

Kundeninformation zur DEVK-Risikolebensversicherung (Stand 01.07.2024)

Inhaltsverzeichnis	Seite
1. Verbraucherinformationen	3
2. Tarifbestimmungen und Bedingungen	5
2.1. Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Risikolebensversicherung mit Tarifbestimmungen	5
2.2. Allgemeine Bedingungen für die Risikolebensversicherung mit Tarifbestimmungen	7
2.3. Besondere Bedingungen für die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen (Dynamik) mit Tarifbestimmungen	23
2.4. Bedingungen für die Unfall-Zusatzversicherung mit Tarifbestimmungen	26
2.5. Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit Tarifbestimmungen	30
2.6. Bedingungen für die Schwere Krankheiten-Zusatzversicherung mit Tarifbestimmungen	45
3. Anhang zu den Versicherungsbedingungen	53
4. Steuerliche Hinweise	54
5. Besondere Bestimmungen bei Rückdeckungsversicherungen	56
6. Informationsblatt zum Datenschutz	57
7. Erläuterung von Fachausdrücken zu den Bedingungen und Tarifbestimmungen (Glossar)	60
8. Auszug aus der Satzung der „DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung Lebensversicherungsverein a.G. Betriebliche Sozialeinrichtung der Deutschen Bahn“	65
Auszug aus der Satzung der „DEVK Allgemeine Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft“	67

Wer ist Ihr Vertragspartner und wie lautet die ladungsfähige Anschrift?

Ihr Vertragspartner ist die

beziehungsweise die

**DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung
Lebensversicherungsverein a.G.**

Betriebliche Sozialeinrichtung der Deutschen Bahn
 Vorsitzender des Aufsichtsrates: Martin Burkert
 Vorstand: Gottfried Rüßmann (V), Annette Hetzenegger,
 Michael Knaup, Dietmar Scheel, Bernd Zens, Dr. Michael Zons
 Riehler Straße 190
 50735 Köln
 Amtsgericht Köln Nr. 42 HRB 7864
 USt-IdNr. DE 122 809 004

DEVK Allgemeine Lebensversicherungs-AG

Vorsitzender des Aufsichtsrates: Dr. Kristian Lorch
 Vorstand: Gottfried Rüßmann (V), Annette Hetzenegger,
 Michael Knaup, Dietmar Scheel, Bernd Zens, Dr. Michael Zons
 Riehler Straße 190
 50735 Köln
 Amtsgericht Köln Nr. 42 HRB 17068
 USt-IdNr. DE 811 201 236

Welches Unternehmen Ihren Versicherungsvertrag führt, ergibt sich aus dem Versicherungsschein.

Service Telefon: 0800 4-757-757*; Fax: 0221 757-395300

* gebührenfrei aus dem deutschen Telefonnetz

Was ist die Hauptgeschäftstätigkeit der DEVK?

Die beiden oben genannten DEVK-Unternehmen schließen Lebensversicherungen in allen ihren Arten und damit verbundenen Zusatzversicherungen ab. Sie besitzen die in Deutschland zum Geschäftsbetrieb erforderliche Genehmigung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin).

Wie sind die Ansprüche aus den bei der DEVK bestehenden Verträgen abgesichert?

Zur Absicherung der Ansprüche aus Lebensversicherungen besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds (§§ 221 ff. des Versicherungsaufsichtsgesetzes) der bei der Protektor Lebensversicherungs-AG, Wilhelmstraße 43 G, 10117 Berlin, www.protektor-ag.de errichtet ist.

Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Personen, der Bezugsberechtigten und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen. Die DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung Lebensversicherungsverein a.G. sowie die DEVK Allgemeine Lebensversicherungs-AG gehören dem Sicherungsfonds an.

Was sind die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung?

Eine genaue Aufstellung aller wesentlichen Informationen über Art und Umfang sowie Fälligkeit der Leistungen können Sie den Ihnen zusammen mit dem Antrag ausgehändigten Unterlagen und innerhalb dieser Kundeninformation den für Ihren Vertrag maßgeblichen Tarifbestimmungen und Versicherungsbedingungen entnehmen.

Wie hoch ist der Versicherungsbeitrag?

Sie können den Beitrag, der konkret für die beantragte Versicherung zu zahlen ist, dem Antrag sowie den weiteren Ihnen mit dem Antrag ausgehändigten Unterlagen entnehmen.

Sollten Sie in Ihren Vertrag Zusatzversicherungen eingeschlossen haben, werden die einzelnen Beiträge im Versicherungsschein ausgewiesen.

Wann und wie ist der Beitrag zu zahlen?

Hinweise und Erläuterungen zur Fälligkeit und Zahlung des Erst- und Folgebeitrags können Sie den in dieser Kundeninformation für Ihren Vertrag enthaltenden maßgeblichen Versicherungsbedingungen sowie dem Versicherungsschein entnehmen.

Die mit Ihnen vereinbarte Zahlungsweise des Beitrags wird von uns zum Fälligkeitszeitpunkt beachtet.

Wie kommt der Vertrag zustande und wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsvertrag wird durch einen Antrag von Ihnen angebahnt. Bei Antragstellung erhalten Sie rechtzeitig vor Ihrer Unterschrift eine Ausfertigung des Versicherungsantrags, alle gesetzlich vorgeschriebenen Informationen sowie die in dieser Kundeninformation zusammengefassten Verbraucherinformationen und Versicherungsbedingungen, die dem künftigen Vertrag zugrunde liegen, um Ihnen auf diese Weise eine Prüfung des gewünschten Versicherungsschutzes zu ermöglichen. Eine Antragsbindungsfrist für Sie besteht nicht.

Nach Eingang Ihres Antrags bei der DEVK prüfen und entscheiden wir, ob wir ihn in der von Ihnen gestellten Form annehmen können. Erhalten Sie von uns einen Versicherungsschein und widerrufen Sie Ihre Vertragserklärung nicht, kommt der Versicherungsvertrag zustande.

Der Versicherungsschutz beginnt mit Zustandekommen des Vertrags, jedoch nicht vor dem beantragten Beginn. Eine weitere Voraussetzung ist die rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags. Nähere Einzelheiten hierzu und die Folgen einer nicht rechtzeitigen Zahlung können Sie den Versicherungsbedingungen und dem Versicherungsschein entnehmen.

Wann können Sie Ihre Vertragserklärung widerrufen und welche Folgen hat ein wirksamer Widerruf?

Zu Ihrem Widerrufsrecht erhalten Sie mit dem Versicherungsschein die gesetzlich vorgeschriebene Belehrung. Innerhalb dieser Belehrung informieren wir Sie insbesondere über die Widerrufsfrist, den Fristbeginn sowie die Widerrufsfolgen.

Wie lange läuft der Vertrag und welche Kündigungsmöglichkeiten haben Sie?

Die Laufzeit Ihres Vertrags können Sie der Ihnen ausgehändigten Ausfertigung des Versicherungsantrags sowie dem Versicherungsschein entnehmen.

Sie haben die Möglichkeit Ihren Vertrag während der Vertragslaufzeit zu kündigen. Näheres hierzu entnehmen Sie bitte den für Ihren Vertrag maßgeblichen Versicherungsbedingungen.

Welches Recht und welche Vertragssprache werden angewandt?

Für das Versicherungsverhältnis und die vorvertraglichen Beziehungen gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland. Die Vorabinformationen, der Vertragsabschluss und die Kommunikation mit Ihnen während der Vertragslaufzeit erfolgen ausschließlich in deutscher Sprache.

Welche Hilfe können Sie in Anspruch nehmen, wenn Sie Meinungsverschiedenheiten mit uns haben oder Sie sich über uns beschweren wollen?

Bei Meinungsverschiedenheiten oder Beschwerden mit uns stehen Ihnen verschiedene Beschwerdemöglichkeiten offen. Die verschiedenen Möglichkeiten haben wir in den Versicherungsbedingungen unter der Überschrift „An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?“ zusammengefasst. Sie finden die für Ihren Vertrag maßgeblichen Bedingungen in dieser Kundeninformation.

Welche Kosten sind in dem Beitrag mit einkalkuliert und welche möglichen sonstigen Kosten können entstehen?

Für Ihren Vertrag sind Abschlusskosten und weitere Kosten zu entrichten, die in der kalkulierten Prämie bereits enthalten sind. Die Abschlusskosten sind einmalige Aufwendungen beim Abschluss der Versicherung, wie zum Beispiel Kosten der Antrags- oder Risikoprüfung, der Antragsbearbeitung, des Vertragsabschlusses und der Ausfertigung des Versicherungsscheins. Die übrigen einkalkulierten Kosten dienen im Wesentlichen der Finanzierung unserer laufenden Verwaltungsaufwendungen.

Die genaue Höhe der vorgenannten Kosten in Euro können Sie den Ihnen zusammen mit dem Antrag ausgehändigten Unterlagen entnehmen.

Für die Durchführung einer Vertragsumwandlung erheben wir zurzeit eine Gebühr in Höhe von 40 Euro. Weitere Informationen zu Kosten, die wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen, finden Sie in dieser Kundeninformation in den für Ihren Vertrag maßgeblichen Versicherungsbedingungen unter der Überschrift „Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?“.

Wie erfolgt die Überschussermittlung und -beteiligung?

