, eine Gebühr von 2,50 EUR. Wir können die Vorauszahlung der Gebühr verlangen;
- für Abschriften die ortsüblichen Sätze und die Erstattung der mit der Übersendung verbundenen Postgebühren;
- Mahngebühren von 10 EUR und die Erstattung der mit der Mahnung verbundenen Postgebühren.

(3) Wird im Fall einer Scheidung eine interne Teilung von Anrechten aus diesem Vertrag nach § 10 Versorgungsausgleichsgesetz durchgeführt, so fallen Teilungskosten an. Sie belaufen sich auf 2 % des in Euro ausgewiesenen sogenannten Ehezeitanteils, mindestens 200 EUR, höchstens 500 EUR. Ausgleichspflichtige und ausgleichsberechtigte Person tragen diese Kosten jeweils hälftig. Eine Hälfte wird mit dem Deckungskapital dieses Vertrages, die andere Hälfte im Rahmen des für die ausgleichsberechtigte Person zu begründenden Anrechts mit dem sogenannten Ausgleichswert verrechnet.

(4) Wir sind berechtigt, nach billigem Ermessen die vorgenannten Gebühren zu ändern. Über eine Änderung benachrichtigen wir Sie unaufgefordert.

(5) Wir haben uns bei der Bemessung der Pauschale an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand orientiert. Sofern Sie uns nachweisen, dass die der Bemessung zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall dem Grunde nach nicht zutreffen, entfällt die Pauschale. Sofern Sie uns nachweisen, dass die Pauschale der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern ist, wird sie entsprechend herabgesetzt.

(6) Die vereinbarten Leistungen sind kalkuliert auf der Grundlage der bei Abschluss des Vertrages für diesen geltenden Gebühren, Steuern oder sonstigen öffentlichen Abgaben (nachfolgend vereinfacht: Abgaben). Sollten nach Abschluss dieses Vertrages neue Abgaben eingeführt werden, die den Vertrag betreffen und/oder sich auf ihn auswirken, gilt Folgendes: Beziehen sich die Abgaben auf den Beitrag, sind wir berechtigt, diese zusätzlich in Rechnung zu stellen. Beziehen sich die Abgaben auf die Leistung, sind wir berechtigt, diese mit den Abgaben zu belasten. Diese Rechte bestehen nicht, wenn die gesetzlichen Grundlagen, mit denen die jeweilige Abgabe eingeführt wird, bindende Vorgaben dafür enthalten, wie mit der jeweiligen Abgabe in Bezug auf den Vertrag zu verfahren ist.

(7) Absatz 6 Sätze 3 bis 5 gelten entsprechend, wenn sich durch die Änderung der tatsächlichen Verhältnisse während der Laufzeit des Vertrages, die in der Person des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person – beispielsweise einen Umzug – eintreten, Abgaben ergeben, die bei Abschluss des Vertrages nicht bestanden haben.

§ 20 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 21 Wo ist der Gerichtsstand?

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

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

(3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens und der Schweiz, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

§ 22 Wann verjähren die Ansprüche aus der Versicherung?

Ihre Ansprüche aus dem Vertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste. Ist ein Anspruch aus dem Vertrag bei uns angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Eingang unserer schriftlichen Entscheidung gehemmt.

§ 23 Wie können sich internationale Sanktionen auf Ihren Vertrag auswirken?

Ungeachtet sonstiger Bestimmungen dieses Vertrages gewährt bzw. leistet Zurich aus diesem Vertrag keinen Versicherungsschutz beziehungsweise keine Zahlungen, sonstige Leistungen oder sonstige Vorteile zu Gunsten des Versicherungsnehmers oder eines Dritten, soweit dadurch oder durch Handlungen des Versicherten anwendbare Wirtschafts- oder Handelssanktionen verletzt werden können.

¹⁾ Die Versicherungsdauer ist der Zeitraum, innerhalb dessen der jeweilige Versicherungsschutz besteht.

²⁾ Je nach Beitragszahlungsweise werden derzeit folgende Mindestbeiträge als angemessen angesehen:

bei monatlicher Zahlung:	10 EUR
bei vierteljährlicher Zahlung:	15 EUR
bei halbjährlicher Zahlung:	30 EUR
bei jährlicher Zahlung:	60 EUR

Besondere Bedingungen für die Anpassungsversicherung

in der selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung und der Erwerbsunfähigkeitsabsicherung – Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG (Schicht 2)

mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung

In den Versicherungsbedingungen sprechen wir mit unserer persönlichen Anrede grundsätzlich den „Versicherungsnehmer“ als denjenigen an, der die Versicherung beantragt hat und somit unser unmittelbarer Vertragspartner ist. Dies gilt auch dann, wenn Sie als versicherte Person die Versicherungsbedingungen erhalten, ohne gleichzeitig Versicherungsnehmer zu sein.

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge?
- § 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 die Erhöhungen ausgesetzt?

§ 1 Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge?

Erhöhungen vor Leistungsbeginn

(1) Der Beitrag für diese Versicherung erhöht sich jeweils nach dem vereinbarten Modell:

▪ Modell K

Es erfolgt eine jährliche Erhöhung um den vereinbarten Prozentsatz auf Grundlage des letzten vereinbarten Beitrags des vorhergehenden Kalenderjahres. Der Beitrag nach dynamischer Anpassung beträgt jedoch maximal 4 % der in dem jeweiligen Kalenderjahr gültigen Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung (West).

▪ Modell Kn

Es erfolgt eine jährliche Erhöhung um den vereinbarten Prozentsatz auf Grundlage des letzten vereinbarten Beitrags des vorhergehenden Kalenderjahres. Der Beitrag nach dynamischer Anpassung beträgt maximal 8 % der in dem jeweiligen Kalenderjahr gültigen Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung (West).

(2) Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung.

(3) Die Erhöhungen erfolgen bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer, solange keine Rentenleistungen erbracht werden.

Erhöhungen im Rentenbezug

(4) Sollten Sie zusätzlich auch eine planmäßige Erhöhung der Renten im Rentenbezug vereinbart haben, ist der zusätzliche Beitrag für diese Option im Gesamtbeitrag enthalten.

(5) Die Erhöhungen erfolgen, solange Leistungen aus der Versicherung erbracht werden. Gleiches gilt auch während der Dauer einer ggf. eingeschlossenen Karenzzeit.

(6) Wenn unsere Leistungspflicht vor Ablauf der Beitragszahlungsdauer endet, lebt Ihre Pflicht zur Zahlung der Beiträge wieder auf. Die Höhe des Beitrages bemisst sich an den zu diesem Zeitpunkt geltenden versicherten Leistungen, einschließlich etwaiger Erhöhungen aus der dynamischen Anpassung im Rentenbezug.

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?

(1) Die Erhöhung des Beitrags erfolgt jeweils zur Hauptfälligkeit (Jahrestag des Beginns der Versicherung).

(2) Bei Vereinbarung einer planmäßigen Erhöhung der Renten im Rentenbezug erfolgt eine dynamische Erhöhung um den vereinbarten Prozentsatz jeweils jährlich zur Hauptfälligkeit, die auf den Monat folgt, in dem der Leistungsfall eingetreten ist.

(3) Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

§ 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?

Erhöhungen vor Leistungsbeginn

(1) Die Erhöhung der Leistungen bestimmt sich unter Zugrundelegung des am Erhöhungstermin erreichten rechnungsmäßigen Alters¹⁾ der versicherten Person, der restlichen Beitragszahlungsdauer und der Restlaufzeit sowie den ursprünglich vereinbarten Annahmebedingungen unter Zugrundelegung der Rechnungsgrundlagen, die zum Zeitpunkt der planmäßigen Erhöhung für diese dann vorgesehen sind.

Die Leistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge. Jede Erhöhung bildet mit der zugrunde liegenden Versicherung eine Einheit.

Erhöhungen im Rentenbezug

(2) Sollten Sie zusätzlich auch eine planmäßige Erhöhung der Renten im Rentenbezug vereinbart haben, steigen die Renten während der leistungspflichtigen Zeit um den vereinbarten Prozentsatz der jeweiligen Vorjahresrenten.