Die für die Überschussermittlung und Überschussbeteiligung geltenden Berechnungsgrundsätze und Maßstäbe bitten wir den jeweiligen Versicherungsbedingungen unter der Überschrift „Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?“ zu entnehmen. Nachfolgend geben wir Ihnen einen kurzen Überblick über die verschiedenen Überschussysteme unseres Tarifwerks:

	Überschussystem „b“ (Leistungsbonus)	Überschussystem „c“ (Vorwegabzug)
Risikoversicherungen	Todesfallbonus Zu der vertraglich garantierten Versicherungsleistung wird im Leistungsfall eine zusätzliche – nicht garantierte – Versicherungsleistung gewährt.	Die fälligen Beiträge zu Ihrer Versicherung werden um einen – nicht garantierten – Anteil (Vorwegabzug) reduziert.
Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen	Leistungsbonus Zu der vertraglich garantierten Versicherungsleistung wird im Leistungsfall eine zusätzliche – nicht garantierte – Versicherungsleistung gewährt.	Die fälligen Beiträge zu Ihrer Versicherung werden um einen – nicht garantierten – Anteil (Vorwegabzug) reduziert.

Zusätzlich bei Tarifen im Leistungsbezug:

	Überschussystem „e“
Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen	Bonusleistung Im Leistungsbezug werden die jährlichen Überschussanteile für eine zusätzliche sofortbeginnende beitragsfreie Leistung verwendet.

Wie entwickeln sich die Rückkaufswerte und beitragsfreien Leistungen des Vertrags? Welche Mindestsummen sind bei der Umwandlung in eine beitragsfreie oder beitragsreduzierte Versicherung zu beachten?

Die Entwicklung der Rückkaufswerte und beitragsfreien Leistungen Ihres Vertrags können Sie Ihrer Ausfertigung des Versicherungsantrags sowie dem Versicherungsschein entnehmen. Die Mindestsummen zur Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung oder zur Reduzierung des Beitrags entnehmen Sie bitte den für Ihren Vertrag maßgeblichen Tarifbestimmungen in dieser Kundeninformation.

Steuerliche Hinweise

Die steuerlichen Hinweise finden Sie in dieser Kundeninformation unter Punkt 4.

2.1. Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Risikolebensversicherung

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

Inhaltsverzeichnis

Was ist vorläufig versichert?	§ 1
Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?	§ 2
Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?	§ 3
In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?	§ 4
Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?	§ 5
Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?	§ 6

Erläuterung von Fachausdrücken

Im Glossar finden Sie Erläuterungen zu wichtigen Fachausdrücken, die wir in unseren Tarifbestimmungen und Versicherungsbedingungen verwenden. Diese sind im Text mit „→“ markiert.

§ 1**Was ist vorläufig versichert?**

- (1) Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich auf die für den Todesfall beantragten Leistungen.
- (2) Aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes zahlen wir höchstens die in den Tarifbestimmungen der beantragten Versicherung genannte Leistung, auch wenn Sie höhere Leistungen beantragt haben. Diese Begrenzung gilt auch dann, wenn mehrere Anträge auf das Leben derselben Person bei uns gestellt worden sind.

§ 2**Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?**

Unter den folgenden Voraussetzungen gewähren wir den vorläufigen Versicherungsschutz:

- a) Der beantragte Versicherungsbeginn liegt nicht später als zwei Monate nach der Unterzeichnung des Antrags.
- b) Der erste Beitrag für die beantragte Versicherung ist gezahlt oder uns ist eine Ermächtigung zum Beitragseinzug erteilt worden.
- c) Sie haben das Zustandekommen der beantragten Versicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht.
- d) Ihr Antrag bewegt sich im Rahmen der von uns gebotenen Tarife und Bedingungen, für die wir einen vorläufigen Versicherungsschutz anbieten.
- e) Die → versicherte Person hat bei Unterzeichnung des Antrags das 15. Lebensjahr schon und das 68. Lebensjahr noch nicht vollendet.
- f) Frühere Verträge mit einem der Lebensversicherungsunternehmen der DEVK wurden von uns nicht wegen Nichtzahlung oder Zahlungsrückständen beitragsfrei gestellt oder gekündigt.
- g) Wir haben bei früheren Verträgen mit einem der Lebensversicherungsunternehmen der DEVK für dieselbe versicherte Person keinen Rücktritt beziehungsweise keine Anfechtung erklärt.
- h) Frühere Risikolebensversicherungsanträge bei einem der Lebensversicherungsunternehmen der DEVK für dieselbe versicherte Person
 - wurden von uns nicht abgelehnt,
 - wurden von uns nicht zurückgestellt,
 - wären beziehungsweise sind nicht nur zu erschwerten Bedingungen zu Stande gekommen.

§ 3**Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?**

- (1) Wenn die Voraussetzungen nach § 2 erfüllt sind, beginnt der vorläufige Versicherungsschutz mit dem Tag, an dem Ihre vollständig ausgefüllten Antragsunterlagen bei uns eingehen.
- (2) Unter den folgenden Voraussetzungen endet der vorläufige Versicherungsschutz:
 - a) Der Versicherungsschutz aus dem Vertrag hat begonnen.
 - b) Sie haben Ihren Antrag angefochten oder zurückgenommen.
 - c) Sie haben von Ihrem Widerrufsrecht gemäß § 8 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) Gebrauch gemacht.
 - d) Aus von Ihnen zu vertretenden Gründen
 - wurde der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt oder
 - war der Einzug des ersten Beitrags nicht möglich oder
 - ist dem Einzug des ersten Beitrags widersprochen worden.

Dies gilt nur dann, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in → Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im → Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben.

- e) Sie haben einer Ihnen nach § 5 Absatz 1 und 2 VVG mitgeteilten Abweichung des Versicherungsscheins von Ihrem Antrag widersprochen.
 - f) Sie schließen oder haben den Vertrag über die beantragte Versicherung oder einen weiteren Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz mit einem anderen Versicherer geschlossen. Über den Vertragsschluss mit einem anderen Versicherer müssen Sie uns unverzüglich informieren.
- (3) Jede Vertragspartei kann den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz ohne Einhaltung einer Frist kündigen oder teilweise kündigen. Wir werden den vorläufigen Versicherungsschutz insbesondere dann kündigen, wenn wir Ihren Antrag abgelehnt oder zurückgestellt haben. Die Kündigung wird nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang wirksam.
- (4) Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

§ 4

In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Unsere Leistungspflicht ist für folgende Versicherungsfälle ausgeschlossen beziehungsweise eingeschränkt:

- a) Ausgeschlossen sind Versicherungsfälle aufgrund von Ursachen (Krankheiten, Störungen, Beschwerden, Beeinträchtigungen, Betäubungsmittel, Drogen, Alkohol), nach denen oder nach deren Beratungen, Behandlungen oder Untersuchungen im Antrag gefragt wurde, und von denen Sie oder die → versicherte Person vor Antragstellung Kenntnis hatten. Dies gilt auch dann, wenn Sie oder die versicherte Person diese Ursachen im Antrag angegeben haben. Wir werden jedoch leisten, wenn uns nachgewiesen wird, dass diese Ursachen für den Eintritt des → Versicherungsfalls nur mitursächlich geworden sind.
- (b) Bei vorsätzlicher Selbsttötung besteht kein Versicherungsschutz.

Wenn uns nachgewiesen wird, dass sich die versicherte Person in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit selbst getötet hat, besteht Versicherungsschutz.

- (c) Stirbt die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen, besteht kein Versicherungsschutz.

Wir werden jedoch leisten, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen stirbt, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

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

Dies gilt nur, wenn die Waffen/Stoffe das Leben oder die Gesundheit von mindestens 1.000 Menschen gefährden oder schädigen. Es muss eine deutsche Behörde für Katastrophenschutz tätig geworden sein, um die Bevölkerung vor den Waffen/Stoffen zu schützen. Statt der deutschen Behörde kann auch eine vergleichbare Einrichtung eines anderen Landes tätig geworden sein.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen stirbt, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

§ 5

Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir keinen Beitrag.

§ 6

Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

- (1) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, gelten die Angaben im Antrag sowie die Versicherungsbedingungen für die beantragte Versicherung. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse. Für den vorläufigen Versicherungsschutz erfolgt jedoch keine Überschussbeteiligung.
- (2) Haben Sie im Antrag ein → Bezugsrecht festgelegt, gilt dieses auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

Tarifbestimmungen

Allgemeine Hinweise

Tarife, die mit „L“ beginnen: DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung
Lebensversicherungsverein a.G.
Betriebliche Sozialeinrichtung der Deutschen Bahn

Tarife, die mit „N“ beginnen: DEVK Allgemeine Lebensversicherungs-AG

Ärztliche Untersuchung: Die DEVK kann im Einzelfall eine ärztliche Untersuchung fordern.

Erläuterung von Fachausdrücken

Im Glossar finden Sie Erläuterungen zu wichtigen Fachausdrücken, die wir in unseren Tarifbestimmungen und Versicherungsbedingungen verwenden. Diese sind im Text mit „→“ markiert.

Tarifbezeichnung	Tarifbeschreibung	Mindest-/Höchstbeträge								
L/N 8N1 L/N 8N10	<p>Nichtraucher-Risikolebensversicherung mit gleichbleibender Versicherungssumme</p> <p>In diesem Tarif können nur Nichtraucher versichert werden.</p> <p>Nichtraucher ist, wer</p> <ul style="list-style-type: none"> in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung (Tarif 8N1), oder in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung (Tarif 8N10) <p>kein Nikotin (egal in welcher Form) konsumiert hat und dies auch in Zukunft nicht beabsichtigt.</p> <p>Umfasst davon sind alle Formen des Nikotinkonsums. Hierzu gehören:</p> <ul style="list-style-type: none"> Das Rauchen/Konsumieren von Tabakprodukten (zum Beispiel Zigaretten, Zigarillos, Zigarren, Pfeifen, Shisha). Das Konsumieren von Nikotin unter Verwendung elektrischer Verdampfer und Erhitzer (zum Beispiel E-Zigaretten, E-Zigarren, E-Pfeifen, E-Shisha oder Tabakerhitzer (Heat-not-burn)). Alle Formen des rauchfreien Konsums (zum Beispiel Schnupftabak, Kautabak, Nikotinplaster, Nikotinkaugummi). <p>Wenn die → versicherte Person während der → Versicherungsdauer stirbt, zahlen wir die vereinbarte Versicherungssumme.</p> <p>Vorläufiger Versicherungsschutz Bereits ab dem Tag, an dem die vollständig ausgefüllten Antragsunterlagen bei uns eingehen, ist die versicherte Person vorläufig versichert.</p> <p>Wenn die versicherte Person während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes stirbt, zahlen wir 100.000 €, maximal aber die vereinbarte Versicherungssumme. Diese Begrenzung gilt auch dann, wenn mehrere Anträge auf das Leben derselben Person bei uns gestellt worden sind. Gegebenenfalls eingeschlossene Zusatzversicherungen sind vom Vorläufigen Versicherungsschutz ausgeschlossen.</p> <p>Einzelheiten hierzu entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Risikolebensversicherung unter Punkt 2.1.</p>	<p>Mindestbeitrag:</p> <table> <tr> <td>monatlich</td> <td>10 €</td> </tr> <tr> <td>vierteljährlich</td> <td>30 €</td> </tr> <tr> <td>halbjährlich</td> <td>60 €</td> </tr> <tr> <td>jährlich</td> <td>120 €</td> </tr> </table> <p>Mindestversicherungssumme:</p> <ul style="list-style-type: none"> beitragspflichtig 50.000 € beitragsfrei 8.000 € 	monatlich	10 €	vierteljährlich	30 €	halbjährlich	60 €	jährlich	120 €
monatlich	10 €									
vierteljährlich	30 €									
halbjährlich	60 €									
jährlich	120 €									
L/N 9N1 L/N 9N10	<p>Nichtraucher-Risikolebensversicherung mit fallender Versicherungssumme</p> <p>In diesem Tarif können nur Nichtraucher versichert werden.</p> <p>Nichtraucher ist, wer</p> <ul style="list-style-type: none"> in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung (Tarif 9N1), oder in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung (Tarif 9N10) <p>kein Nikotin (egal in welcher Form) konsumiert hat und dies auch in Zukunft nicht beabsichtigt.</p> <p>Umfasst davon sind alle Formen des Nikotinkonsums. Hierzu gehören:</p> <ul style="list-style-type: none"> Das Rauchen/Konsumieren von Tabakprodukten (zum Beispiel Zigaretten, Zigarillos, Zigarren, Pfeifen, Shisha). Das Konsumieren von Nikotin unter Verwendung elektrischer Verdampfer und Erhitzer (zum Beispiel E-Zigaretten, E-Zigarren, E-Pfeifen, E-Shisha oder Tabakerhitzer (Heat-not-burn)). Alle Formen des rauchfreien Konsums (zum Beispiel Schnupftabak, Kautabak, Nikotinplaster, Nikotinkaugummi). <p>Die vereinbarte Anfangsversicherungssumme fällt jährlich, erstmals nach einem Jahr ab dem Versicherungsbeginn, gleichmäßig um einen konstanten Betrag. Dieser wird so be-</p>	<p>Mindestbeitrag:</p> <table> <tr> <td>monatlich</td> <td>10 €</td> </tr> <tr> <td>vierteljährlich</td> <td>30 €</td> </tr> <tr> <td>halbjährlich</td> <td>60 €</td> </tr> <tr> <td>jährlich</td> <td>120 €</td> </tr> </table> <p>Mindestversicherungssumme:</p> <ul style="list-style-type: none"> beitragspflichtig 50.000 € beitragsfrei 8.000 € 	monatlich	10 €	vierteljährlich	30 €	halbjährlich	60 €	jährlich	120 €
monatlich	10 €									
vierteljährlich	30 €									
halbjährlich	60 €									
jährlich	120 €									

	<p>messen, dass mit Ablauf der → Versicherungsdauer die versicherte Summe 0 Euro beträgt. Wenn die → versicherte Person während der Versicherungsdauer stirbt, zahlen wir die zu diesem Zeitpunkt versicherte Summe.</p> <p>Die Beitragszahlungsdauer beträgt 4/5 der Versicherungsdauer, wobei kaufmännisch auf volle Jahre gerundet wird.</p> <p>Vorläufiger Versicherungsschutz</p> <p>Bereits ab dem Tag, an dem Ihre vollständig ausgefüllten Antragsunterlagen bei uns eingehen, sind Sie vorläufig versichert.</p> <p>Wenn die versicherte Person während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes stirbt, zahlen wir 100.000 €, maximal aber die vereinbarte Versicherungssumme. Diese Begrenzung gilt auch dann, wenn mehrere Anträge auf das Leben derselben Person bei uns gestellt worden sind. Gegebenenfalls eingeschlossene Zusatzversicherungen sind vom Vorläufigen Versicherungsschutz ausgeschlossen.</p> <p>Einzelheiten hierzu entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Risikolebensversicherung unter Punkt 2.1.</p>									
<p>L/N 8Q</p>	<p>Raucher-Risikolebensversicherung mit gleichbleibender Versicherungssumme</p> <p>Wenn die → versicherte Person während der → Versicherungsdauer stirbt, zahlen wir die vereinbarte Versicherungssumme.</p> <p>Vorläufiger Versicherungsschutz</p> <p>Bereits ab dem Tag, an dem Ihre vollständig ausgefüllten Antragsunterlagen bei uns eingehen, sind Sie vorläufig versichert.</p> <p>Wenn die versicherte Person während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes stirbt, zahlen wir 100.000 €, maximal aber die vereinbarte Versicherungssumme. Diese Begrenzung gilt auch dann, wenn mehrere Anträge auf das Leben derselben Person bei uns gestellt worden sind. Gegebenenfalls eingeschlossene Zusatzversicherungen sind vom Vorläufigen Versicherungsschutz ausgeschlossen.</p> <p>Einzelheiten hierzu entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Risikolebensversicherung unter Punkt 2.1.</p>	<p>Mindestbeitrag:</p> <table border="0"> <tr> <td>monatlich</td> <td>10 €</td> </tr> <tr> <td>vierteljährlich</td> <td>30 €</td> </tr> <tr> <td>halbjährlich</td> <td>60 €</td> </tr> <tr> <td>jährlich</td> <td>120 €</td> </tr> </table> <p>Mindestversicherungssumme:</p> <ul style="list-style-type: none"> • beitragspflichtig 50.000 € • beitragsfrei 8.000 € 	monatlich	10 €	vierteljährlich	30 €	halbjährlich	60 €	jährlich	120 €
monatlich	10 €									
vierteljährlich	30 €									
halbjährlich	60 €									
jährlich	120 €									
<p>L/N 9Q</p>	<p>Raucher-Risikolebensversicherung mit fallender Versicherungssumme</p> <p>Die vereinbarte Anfangsversicherungssumme fällt jährlich, erstmals nach einem Jahr ab dem Versicherungsbeginn, gleichmäßig um einen konstanten Betrag. Dieser wird so bemessen, dass mit Ablauf der → Versicherungsdauer die versicherte Summe 0 Euro beträgt. Wenn die → versicherte Person während der Versicherungsdauer stirbt, zahlen wir die zu diesem Zeitpunkt versicherte Summe.</p> <p>Die Beitragszahlungsdauer beträgt 4/5 der Versicherungsdauer, wobei kaufmännisch auf volle Jahre gerundet wird.</p> <p>Vorläufiger Versicherungsschutz</p> <p>Bereits ab dem Tag, an dem Ihre vollständig ausgefüllten Antragsunterlagen bei uns eingehen, sind Sie vorläufig versichert.</p> <p>Wenn die versicherte Person während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes stirbt, zahlen wir 100.000 €, maximal aber die vereinbarte Versicherungssumme. Diese Begrenzung gilt auch dann, wenn mehrere Anträge auf das Leben derselben Person bei uns gestellt worden sind. Gegebenenfalls eingeschlossene Zusatzversicherungen sind vom Vorläufigen Versicherungsschutz ausgeschlossen.</p> <p>Einzelheiten hierzu entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Risikolebensversicherung unter Punkt 2.1.</p>	<p>Mindestbeitrag:</p> <table border="0"> <tr> <td>monatlich</td> <td>10 €</td> </tr> <tr> <td>vierteljährlich</td> <td>30 €</td> </tr> <tr> <td>halbjährlich</td> <td>60 €</td> </tr> <tr> <td>jährlich</td> <td>120 €</td> </tr> </table> <p>Mindestversicherungssumme:</p> <ul style="list-style-type: none"> • beitragspflichtig 50.000 € • beitragsfrei 8.000 € 	monatlich	10 €	vierteljährlich	30 €	halbjährlich	60 €	jährlich	120 €
monatlich	10 €									
vierteljährlich	30 €									
halbjährlich	60 €									
jährlich	120 €									
	<p>Baustein Risiko Plus</p> <p>Sie haben die Möglichkeit, ihre Risikolebensversicherung um den Baustein Risiko Plus zu erweitern. Dieser umfasst die Option auf vorgezogene Todesfallleistung bei einer tödlichen Erkrankung, eine Nachversicherungsgarantie und eine Soforthilfe.</p> <p>Nachversicherungsgarantie</p> <p>Sie haben das Recht, den Versicherungsschutz aus der Risikoversicherung im Rahmen der Nachversicherungsgarantie zu erhöhen. Wir führen hierbei eine finanzielle Angemessenheitsprüfung durch, verzichten aber ansonsten auf die Risikoprüfung.</p> <p>Vorgezogene Todesfallleistung bei einer tödlichen Erkrankung</p> <p>Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme auf Ihren Antrag hin bereits vor dem Ableben der → versicherten Person, wenn diese während der → Versicherungsdauer an einer tödlichen Erkrankung im Sinne der Bedingungen erkrankt.</p>									