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

(1) Alle im Rahmen des Vertrages getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), sowie die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich auch auf die Erhöhung der Leistungen.

Die Regelungen der AVB zu den Abschlusskosten finden bei der planmäßigen Erhöhung entsprechende Anwendung.

(2) Die Erhöhung der Leistungen aus dem Vertrag setzt die Fristen bei Verletzung der Anzeigepflicht (vgl. § 6 AVB) nicht erneut in Lauf.

§ 5 Wann werden die Erhöhungen ausgesetzt?

(1) Die Erhöhung des Beitrags 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) Sollten Sie dreimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, so erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen; zugleich erlischt – sofern vereinbart – Ihr Recht auf eine planmäßige Erhöhung der Renten im Rentenbezug. Der Beitrag wird in diesem Fall neu berechnet.

(3) Haben Sie keine planmäßige Erhöhung der Renten im Rentenbezug mit uns vereinbart, erfolgen während der Leistungspflicht oder während einer ggf. eingeschlossenen Karenzzeit keine dynamischen Erhöhungen der Rente.

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

Allgemeine Steuerhinweise zu Direktversicherungen

für die selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung und die Erwerbsunfähigkeitsabsicherung – Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG (Schicht 2)

gültig für die Bundesrepublik Deutschland (Stand 07/2018)
Eventuelle Gesetzesänderungen sind in den nachfolgenden Ausführungen nicht berücksichtigt.

Nachfolgende Verbraucherhinweise können nur allgemeine Hinweise des bei Drucklegung geltenden Steuerrechts sein. Für deren Richtigkeit und Vollständigkeit kann keine Haftung übernommen werden. Hilfeleistungen in Steuerangelegenheiten können, außer vom zuständigen Finanzamt, nur von Befugten zur unbeschränkten Hilfeleistung in Steuersachen (z. B. Steuerberater, Wirtschaftsprüfer) geleistet werden (§ 3 StBerG).

A. Einkommensteuer

I. Steuerliche Behandlung der Beiträge

Beiträge zu Direktversicherungen sind beim Arbeitgeber als Betriebsausgaben abzugsfähig. Ansprüche aus einer Direktversicherung sind vom Arbeitgeber nicht zu aktivieren, soweit sie dem Arbeitnehmer aufgrund seines Bezugsrechts zugerechnet werden. Sind die Ansprüche aus einer Direktversicherung teilweise dem Arbeitgeber zuzurechnen, müssen sie bei Gewinnermittlung durch Betriebsvermögensvergleich als Ansprüche aus Lebensversicherungen, die zu einem Betriebsvermögen gehören, aktiviert werden. Beiträge, die ein inländischer Arbeitgeber zu einer Direktversicherung entrichtet, unterliegen der Lohnsteuer. Dagegen bleiben Beiträge des Arbeitgebers aus dem ersten Dienstverhältnis für eine Direktversicherung zum Aufbau einer kapitalgedeckten betrieblichen Altersversorgung, bei der eine Auszahlung der zugesagten Alters-, Invaliditäts- oder Hinterbliebenenversorgungsleistung in Form einer Rente oder eines Auszahlungsplans vorgesehen ist, im Rahmen des § 3 Nr. 63 EStG steuerfrei. Danach können Beiträge im Kalenderjahr in Höhe von bis zu 4 % der in dem jeweiligen Kalenderjahr gültigen Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung (West) steuerfrei bleiben. Dies gilt nicht, soweit der Arbeitnehmer nach § 1 a Absatz 3 des Betriebsrentengesetzes verlangt hat, dass die Voraussetzungen für eine Förderung nach § 10 a oder Abschnitt XI EStG erfüllt werden.