Tarifbezeichnung	Tarifbeschreibung	Mindest-/Höchstbeträge
	Soforthilfe Wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer stirbt, zahlen wir Ihnen nach Einreichung des → Versicherungsscheins und der amtlichen Sterbeurkunde 10.000 €. Bei Risikolebensversicherungen mit fallender Versicherungssumme ist die Leistung auf die aktuelle Versicherungssumme beschränkt. Sobald wir die Leistungsprüfung abgeschlossen haben und die vereinbarte Versicherungsleistung ausgezahlt werden kann, verrechnen wir eine bereits ausgezahlte Soforthilfe mit der vereinbarten Versicherungsleistung.	
D	Beitragsdynamik Bei Verträgen mit laufender Beitragszahlung und konstanter Versicherungssumme kann eine Beitragsdynamik eingeschlossen werden. Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Besonderen Bedingungen für die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen (Dynamik) unter Punkt 2.3.	

Zu der Hauptversicherung können Sie folgende **Zusatzversicherungen** einschließen:

- **Unfall-Zusatzversicherung (UZV) oder**
- **Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ)**
- **Schwere Krankheiten-Zusatzversicherung (KSHV)**

Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Bedingungen für die UZV (**Punkt 2.4.**), den Bedingungen für die BUZ (**Punkt 2.5.**) und den Bedingungen für die KSHV (**Punkt 2.6.**).

Bei einer Beitragsfreistellung der → Hauptversicherung bleibt das → Verhältnis der Leistungen, das heißt das Verhältnis zwischen der Leistung aus der Hauptversicherung und der Leistung aus der Zusatzversicherung, so, wie es vor dem Zeitpunkt der Beitragsfreistellung vereinbart war. Näheres können Sie Ihren Versicherungsbedingungen entnehmen.

Gebühren bei Vertragsumwandlung

Für die Durchführung einer Vertragsumwandlung, für die bedingungsgemäß kein Stornoabzug erhoben wird, erheben wir eine angemessene Gebühr in Höhe von 40 Euro, die unsere entstandenen Kosten abdeckt. Im Übrigen gilt § 17 der folgenden Bedingungen entsprechend.

Stornoabzug

Bei Beitragsfreistellung kürzen wir den Betrag, der in Ihrem Vertrag für die Bildung der beitragsfreien Versicherungssumme zur Verfügung steht, um einen → Stornoabzug (siehe § 13 der folgenden Bedingungen). Er beträgt für die Risikolebensversicherung **3,5 Promille der aktuell garantierten Versicherungssumme** zuzüglich eines konstanten Betrags von **40 Euro**. Der Stornoabzug ist insgesamt durch den für die Beitragsfreistellung zur Verfügung stehenden Betrag begrenzt. Bei teilweiser Beitragsfreistellung erheben wir einen anteiligen Stornoabzug.

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

Inhaltsverzeichnis

Leistung

Welche Leistungen erbringen wir?	§ 1
Welche besonderen Regeln gibt es bei Nichtraucher-Tarifen und welche Folgen hat eine Änderung des Nichtraucherstatus?	§ 2
Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	§ 3
Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	§ 4
Was gilt bei Polizei- oder Wehrdienst, Unruhen, Krieg oder Einsatz beziehungsweise Freisetzen von ABC-Waffen/-Stoffen?	§ 5
Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?	§ 6
Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?	§ 7
Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?	§ 8
Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?	§ 9
Wer erhält die Leistung?	§ 10

Beitrag

Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?	§ 11
Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	§ 12

Kündigung und Beitragsfreistellung

Wann können Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen oder kündigen?	§ 13
Wie werden die Kosten Ihres Vertrags mit Ihrem Beitrag verrechnet?	§ 14

Sonstige Vertragsbestimmungen

Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?	§ 15
Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?	§ 16
Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?	§ 17
Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?	§ 18
Wo ist der Gerichtsstand?	§ 19
An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?	§ 20
Wann können Sie den Versicherungsschutz im Rahmen der Nachversicherungsgarantie erhöhen?	§ 21

Erläuterung von Fachausdrücken

Im Glossar finden Sie Erläuterungen zu wichtigen Fachausdrücken, die wir in unseren Tarifbestimmungen und Versicherungsbedingungen verwenden. Diese sind im Text mit „→“ markiert.

§ 1

Welche Leistungen erbringen wir?

- (1) Wenn die → versicherte Person (das ist die Person, auf deren Leben die Versicherung abgeschlossen ist) während der → Versicherungsdauer stirbt, zahlen wir die vereinbarte Versicherungssumme. Haben Sie einen Vertrag mit einer fallenden Versicherungssumme abgeschlossen, fällt die vereinbarte Anfangsversicherungssumme jährlich, erstmals nach einem Jahr ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn gleichmäßig um einen konstanten Betrag. Dieser wird so bemessen, dass mit Ablauf der Versicherungsdauer die versicherte Summe 0 Euro beträgt.

Vorgezogene Todesfalleistung bei einer tödlichen Erkrankung

- (2) Beinhaltet Ihre Versicherung die vorgezogene Todesfalleistung bei einer tödlichen Erkrankung, zahlen wir die vereinbarte Versicherungssumme auf Ihren Antrag hin bereits vor dem Ableben der versicherten Person, wenn diese während der Versicherungsdauer an einer tödlichen Erkrankung im Sinne dieser Bedingungen leidet.

Eine tödliche Erkrankung im Sinne dieser Bedingungen ist jede fortschreitende, unheilbare Erkrankung, die nach fachärztlicher Ansicht innerhalb von zwölf Monaten zum Tod führt.

- (3) Die vereinbarte Versicherungssumme wird nur einmal fällig. Mit ihrer Zahlung enden der Vertrag sowie sämtliche eventuell eingeschlossene Zusatzversicherungen. Eine für den Todesfall vereinbarte Soforthilfe (siehe Absätze 5 bis 9) kann nicht mehr beantragt werden.
- (4) Eine vorzeitige Todesfalleistung wird nicht gewährt, wenn die tödliche Erkrankung auf eine absichtlich herbeigeführte Selbstverletzung oder auf Umstände, deren Nichtanzeige uns zum Rücktritt nach § 7 berechtigt, zurückzuführen ist oder wir zur Anfechtung nach § 7 berechtigt sind.

Soforthilfe

- (5) Wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer stirbt und Ihre Versicherung eine Soforthilfe beinhaltet, zahlen wir unmittelbar nach dem Todesfall eine Leistung in Höhe von 10.000 Euro, bei Verträgen mit fallenden Versicherungssummen jedoch höchstens die zum Zeitpunkt des Todes gültige Versicherungssumme des Vertrags.

Die Soforthilfe ist ein Teil der vereinbarten Versicherungsleistung und wird nicht zusätzlich zur vereinbarten Versicherungsleistung gezahlt. Sobald wir die Leistungsprüfung abgeschlossen haben und die vereinbarte Versicherungsleistung ausgezahlt werden kann, verrechnen wir eine bereits ausgezahlte Soforthilfe mit der vereinbarten Versicherungsleistung.

- (6) Zur Auszahlung der Soforthilfe ist uns die amtliche Sterbeurkunde der versicherten Person einzureichen. Weiterhin ist uns der → Versicherungsschein vorzulegen und wir können verlangen, dass uns die Auskunft nach § 16 vorgelegt wird.
- (7) Für die Soforthilfe gelten folgende Voraussetzungen:
- Zum Zeitpunkt des Todes der versicherten Person sind seit Vertragsabschluss mindestens 3 Jahre vergangen.
 - Sie befinden sich nicht mit der Zahlung eines Folgebeitrags gemäß § 38 Abs. 1 Versicherungsvertragsgesetz in Verzug.
- (8) Wir werden die ausgezahlte Soforthilfe nicht zurückverlangen, wenn wir im Zuge unserer Leistungsprüfung wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht die möglichen Rechte aus § 7 Absatz 4 geltend machen. Weiterhin werden wir die Soforthilfe nicht zurückverlangen, wenn die vereinbarte Versicherungsleistung aufgrund einer der in § 5 genannten Fälle nicht oder nicht vollständig gezahlt wird.
- (9) Die Soforthilfe wird nur einmal gezahlt. Bestehen bei den Lebensversicherungsunternehmen der DEVK mehrere Verträge, die eine Soforthilfe beinhalten, wird die Soforthilfe aus dem Vertrag geleistet, bei dem die höchste Versicherungsleistung fällig wird.

Tarifliche Differenzierungsmerkmale

- (10) Bei der Berechnung der Zahlprämie werden sowohl die Körpergröße, das Gewicht, das Alter und der ausgeübte Beruf als auch der Familienstand der versicherten Person und die Tatsache, ob die versicherte Person Kinder hat oder nicht, berücksichtigt.

Diese Informationen werden einmalig bei Antragsstellung erhoben. Spätere Änderungen während der Laufzeit des Vertrags werden nicht berücksichtigt und müssen nicht angezeigt werden.

Bei dem Familienstand wird unterschieden nach:

1. Ledig

Ledig ist, wer noch nie verheiratet/verpartnert war.

2. Verheiratet/verpartnert

Verheiratet ist, wer mit seinem Ehepartner nicht dauerhaft getrennt lebt. Eine gleichgeschlechtliche Verpartnerung wird der Ehe gleichgestellt.

3. Verwitwet/partnerhinterblieben

Verwitwet/partnerhinterblieben ist, wer seinen Ehepartner durch Tod verloren hat. Eine gleichgeschlechtliche Verpartnerung wird der Ehe gleichgestellt.

4. Geschieden/entpartnert

Geschieden/entpartnert ist, dessen Ehe oder Verpartnerung geschieden beziehungsweise aufgelöst wurde.

5. Dauerhaft getrennt lebend

Dauerhaft getrennt lebend ist, wer noch verheiratet oder verpartnert ist, aber dauerhaft nicht mit seinem Ehepartner/Lebenspartner in einem gemeinsamen Haushalt lebt. Es besteht somit dauerhaft und daher nicht nur vorübergehend keine häusliche Gemeinschaft. Des Weiteren muss erkennbar sein, dass mindestens ein Ehepartner/Lebenspartner die häusliche Gemeinschaft nicht herstellen will, weil er die eheliche oder partnerschaftliche Lebensgemeinschaft ablehnt.

Als Kind gilt ein leibliches oder adoptiertes Kind der versicherten Person oder des Ehegatten/Lebenspartners,

- welches im selben Haushalt lebt und dort seinen Lebensmittelpunkt hat und minderjährig ist
- oder im selben Haushalt lebt und dort seinen Lebensmittelpunkt hat und sich noch in der Ausbildung oder Studium befindet und nicht älter als 25 Jahre ist.

Weitere Regelungen zu unseren Leistungen

- (11) Der Versicherungsschutz besteht weltweit.
- (12) Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen erhalten Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (siehe § 3).

§ 2

Welche besonderen Regeln gibt es bei Nichtraucher-Tarifen und welche Folgen hat eine Änderung des Nichtraucherstatus?

- (1) Nichtraucher ist, wer

- in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung (Tarif N1), oder
- in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung (Tarif N10)

kein Nikotin (egal in welcher Form) konsumiert hat und dies auch in Zukunft nicht beabsichtigt.

Umfasst davon sind alle Formen des Nikotinkonsums. Hierzu gehören:

- Das Rauchen/Konsumieren von Tabakprodukten unter Feuer (zum Beispiel Zigaretten, Zigarillos, Zigarren, Pfeifen, Shisha).
- Das Konsumieren von Nikotin unter Verwendung elektrischer Verdampfer und Erhitzer (zum Beispiel E-Zigaretten, E-Zigarren, E-Pfeifen, E-Shisha oder Tabakerhitzer (Heat-not-burn)).
- Alle Formen des rauchfreien Konsums (zum Beispiel Schnupftabak, Kautabak, Nikotinpflaster, Nikotinkaugummi).

Vorvertragliche Anzeigepflicht

- (2) Als → Versicherungsnehmer sind Sie bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung dafür verantwortlich, uns wahrheitsgemäß mitzuteilen, ob die → versicherte Person Nichtraucher im Sinne von Absatz 1 ist.

Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.

Bei Verletzung dieser Pflicht zur wahrheitsgemäßen Anzeige des Nichtraucherstatus müssen Sie mit Nachteilen mit Blick auf Ihren Versicherungsschutz rechnen (siehe § 7).

Gefahrerhöhung nach Abgabe der Vertragserklärung

- (3) Sie als Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind dafür verantwortlich, dass nach Abgabe der Vertragserklärung keine Gefahrerhöhung im Sinne des § 23 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) erfolgt. Eine Gefahrerhöhung ist jede nachträgliche Änderung der bei Vertragsschluss tatsächlich vorhandenen gefahrerheblichen Umstände, die den Eintritt des → Versicherungsfalles oder eine Vergrößerung des Risikos wahrscheinlicher macht. Darunter verstehen wir die Veränderung des Status von Nichtraucher auf Raucher im Sinne der Absätze 1 und 4.

Anzeigepflicht der Gefahrerhöhung

- (4) War die versicherte Person bei Abgabe der Vertragserklärung Nichtraucher und wird sie danach Raucher, stellt dies eine Gefahrerhöhung im Sinne des § 23 VVG dar. Sie sind als Versicherungsnehmer – neben der versicherten Person – dazu verpflichtet, uns diese Änderung unverzüglich, spätestens nach Ablauf eines Monats, in → Textform anzuzeigen, damit eine Einstufung nach dem Rauchertarif mit dem erforderlichen Beitrag erfolgen kann.

Folgen der Gefahrerhöhung

- (5) Wir verzichten auf unsere gesetzlichen Rechte, den Versicherungsvertrag wegen der erfolgten Gefahrerhöhung zu kündigen oder die erhöhte Gefahr von dem Versicherungsschutz auszuschließen.
- (6) Von dem Zeitpunkt der Änderung des Nichtraucherstatus an wird noch für zwei Monate Versicherungsschutz nach der bisherigen Versicherungssumme geboten. Infolge der vorgenommenen Gefahrerhöhung werden wir mit Ablauf des zweiten Monats nach der Gefahrerhöhung den entsprechend höheren Beitrag für den Raucherstatus verlangen. Der Vertrag wird nach der entsprechenden Einstufung als Rauchertarif fortgesetzt. Die Versicherungssumme bleibt in der vereinbarten Höhe bestehen. Liegt die Gefahrerhöhung in der Vergangenheit, passen wir den Beitrag rückwirkend für die Vergangenheit mit Ablauf des zweiten Monats, der auf die Gefahrerhöhung folgt, an. Entsprechende Beitragsteile fordern wir nach.
- (7) Unser Recht zur Beitragserhöhung erlischt, wenn wir es nicht innerhalb eines Monats nach Zugang Ihrer Mitteilung in Textform über die Gefahrerhöhung geltend machen.
- (8) Sollte die Beitragserhöhung mehr als 10 Prozent betragen, können Sie Ihren Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach unserer Mitteilung über die Beitragserhöhung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

Folgen der nicht angezeigten Gefahrerhöhung

- (9) Kommen Sie Ihrer Anzeigepflicht nach Absatz 4 nicht nach, gilt: Tritt nach Ablauf der in Absatz 4 genannten Frist der Leistungsfall ein, ohne dass eine Änderungsanzeige erfolgt, reduziert sich die Versicherungsleistung entsprechend der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers beziehungsweise der versicherten Person. Die Versicherungssumme vermindert sich auf die Versicherungssumme eines Rauchertarifs mit gleichem Beitrag und gleichem Eintrittsalter. Die neue Versicherungssumme berechnen wir dann unter Zugrundelegung des Rauchertarifs nach unseren Geschäftsgrundsätzen rückwirkend ab der Gefahrerhöhung neu. Auf eine Verminderung der Versicherungssumme können wir uns nicht berufen, wenn
- Sie – und die versicherte Person – die Anzeige der Gefahrerhöhung in Textform nicht vorsätzlich oder nicht grob fahrlässig unterlassen haben, also die Verletzung der Anzeigepflicht einfach fahrlässig oder unverschuldet ist,
 - uns die Gefahrerhöhung zu diesem Zeitpunkt bekannt war,
 - die Gefahrerhöhung für den Tod der versicherten Person, also den Eintritt des Versicherungsfalles, oder den Umfang unserer Leistungspflicht nicht ursächlich war.

Nachprüfungsrecht

- (10) Während der Laufzeit des Vertrages können wir regelmäßig prüfen, ob die versicherte Person weiterhin Nichtraucher ist. Wenn wir dafür weitere sachdienliche Auskünfte benötigen, werden wir gemeinsam mit Ihnen oder der versicherten Person bestimmen, welche Auskünfte oder Nachweise dies sein werden. Sie oder die versicherte Person haben sodann diese Auskünfte selbst zu beschaffen und uns zur Prüfung vorzulegen.