Sofern bereits eine steuerliche Förderung nach § 40 b EStG in der am 31.12.2004 geltenden Fassung genutzt wird, verringert sich der Höchstbetrag entsprechend um diese Zuwendungen. Aus Anlass der Beendigung des Dienstverhältnisses geleistete Beiträge zum Aufbau einer kapitalgedeckten betrieblichen Altersversorgung sind steuerfrei, soweit sie 4 % der in dem jeweiligen Kalenderjahr gültigen Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung (West) vervielfältigt mit der Anzahl der Kalenderjahre, in denen das Dienstverhältnis des Arbeitnehmers zu dem Arbeitgeber bestanden hat, höchstens jedoch zehn Jahre, nicht übersteigen. Der Höchstbetrag ist nicht anzuwenden für Nachholungsbeiträge aus Anlass der Beendigung eines Dienstverhältnisses, soweit eine steuerliche Förderung nach § 40 b EStG in der am 31.12.2004 geltenden Fassung genutzt wird.

Beiträge, die für Kalenderjahre nachgezahlt werden, in denen das erste Dienstverhältnis ruhte und vom Arbeitgeber im Inland kein steuerpflichtiger Arbeitslohn bezogen wurde, sind steuerfrei, soweit sie 8 % der in dem jeweiligen Kalenderjahr gültigen Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung (West), vervielfältigt mit der Anzahl dieser Kalenderjahre, höchstens jedoch zehn Kalenderjahre, nicht übersteigen. Übersteigen die Beitragszahlungen die o. g. Grenzen des § 3 Nr. 63 EStG, unterliegen sie insoweit der Lohnsteuer. Sozialabgabenfrei sind die Beiträge zu einer Direktversicherung bis maximal 4 % der in dem jeweiligen Kalenderjahr gültigen Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung (West).

Förderbeitrag

Arbeitgeber dürfen vom Gesamtbetrag der einzubehaltenden Lohnsteuer für jeden Arbeitnehmer mit einem ersten Dienstverhältnis 30 % des zusätzlichen Arbeitgeberbeitrages zur kapitalgedeckten betrieblichen Altersversorgung, höchstens 144 EUR entnehmen und bei der nächsten Lohnsteuer-Anmeldung gesondert absetzen. Voraussetzung ist, dass:

1. der Arbeitslohn des Arbeitnehmers im Inland der Lohnsteuer unterlag,
2. der Arbeitgeber für den Arbeitnehmer zusätzlich zum ohnehin geschuldeten Arbeitslohn im Kalenderjahr mindestens einen Betrag in Höhe von 240 EUR (maximal 480 EUR) an einem Pensionsfonds, eine Pensionskasse oder für eine Direktversicherung zahlt,
3. im Zeitpunkt der Beitragsleistung der Arbeitslohn nicht mehr beträgt als
 - a) 73,34 EUR bei einem täglichen Lohnzahlungszeitraum,
 - b) 513,34 EUR bei einem wöchentlichen Lohnzahlungszeitraum,
 - c) 2.200,00 EUR bei einem monatlichen Lohnzahlungszeitraum oder
 - d) 26.400,00 EUR bei einem jährlichen Lohnzahlungszeitraum.
4. eine Auszahlung der zugesagten Alters-, Invaliditäts- oder Hinterbliebenenversorgungsleistungen in Form einer Rente oder eines Auszahlungsplans (§ 1 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 des Altersvorsorgeverträge-Zertifizierungsgesetz) vorgesehen ist.

II. Steuerliche Behandlung der Leistungen

Sofern und soweit die Beiträge zu einer Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG steuerfrei gestellt sind, ist die Versicherungsleistung (Alters-, Todesfall- und Invaliditätsleistung) nach § 22 Nr. 5 EStG in voller Höhe zu versteuern.

Sofern und soweit die Beiträge zu einer Direktversicherung nicht steuerlich gefördert wurden, wird die Rentenleistung als zeitlich begrenzte Leibrente nach § 22 Nr. 5 Satz 2 a EStG mit dem Ertragsanteil aus § 55 EStDV versteuert.

Weitere Einzelheiten hierzu entnehmen Sie bitte den „Allgemeinen Steuerhinweise für die selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung und die Erwerbsunfähigkeitsabsicherung – Private Vorsorge (Schicht 3)“.