§ 3**Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?**

- (1) Sie erhalten gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) eine Überschussbeteiligung. Diese umfasst eine Beteiligung an den Überschüssen und gegebenenfalls an den → Bewertungsreserven. Die Überschüsse und die Bewertungsreserven ermitteln wir nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuchs (HGB) und veröffentlichen sie jährlich im → Geschäftsbericht.

Wir erläutern Ihnen nachfolgend,

- wie wir die Überschussbeteiligung für die → Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit ermitteln (siehe Absatz 2),
- wie die Überschussbeteiligung Ihres konkreten Vertrags erfolgt (siehe Absatz 3) und
- warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren können (siehe Absatz 4).

Wie ermitteln wir die Überschussbeteiligung für die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit?

(2) Dazu erklären wir Ihnen

- a) aus welchen Quellen die Überschüsse stammen,
- b) wie wir mit diesen Überschüssen verfahren und
- c) wie Bewertungsreserven entstehen.

Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrags ergeben sich hieraus noch nicht.

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

Wir beteiligen unsere Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit an diesen Überschüssen; dabei beachten wir die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) in der jeweils geltenden Fassung.

Kapitalerträge

Von den Nettoerträgen der nach dieser Verordnung maßgeblichen Kapitalanlagen erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den dort genannten prozentualen Anteil. In der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung sind grundsätzlich 90 Prozent vorgeschrieben. Aus diesem Betrag werden zunächst die Mittel entnommen, die für die garantierten Leistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer. Die Beiträge einer Risikolebensversicherung sind allerdings so kalkuliert, wie sie zur Deckung des Todesfallrisikos und der → Kosten benötigt werden. Es stehen daher bei einer Risikolebensversicherung keine Beträge zur Verfügung, um Kapital zu bilden, aus dem Kapitalerträge entstehen können.

Risikoergebnis

In der Risikolebensversicherung hängt die Höhe der Überschüsse vor allem von der Anzahl der eingetretenen Versicherungsfälle ab. Überschüsse entstehen insbesondere, wenn die Sterblichkeit niedriger ist als bei der Tariffkalkulation zugrunde gelegt. In diesem Fall müssen wir weniger Leistungen für Todesfälle als ursprünglich angenommen zahlen und können daher die Versicherungsnehmer an dem entstehenden Risikoergebnis beteiligen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 90 Prozent beteiligt.

Übriges Ergebnis

Am übrigen Ergebnis werden die Versicherungsnehmer nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 50 Prozent beteiligt. Überschüsse aus dem übrigen Ergebnis können beispielsweise entstehen, wenn

- die Kosten niedriger sind als bei der Tariffkalkulation angenommen,
- wir andere Einnahmen als aus dem Versicherungsgeschäft haben, zum Beispiel Erträge aus Dienstleistungen, die wir für andere Unternehmen erbringen.

- b) Die auf die Versicherungsnehmer entfallenden Überschüsse führen wir der → Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu oder schreiben sie unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungsverträgen gut (Direktgutschrift).

Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dient dazu, Schwankungen der Überschüsse auszugleichen. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 140 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen. Dies dürfen wir, soweit die Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 140 VAG können wir im Interesse der Versicherten die Rückstellung für Beitragsrückerstattung heranziehen, um:

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

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

- c) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen im Geschäftsbericht ausgewiesen sind. Da in der Risikolebensversicherung keine Beträge zur Verfügung stehen, um Kapital zu bilden, entstehen auch keine Bewertungsreserven.

Wie erfolgt die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags?

(3) Die Beteiligung Ihres Vertrags an den nach Absatz 2 ermittelten Überschüssen erfolgt nach folgenden Regelungen:

- a) Wir haben gleichartige Versicherungen (zum Beispiel Rentenversicherung, Risikoversicherung) zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen. Die Überschüsse verteilen wir auf die einzelnen Bestandsgruppen nach einem verursachungsorientierten Verfahren und zwar in dem Maß, wie die Bestandsgruppen zur Entstehung von Überschüssen beigetragen haben.

Hat eine Bestandsgruppe nicht zur Entstehung von Überschüssen beigetragen, bekommt sie keine Überschüsse zugewiesen.

Ihr Vertrag erhält Anteile an den Überschüssen derjenigen Bestandsgruppe, die in Ihrem → Versicherungsschein genannt ist. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zulasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der → Überschussanteilsätze legen wir jedes Jahr fest. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Diesen können Sie bei uns anfordern.

- b) Sie erhalten für eine beitragspflichtige Versicherung mit jedem fälligen Beitrag einen laufenden Überschussanteil. Dieser wird jeweils in Prozent des → Bruttobeitrags – ohne Berücksichtigung von Erschwerungszuschlägen – bemessen und mit den laufenden Beiträgen entsprechend ihrer Zahlungsweise (monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich) verrechnet (**Vorwegabzug**).

Sie können bei Vertragsabschluss anstelle des Vorwegabzugs einen **Todesfallbonus** in Prozent der fälligen Versicherungssumme vereinbaren. Tariflich oder vorzeitig beitragsfreie Versicherungen erhalten ebenfalls einen Todesfallbonus. Durch den Todesfallbonus erhöht sich im Leistungsfall Ihre vertraglich garantierte Versicherungssumme entsprechend. Sollte aufgrund der Überschussentwicklung eine Herabsetzung des Prozentsatzes für den Todesfallbonus erforderlich sein, haben Sie das Recht, die bisherige Höhe des Versicherungsschutzes (vertraglich garantierte Versicherungssumme zuzüglich Todesfallbonus) durch eine entsprechende Aufstockung der vertraglich garantierten Versicherungssumme und Anpassung des Beitrags ohne erneute Risikoprüfung wiederherzustellen.

Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

- (4) Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab, die nicht vorhersehbar sind. Wichtigster Einflussfaktor ist die Entwicklung des Todesfallrisikos. Aber auch die Entwicklung der Kosten ist von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch 0 Euro betragen. Über die Entwicklung Ihrer Überschussbeteiligung werden wir Sie jährlich unterrichten.

Weitere Erläuterungen zur Entstehung von Überschüssen und Bewertungsreserven sowie versicherungsmathematische Hinweise finden Sie im Anhang zu den Versicherungsbedingungen.

§ 4

Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag mit uns abgeschlossen worden ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im → Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Allerdings kann unsere Leistungspflicht entfallen, wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen und Sie das zu vertreten haben (siehe § 11 Absätze 3 und 4 und § 12).

§ 5

Was gilt bei Polizei- oder Wehrdienst, Unruhen, Krieg oder Einsatz beziehungsweise Freisetzen von ABC-Waffen/-Stoffen?

- (1) Grundsätzlich leisten wir unabhängig davon, auf welcher Ursache der → Versicherungsfall beruht. Wir leisten auch dann, wenn die → versicherte Person in Ausübung des Polizei- oder Wehrdienstes oder bei inneren Unruhen gestorben ist.
- (2) Stirbt die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen, besteht kein Versicherungsschutz. Wir werden jedoch leisten, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen stirbt, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.
- (3) In folgenden Fällen besteht kein Versicherungsschutz: Die versicherte Person stirbt in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit
- dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder
 - dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen.

Dies gilt nur, wenn die Waffen/Stoffe das Leben oder die Gesundheit von mindestens 1.000 Menschen gefährden oder schädigen. Es muss eine deutsche Behörde für Katastrophenschutz tätig geworden sein, um die Bevölkerung vor den Waffen/Stoffen zu schützen. Statt der deutschen Behörde kann auch eine vergleichbare Einrichtung eines anderen Landes tätig geworden sein.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen stirbt, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

§ 6

Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?

- (1) Bei vorsätzlicher Selbsttötung leisten wir, wenn seit Abschluss des Vertrags drei Jahre vergangen sind.
- (2) Bei vorsätzlicher Selbsttötung vor Ablauf der Dreijahresfrist besteht kein Versicherungsschutz.

Wenn uns nachgewiesen wird, dass sich die → versicherte Person in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit selbst getötet hat, besteht Versicherungsschutz.

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

§ 7

Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

- (1) Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in → Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind. Dies sind insbesondere Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitliche Störungen und Beschwerden, Gewicht und Größe, sowie dem Rauchverhalten und Familienstand.

Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme, in Textform stellen.

- (2) Soll das Leben einer anderen Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.
- (3) Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie oder für die → versicherte Person als Repräsentant beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

Rechtsfolgen der Anzeigepflichtverletzung

(4) Nachfolgend informieren wir Sie, unter welchen Voraussetzungen wir bei einer Verletzung der Anzeigepflicht

- vom Vertrag zurücktreten,
- den Vertrag kündigen,
- den Vertrag rückwirkend anpassen oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten

können.

Rücktritt

- (5) Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, können wir vom Vertrag zurücktreten. Das Rücktrittsrecht besteht nicht, wenn weder eine vorsätzliche noch grob fahrlässige Anzeigepflichtverletzung vorliegt. Selbst wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir kein Rücktrittsrecht, falls wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (zum Beispiel höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.
- (6) Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz. Wenn wir nach Eintritt des → Versicherungsfalls zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung trotzdem bestehen: Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der
 - weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls
 - noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war.

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

- (7) Wenn der Vertrag durch Rücktritt aufgehoben wird, haben Sie weder Anspruch auf einen Rückkaufswert noch auf eine Rückzahlung der Beiträge.

Kündigung

- (8) Wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgt ist, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.
- (9) Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (zum Beispiel höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.
- (10) Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt er sich in einen beitragsfreien Vertrag nach Maßgabe des § 13 um.

Rückwirkende Vertragsanpassung

- (11) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (zum Beispiel höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten (siehe Absatz 5 Satz 3 und Absatz 9), werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil.
- (12) Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung über die Vertragsänderung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn
 - wir im Rahmen einer rückwirkenden Vertragsanpassung den Beitrag um mehr als 10 Prozent erhöhen oder
 - wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

Auf dieses Recht werden wir Sie in der Mitteilung über die rückwirkende Vertragsanpassung hinweisen.

Verzicht auf die Rechte des Versicherten

- (13) Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, verzichten wir auf unsere Rechte gemäß § 19 VVG zur Kündigung nach Absatz 8 und Vertragsanpassung nach Absatz 11.

Voraussetzung für die Ausübung unserer Rechte

- (14) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.
- (15) Wir haben kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
- (16) Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nur 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 un-

sere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

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

Anfechtung

- (18) Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrags durch unrichtige oder unvollständige Angaben arglistig beeinflusst worden ist. Handelt es sich um Angaben der **versicherten Person** oder einer anderen Person (siehe Absätze 2 und 3), können wir **Ihnen** gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Der Absatz 7 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

- (19) Die Absätze 1 bis 18 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert oder wiederhergestellt wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung vorgenommen wird. Die Fristen nach Absatz 17 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung des Vertrags bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

Erklärungsempfänger

- (20) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsanpassung sowie zur Anfechtung üben wir durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben.
- (21) Auf den Rücktritt, die Kündigung, die Vertragsanpassung oder die Anfechtung des Versicherungsvertrags können wir uns auch dritten Berechtigten gegenüber berufen.
- (22) Nach Ihrem Tod gilt eine als bezugsberechtigt benannte Person (siehe § 10 Absatz 2) als bevollmächtigt, den Rücktritt, die Kündigung, die Vertragsanpassung oder die Anfechtung des Versicherungsvertrags entgegenzunehmen. Ist kein Bezugsberechtigter vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des → Versicherungsscheins als bevollmächtigt ansehen, die Erklärung entgegenzunehmen.

§ 8

Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?

Im Folgenden beschreiben wir Verhaltensregeln (Mitwirkungspflichten). Sie oder die → versicherte Person müssen diese beachten, wenn eine Leistung verlangt wird. Ohne Ihre Mithilfe können wir unsere Leistung nicht erbringen. Sämtliche Angaben, um die wir Sie oder die versicherte Person zur Prüfung unserer Leistungspflicht bitten, müssen wahrheitsgemäß, vollständig und unverzüglich erteilt werden.

- (1) Wird eine Leistung aus dem Vertrag beansprucht, ist uns der → Versicherungsschein vorzulegen. Weiterhin können wir verlangen, dass uns die Auskunft nach § 16 vorgelegt wird.

Tod der versicherten Person

- (2) Der Tod der versicherten Person muss uns unverzüglich (das heißt ohne schuldhaftes Zögern) mitgeteilt werden. Außerdem müssen uns auf Kosten des Anspruchserhebenden vorgelegt werden
- eine amtliche Sterbeurkunde,
 - eine ausführliche ärztliche oder amtliche Bescheinigung über die Todesursache. Aus der Bescheinigung müssen sich Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tod der versicherten Person geführt hat, ergeben.

Wir können weitere Nachweise und Auskünfte verlangen, wenn dies erforderlich ist, um unsere Leistungspflicht zu klären. Die Kosten hierfür muss diejenige Person tragen, die die Leistung beansprucht.

Vorgezogene Todesfalleistung bei einer tödlichen Erkrankung

- (3) Beinhaltet Ihre Versicherung die vorgezogene Todesfalleistung bei einer tödlichen Erkrankung, ist uns mit dem Antrag auf vorgezogene Todesfalleistung und dem Versicherungsschein auf Kosten des Anspruchserhebenden auch ein fachärztlicher Bericht einzureichen, aus dem hervorgeht, dass die Krankheit nach Ansicht des Facharztes innerhalb von zwölf Monaten zum Tod führt.

Wir sind berechtigt, weitere Unterlagen anzufordern, soweit diese für die Prüfung der Leistungspflicht oder die Prognose der Restlebenserwartung erforderlich sind. Weiterhin sind wir in Zweifelsfällen berechtigt, die Meinung eines unabhängigen Facharztes einzuholen.

- (4) Unsere Leistungen bei Tod beziehungsweise bei vorgezogener Todesfalleistung werden fällig, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des → Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Wenn Sie eine der genannten Pflichten nicht erfüllen, kann dies zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine schuldhafte Pflichtverletzung kann somit dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird.
- (5) Bei Überweisung von Leistungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums trägt die empfangsberechtigte Person die damit verbundenen Kosten und die damit verbundene Gefahr.

§ 9

Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

- (1) Wir können Ihnen den → Versicherungsschein in → Textform übermitteln. Stellen wir diesen als Dokument in Papierform aus, liegt eine Urkunde vor. Sie können die Ausstellung der Urkunde verlangen.
- (2) Den Inhaber der Urkunde können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Vertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber der Urkunde seine Berechtigung nachweist.

§ 10

Wer erhält die Leistung?

- (1) Als unser → Versicherungsnehmer können Sie bestimmen, wer die Leistung erhält. Gegebenenfalls bedarf es hierzu zusätzlich einer Zustimmung Dritter. Wenn Sie keine Bestimmung treffen, leisten wir an Sie; sind Sie → versicherte Person, leisten wir bei Ihrem Tod an Ihre Erben.

Bezugsberechtigung

- (2) Sie können uns widerruflich oder unwiderruflich eine andere Person benennen, die die Leistung erhalten soll (Bezugsberechtigter).

Wenn Sie ein → Bezugsrecht **widerruflich** bestimmen, erwirbt der Bezugsberechtigte das Recht auf die Leistung erst mit dem Eintritt des → Versicherungsfalls. Deshalb können Sie Ihre Bestimmung bis zum Eintritt des Versicherungsfalls jederzeit widerrufen.

Für die vorgezogene Todesfalleistung (siehe § 1 Absatz 2) gilt das widerrufliche Bezugsrecht nicht. Diese Leistung erhalten stets Sie als unser Versicherungsnehmer, sofern Sie nicht wirksam einen unwiderruflich Bezugsberechtigten benannt haben. Wird uns vor Auszahlung der vorgezogenen Todesfalleistung der Tod der versicherten Person mitgeteilt, ist Ihr Antrag auf die vorgezogene Todesfalleistung gegenstandslos.

Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und **unwiderruflich** das Recht auf die Leistung erhält. Sobald uns Ihre Erklärung zugegangen ist, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des unwiderruflich Bezugsberechtigten geändert werden.

Abtretung und Verpfändung

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

Anzeige

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

§ 11

Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

- (1) Die Beiträge zu Ihrer Risikoversicherung entrichten Sie durch monatliche Beitragszahlungen (Monatsbeiträge). Fälligkeitstag ist für den ersten Beitrag der Versicherungsbeginn und für etwaige Folgebeiträge jeweils der Erste eines Monats.
- (2) Nach Vereinbarung können Sie die Monatsbeiträge auch vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich im Voraus zahlen.
- (3) Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich (das heißt ohne schuldhaftes Zögern) nach Abschluss des Vertrags zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im → Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden jeweils zu Beginn der vereinbarten → Versicherungsperiode gemäß Absatz 2 fällig. Die Versicherungsperiode umfasst ausgehend vom Ende der → Versicherungsdauer bei Jahreszahlung ein Jahr, ansonsten entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr beziehungsweise ein halbes Jahr. Fällt der Versicherungsbeginn nicht mit dem Beginn der Versicherungsperiode zusammen, wird zum Versicherungsbeginn gegebenenfalls ein anteiliger Beitrag bis zum Beginn der folgenden Versicherungsperiode fällig. Ihr Widerrufsrecht gemäß §§ 8 und 152 VVG bleibt hiervon unberührt.
- (4) Sie haben den Beitrag rechtzeitig gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag (siehe Absatz 1) 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 Lastschriftverfahrens zu verlangen.
- (5) Sie müssen die Beiträge auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten zahlen.
- (6) Bei Fälligkeit einer Leistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen. Dies gilt nicht für eine vereinbarte Soforthilfe (siehe § 1 Absatz 5 bis 9). Bei Tod der → versicherten Person erstatten wir einen etwaig im Voraus zu viel gezahlten Beitragsteil zurück.
- (7) Auf Beiträge zu Risikoversicherungen wird nach deutschem Steuerrecht grundsätzlich keine Versicherungsteuer erhoben. Für den Fall, dass Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort (in der Regel der Hauptwohnsitz) in ein Land außerhalb der Bundesrepublik Deutschland verlegen, in dem nach geltendem Recht auf die Beiträge der bestehenden Lebensversicherung Versicherungsteuer anfällt, müssen wir diese an die jeweiligen Länder abführen. Der so entstandene Steueraufwand ist durch Sie zu tragen und wird von uns bei Ihnen eingefordert.