Rentenbezugsmitteilung

Versicherungsunternehmen sind gemäß § 22 a EStG verpflichtet, der Zentralen Stelle (§ 81 EStG) bis zum letzten Tag des Monats Februar des Folgejahres die für den Besteuerungszeitraum zugeflossenen Leibrenten und deren Empfänger zu melden (Rentenbezugsmitteilung).

B. Erbschaftsteuer

Zuwendungen an den Arbeitnehmer aus einer Direktversicherung sind nicht erbschaftsteuerpflichtig. Zuwendungen an Witwen oder Waisen des Arbeitnehmers als berechnigte Personen einer Direktversicherung sind ebenfalls nicht erbschaftsteuerpflichtig, soweit sie angemessen sind. Erwerben die Hinterbliebenen des Arbeitnehmers die Leistungen aus einer Direktversicherung aus dem Nachlass des Arbeitnehmers, unterliegen die Leistungen der Erbschaftsteuer. Leistungen aus Direktversicherungen, die an Witwen oder Waisen von beherrschenden Gesellschafter-Geschäftsführern einer Kapitalgesellschaft gezahlt werden, unterliegen unabhängig vom Rechtsgrund des Erwerbs stets der Erbschaftsteuer. Ob sich aus den Hinterbliebenenleistungen eine Erbschaftsteuerschuld tatsächlich ergibt, ist von den individuellen Verhältnissen (z. B. den zur Verfügung stehenden Freibeträgen) abhängig.

C. Versicherungsteuer

Beiträge zu Direktversicherungen unterliegen nicht der Versicherungsteuer.

D. Umsatzsteuer

Beiträge zu Direktversicherungen und Leistungen aus Direktversicherungen, die ein Arbeitgeber zugunsten seiner Arbeitnehmer abgeschlossen hat, sind umsatzsteuerfrei.

Allgemeine Hinweise zum Arbeits- und Sozialversicherungsrecht

A. Anpassungsprüfungspflicht

Gemäß § 16 Betriebsrentengesetz hat der Arbeitgeber die grundsätzliche Verpflichtung, laufende Versorgungsleistungen alle drei Jahre hinsichtlich einer Anpassung zu prüfen. § 16 Absatz 3 Betriebsrentengesetz regelt allerdings, dass diese Prüfungspflicht entfällt, wenn

- der Arbeitgeber sich verpflichtet, laufende Leistungen jährlich um mindestens 1 % zu erhöhen,
- bei einer Direktversicherung alle ab Rentenbeginn anfallenden Überschussanteile zur Erhöhung der laufenden Leistungen verwendet werden. Bei einer Entgeltumwandlung ist diese Gewinnverwendung zwingend vorgeschrieben,
- eine Beitragszusage mit Mindestleistung erteilt wurde.

B. Gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung für Rentner

Sämtliche Leistungen aus einer betrieblichen Altersversorgung unterliegen der Beitragspflicht für Kranken- und Pflegeversicherung, sofern der Leistungsempfänger freiwillig oder pflichtversichert in der gesetzlichen Krankenversicherung ist. Dies gilt nicht für Leistungen, die auf Beiträgen beruhen, die der Arbeitnehmer privat geleistet hat während der Vertrag auf ihn als Versicherungsnehmer übertragen war.

Allgemeine Steuerhinweise

für die selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung und die Erwerbsunfähigkeitsabsicherung – Private Vorsorge (Schicht 3)

gültig für die Bundesrepublik Deutschland (Stand 07/2018)
Eventuelle Gesetzesänderungen sind in den nachfolgenden Ausführungen nicht berücksichtigt.

Nachfolgende Verbraucherhinweise können nur allgemeine Hinweise des bei Drucklegung geltenden Steuerrechts sein. Für deren Richtigkeit und Vollständigkeit kann keine Haftung übernommen werden. Hilfeleistungen in Steuerangelegenheiten können, außer vom zuständigen Finanzamt, nur von Befugten zur unbeschränkten Hilfeleistung in Steuersachen (z. B. Steuerberater, Wirtschaftsprüfer) geleistet werden (§ 3 StBerG).

A. Einkommensteuer

Selbständige Berufsunfähigkeitsversicherungen und Erwerbsunfähigkeitsabsicherungen

Selbständige Berufsunfähigkeitsversicherungen und Erwerbsunfähigkeitsabsicherungen sind steuerlich begünstigt. Die Beiträge können bei der Veranlagung zur Einkommensteuer im Rahmen der Höchstbeträge für Vorsorgeaufwendungen als Sonderausgaben abgezogen werden (§ 10 Abs. 1 Nr. 3a i. V. m. § 10 Abs. 4 EStG). Voraussetzung für den Sonderausgabenabzug ist, dass die Ausgaben nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit steuerfreien Einnahmen stehen.

Rentenleistungen aus selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherungen und Erwerbsunfähigkeitsabsicherungen sind als zeitlich begrenzte Leibrenten mit dem Ertragsanteil aus § 55 EStDV zu versteuern.

Rentenbezugsmitteilung

Versicherungsunternehmen sind gemäß § 22a EStG verpflichtet, der Zentralen Stelle (§ 81 EStG) bis zum letzten Tag des Monats Februar des Folgejahres die für den Besteuerungszeitraum zugeflossenen Leibrenten und deren Empfänger zu melden (Rentenbezugsmitteilung).

B. Erbschaftsteuer

Für Leistungen aus selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherungen und Erwerbsunfähigkeitsabsicherungen fällt keine Erbschaftsteuer an.

C. Versicherungsteuer

Beiträge zu Rentenversicherungen und Beiträge zu den Zusatzversicherungen sind von der Versicherungsteuer befreit.

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung auf Abschluss einer Lebensversicherung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:
Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG,
Poppelsdorfer Allee 25-33,
53115 Bonn.
Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0228 268 7777.

Bitte geben Sie in Ihrer Widerrufserklärung auch die Vertragsnummer an.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich pro Tag zwischen dem Beginn des Versicherungsschutzes und dem Zugang der Widerrufserklärung um einen Betrag in Höhe von $\frac{1}{365}$ des für ein Jahr zu zahlenden Beitrags. Den Rückkaufswert einschließlich der Überschussanteile nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes zahlen wir Ihnen aus. Die Erstattung zurückzuzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Hiermit informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung Aktiengesellschaft und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG
Poppelsdorfer Allee 25-33
53115 Bonn
Telefon: 0228/268-01
Fax: 0228/268-3692
E-Mail: service@zurich.de

Unsere **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie unter folgender Adresse

Zurich Gruppe Deutschland
Konzernschutz
53096 Bonn
E-Mail: datenschutz@zurich.com

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.zurich.de/datenschutz abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung versicherungsspezifischer Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit einer Zurich Gesellschaft bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung, hinsichtlich einer Vertragsanpassung oder -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- für die Gesamtbetrachtung Ihrer Kundenbeziehung zu den Unternehmen der Zurich Gruppe in Deutschland,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Zurich Gruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei spezialisierten Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Weitere Informationen zur Weitergabe von personenbezogenen Daten und die Verwendung dieser Daten durch unsere Rückversicherer finden Sie auf unserer Internetseite unter www.zurich.de/datenschutz.

Mitversicherer (Konsortialpartner):

Haben Sie eine Konsortialversicherung abgeschlossen, sind die in Ihrem Persönlichen Vorschlag genannten Lebensversicherer in Höhe eines jeweiligen prozentualen Anteils an Ihrem Versicherungsvertrag beteiligt. Die Anschrift der beteiligten Versicherer finden Sie in diesem Fall in der in Ihrem Persönlichen Vorschlag enthaltenen „Information zu Ihrer Versicherung“. Im Rahmen der Antragsbearbeitung sowie zur Durchführung Ihres Versicherungsvertrages kann es zur Weitergabe Ihrer allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten an die Konsortialpartner

und die mit ihnen verbundenen Unternehmen kommen. Die beteiligten Unternehmen sind in jedem Fall gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen einzuhalten.

Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Zurich Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In der Übersicht der Dienstleister der Zurich Gruppe Deutschland in Ihren Verbraucherinformationen sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.zurich.de/datenschutz finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht der Dienstleister der Zurich Gruppe Deutschland in Ihren Verbraucherinformationen sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.zurich.de/datenschutz entnehmen.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich, unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahre.

Betroffenenrechte

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung ohne Angabe von Gründen zu widersprechen. Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, widersprechen. Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten dann nicht mehr, es sei denn, wir können zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die Ihre Interessen, Rechte und Freiheiten überwiegen oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten zu wenden. Daneben haben Sie das Recht auf Beschwerde bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Der Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Nordrhein-Westfalen
Postfach 20 04 44
40102 Düsseldorf

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Detaillierte Information dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern in Drittländern finden Sie in der Übersicht der Dienstleister der Zurich Gruppe Deutschland in Ihren Verbraucherinformationen sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.zurich.de/datenschutz

Aktualisierung der Datenschutzhinweise

Diese Datenschutzhinweise können aufgrund von Änderungen z. B. der gesetzlichen Bestimmungen, zu einem späteren Zeitpunkt angepasst werden. Eine jeweils aktuelle Fassung dieser Hinweise sowie der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, erhalten Sie getrennt nach Unternehmen und Sparten unter www.zurich.de/datenschutz

Übersicht der Dienstleister der Zurich Gruppe Deutschland

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten in Übereinstimmung mit den Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft und der von Ihnen gegebenenfalls im Rahmen Ihres Versicherungsantrags oder der Leistungsbearbeitung abgegebenen Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung. Dies beinhaltet auch die Weitergabe von Daten an Dienstleister, soweit dies für Erbringung der Dienstleistung erforderlich ist. Diese Liste nennt solche Dienstleister sowie Kategorien von Dienstleistern. Dienstleister bzw. Dienstleisterkategorien, die hierzu Gesundheitsdaten erhalten könnten, sind mit ¹⁾ gekennzeichnet.

Einzelne Dienstleister können auch außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums niedergelassen sein. Eine Datenübermittlung an solche Dienstleister kann zum Beispiel erfolgen, wenn dies zwingend zur Erfüllung des mit Ihnen geschlossenen Vertrags erforderlich ist. Im Übrigen erfolgt eine solche Übermittlung nur, wenn das angemessene Datenschutzniveau am Sitz des Dienstleisters durch einen Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission (wie z. B. im Fall der Schweiz) oder durch geeignete Garantien, insbesondere den Abschluss der von der Europäischen Kommission erlassenen Standard-Datenschutzklauseln (diese können Sie bei uns erfragen), gewährleistet ist. Dienstleister bzw. Kategorien mit Sitz außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums sind mit ²⁾ gekennzeichnet.

An der zentralisierten Datenverarbeitung der Stammdaten teilnehmende Konzerngesellschaften

ADAC Autoversicherung AG	DA Deutsche Allgemeine Versicherung Aktiengesellschaft
Deutscher Pensionsfonds Aktiengesellschaft	Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung Aktiengesellschaft
Zurich Insurance plc Niederlassung für Deutschland	

Dienstleister, die für o. g. Konzerngesellschaften tätig werden und bei denen die Datenverarbeitung Hauptgegenstand der Tätigkeit ist

Dienstleister	Gegenstand der Beauftragung
Bonnfinanz Aktiengesellschaft für Vermögensberatung und Vermittlung ¹⁾	Versicherungsvertrieb
DEUTSCHER HEROLD Aktiengesellschaft ¹⁾	Zentrale Dienstleistungen (z. B. Recht & Steuern, Revision)
TDG Tele Dienste GmbH ¹⁾	Kundenservice (z. B. Telefonie)
Zürich Beteiligungs-Aktiengesellschaft (Deutschland) ¹⁾	Zentrale Dienstleistungen (z. B. Recht & Steuern, Revision)
Zurich Kunden Center GmbH ¹⁾	Kundenservice (z. B. Telefonie)
Zurich Service GmbH ¹⁾	Risikoprüfung, Vertragsverwaltung, Versicherungsvertrieb und Leistungsfallbearbeitung sowie IT-Dienstleistungen

Dienstleister, die für Zurich Insurance plc Niederlassung für Deutschland (1. – 4.) sowie die DA Deutsche Allgemeine Versicherung Aktiengesellschaft (3. – 4.) tätig werden und bei denen die Datenverarbeitung Hauptgegenstand der Tätigkeit ist

Dienstleister	Gegenstand der Beauftragung
1. DKV Deutsche Krankenversicherung AG ¹⁾	Leistungsfallbearbeitung in der Auslandsreise-Krankenversicherung
2. Rheinland Versicherungs AG ¹⁾	Leistungsfallbearbeitung in der Restkreditversicherung mit eingeschlossener Zusatzversicherung (Arbeitsunfähigkeit/Arbeitslosigkeit)
3. GDV Dienstleistungs-GmbH & Co KG	Diverse Service-Dienstleistungen (u. a. Not- und Zentralruf der deutschen Autoversicherer, Verfahren zur elektronischen Versicherungsbestätigung)
4. informa HIS GmbH	Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Kategorien von Dienstleistern, die für o. g. Konzerngesellschaften tätig werden und bei denen die Verarbeitung von personenbezogenen Daten kein Hauptgegenstand des Auftrages ist bzw. die nur gelegentlich tätig werden

Dienstleisterkategorie	Gegenstand der Beauftragung
Adressdienstleister	Aktualisierung von Adressdaten
Archivierungs-/Entsorgungsunternehmen ¹⁾	Aktenarchivierung und Entsorgung von Akten/Datenträgern
Assistancedienstleister ^{1) 2)}	Assistanceleistungen
Call-Center	Telefondienstleistungen
Druckereien	Druckdienstleistungen (Druck/Postversand)
Elektronisches Versandmanagement	Versanddienstleistungen (E-Mail Versand)
Medizinische Gutachter und Sachverständige (Ärzte, Psychologen, Psychiater etc.) ¹⁾	Analyse, Begutachtung und Beratung zu Rehabilitations- und sonstigen medizinischen Maßnahmen
Sonstige Gutachter, Sachverständige, Prüfdienstleister ¹⁾	Erstellung von Gutachten/Expertisen sowie Beratung in speziellen Fällen
Inkassounternehmen	Forderungseinzug
IT- und Telekommunikationsdienstleister ^{1) 2)}	IT-Dienstleistungen (z. B. IT, Telefonie, Netzwerk, Wartung)
Logistikdienstleister ¹⁾	Posteingangsbearbeitung/Dokumenten-Management
Marketingagenturen	Marketingaktionen
Marktforschungsunternehmen	Marktforschung
Recherchedienstleister (z. B. Detekteien) ¹⁾	Auskunfts- und Recherchedienstleistungen
Rechtsanwaltskanzleien ¹⁾	Anwaltliche Dienstleistungen
Rehabilitationsdienste und Dienstleister für Hilfs- und Pflege- sowie medizinische Leistungen ¹⁾	Assistanceleistungen (z. B. Beratung zu Rehabilitationsmaßnahmen)
Rückversicherer ^{1) 2)}	Einbindung in die Risiko- und Leistungsprüfung in speziellen Fällen
Schadendienstleister/Sanierer/Werkstätten	Unterstützung in der Schadenbearbeitung
Übersetzer und Dolmetscher	Übersetzungen und ähnliche Unterstützungsleistungen
Wirtschaftsprüfer	Prüfdienstleistungen

Hinweis: Sofern Dienstleister nicht streng weisungsgebunden als Auftragsverarbeiter eingesetzt werden, sondern eine eigene Entscheidungskompetenz haben (wie z. B. typischerweise bei Sachverständigen und Gutachtern), unterbleibt die Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an einen solchen Dienstleister, wenn Sie dieser Übermittlung widersprechen und geltend machen können, dass in der konkreten Situation ausnahmsweise Ihre schutzwürdigen Interessen das Interesse des übermittelnden Unternehmens überwiegen.

Stand: 05/2018