§ 12

Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?**Erster Beitrag**

- (1) Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Versicherungsvertrag zurücktreten. In diesem Fall können wir von Ihnen die Kosten für ärztliche Untersuchungen im Rahmen einer Gesundheitsprüfung verlangen. Wir sind nicht zum Rücktritt berechtigt, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.

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

Folgebeitrag

- (3) Zahlen Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.
- (4) Für einen Versicherungsfall, der nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintritt, entfällt oder vermindert sich der Versicherungsschutz, wenn Sie sich bei Eintritt des Versicherungsfalls noch mit der Zahlung in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.
- (5) Beinhaltet Ihr Vertrag eine Soforthilfe und befinden Sie sich mit der Zahlung eines Folgebeitrags gemäß § 38 Absatz 1 Versicherungsvertragsgesetz in Verzug, besteht kein Anspruch auf Zahlung der Soforthilfe.
- (6) Nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn Sie sich noch immer mit den Beiträgen, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Sie wird dann automatisch mit Ablauf der Frist wirksam, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt noch immer mit der Zahlung in Verzug sind. Auf diese Rechtsfolge müssen wir Sie ebenfalls hinweisen.
- (7) Sie können den angeforderten Betrag auch dann noch nachzahlen, wenn unsere Kündigung wirksam geworden ist. Nachzahlen können Sie nur
- innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder
 - wenn die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf.

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

§ 13

Wann können Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen oder kündigen?

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

- (1) Sie können jederzeit in → Textform verlangen, zum Schluss eines Monats von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Fall setzen wir die vereinbarte Versicherungssumme auf eine beitragsfreie Summe herab. Diese wird nach folgenden Gesichtspunkten berechnet:
- nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den → Rechnungsgrundlagen für die Beitragskalkulation
 - für den Schluss des laufenden Monats.

Haben Sie einen Vertrag mit einer fallenden Versicherungssumme abgeschlossen, wandelt sich Ihre Versicherung bei Beitragsfreistellung in einen Vertrag mit gleichbleibender Versicherungssumme um.

Wenn Sie zusätzlich zur Hauptversicherung eine Zusatzversicherung abgeschlossen haben, bleibt bei Beitragsfreistellung das → Verhältnis der Leistungen, das heißt das Verhältnis zwischen der Leistung aus der Hauptversicherung und der Leistung aus der Zusatzversicherung, so, wie es vor dem Zeitpunkt der Beitragsfreistellung vereinbart war.

Allein eine eingeschlossene Unfall-Zusatzversicherung erlischt im Falle der Beitragsfreistellung, ohne dass eine beitragsfreie Leistung entsteht oder ein Rückkaufswert zur Auszahlung kommt.

Soweit es zur Beibehaltung des oben beschriebenen Verhältnisses nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik erforderlich ist, nehmen wir Umschichtungen zwischen den Deckungskapitalien der → Vertragsteile vor. In diesem Fall werden entweder Teile des Deckungskapitals der Hauptversicherung in das Deckungskapital der Zusatzversicherung umgeschichtet oder umgekehrt.

Eine Übersicht der beitragsfreien Leistungen gibt die Ihnen ausgehändigte Garantiewerttabelle.

Stornoabzug

- (2) Der aus Ihrem Vertrag für die Bildung der beitragsfreien Versicherungssumme zur Verfügung stehende Betrag mindert sich um rückständige Beiträge. Außerdem nehmen wir bei Beitragsfreistellung (auch nach teilweiser Beitragsfreistellung) nach Maßgabe der folgenden Regelungen einen Stornoabzug vor. Der Stornoabzug wird bemessen in Promille der Versicherungssumme zuzüglich eines konstanten Euro-Betrags und ist insgesamt durch den für die Beitragsfreistellung zur Verfügung stehenden Betrag begrenzt. Die exakte Berechnungsweise können Sie den Tarifbestimmungen entnehmen. Die Höhe des für Ihren Vertrag gültigen Stornoabzugs können Sie der Ihnen ausgehändigten Garantiewerttabelle entnehmen. Bei teilweiser Beitragsfreistellung erheben wir einen anteiligen Stornoabzug. Wenn Sie beispielsweise den Beitrag auf die Hälfte reduzieren, zahlen Sie den halben Stornoabzug im Vergleich zum Stornoabzug bei vollständiger Beitragsfreistellung.
- (3) Der Stornoabzug ist zulässig, wenn er vereinbart, beziffert und angemessen ist. Die Angemessenheit ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Stornoabzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden → Versichertenbestands ausgeglichen wird. Darüber hinaus wird mit ihm ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen und der mit der Beitragsfreistellung einhergehende erhöhte Verwaltungsaufwand gedeckt. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise finden Sie im Anhang zu den Versicherungsbedingungen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund der von Ihnen verlangten Beitragsfreistellung von uns vorgenommene Stornoabzug niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Stornoabzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

Einen etwaig im Voraus zu viel gezahlten Teil des Beitrags erstatten wir zurück.

- (4) **Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihres Vertrags sind wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (siehe § 14) keine oder nur geringe Beträge zur Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten**

Beiträgen keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme zur Verfügung. Nähere Informationen zur beitragsfreien Versicherungssumme und ihrer garantierten Höhe können Sie der Ihnen ausgehändigten Garantiewerttabelle entnehmen.

- (5) Haben Sie die Befreiung von der Beitragszahlungspflicht verlangt und erreicht die nach Absatz 1 und 2 zu berechnende beitragsfreie Versicherungssumme den in den Tarifbestimmungen genannten Mindestbetrag nicht und haben Sie eine oder mehrere Zusatzversicherungen zu Ihrem Vertrag abgeschlossen, versucht man über deren Ausschluss die Mindestbeträge in der Hauptversicherung zu erreichen. Sollte auch dies nicht ausreichen, um den in den Tarifbestimmungen genannten Mindestbeitrag zu erreichen, endet Ihr Vertrag, ohne dass ein Rückkaufswert ausgezahlt wird.

Kündigung

- (6) Sie können Ihre Risikolebensversicherung jederzeit zum Schluss eines Monats in Textform kündigen.
- (7) Mit Ihrer Kündigung erlischt Ihre Risikolebensversicherung, ohne dass ein Rückkaufswert zur Auszahlung kommt.
- (8) Ist zum Zeitpunkt der Kündigung eine beitragsfreie Versicherungssumme vorhanden, bleibt diese bestehen und wir führen Ihren Vertrag bis zum Ende der → Versicherungsdauer fort.

Keine Beitragsrückzahlung

- (9) Die Rückzahlung der Beiträge können Sie in keinem der vorgenannten Fälle verlangen. Sofern Sie jedoch über den Wirksamkeitszeitpunkt der Kündigung beziehungsweise der Beitragsfreistellung hinaus Beiträge gezahlt haben, werden wir diese erstatten.

§ 14

Wie werden die Kosten Ihres Vertrags mit Ihrem Beitrag verrechnet?

- (1) Mit Ihrem Vertrag sind → Kosten verbunden. Diese sind in Ihren Beitrag einkalkuliert. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten.

Zu den **Abschluss- und Vertriebskosten** gehören insbesondere Abschlussprovisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschluss- und Vertriebskosten die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen. Zu den **übrigen Kosten** gehören insbesondere die Verwaltungskosten.

Die Höhe der einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten und der darin enthaltenen Verwaltungskosten können Sie dem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten entnehmen.

- (2) Wir wenden auf Ihren Vertrag das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung an. Dies bedeutet, dass wir die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten heranziehen. Dies gilt jedoch nicht für den Teil der ersten Beiträge, der für Leistungen im → Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen → Versicherungsperiode und für die Bildung einer → Deckungsrückstellung aufgrund von gesetzlichen Regelungen bestimmt ist. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 25 Promille der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Beiträge beschränkt.
- (3) Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden über die gesamte Beitragszahlungsdauer verteilt, die übrigen Kosten über die gesamte Vertragslaufzeit.
- (4) Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihres Vertrags nur geringe Beträge zur Bildung der beitragsfreien Versicherungssumme vorhanden sind (siehe § 13). Nähere Informationen können Sie der im Rahmen des Antragsverfahrens ausgehändigten Garantiewerttabelle entnehmen.

§ 15

Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?

- (1) Mitteilungen, die das bestehende Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets in → Textform erfolgen. Für uns bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie uns zugegangen sind.
- (2) Eine Änderung Ihres gewöhnlichen Aufenthaltsorts und Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich (das heißt ohne schuldhaftes Zögern) mitteilen. Andernfalls können für Sie Nachteile entstehen. Wir sind berechtigt, eine an Sie zu richtende Erklärung (zum Beispiel Setzen einer Zahlungsfrist) mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift zu senden. Wenn dies nicht Ihre aktuelle Anschrift ist, gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefs als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie den Vertrag für Ihren Gewerbebetrieb abgeschlossen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.
- (3) Bei Änderung Ihres Namens gilt Absatz 2 entsprechend.

§ 16

Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?

- (1) Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen

- bei Vertragsabschluss,
- bei Änderung nach Vertragsabschluss oder
- auf Nachfrage

unverzüglich – das heißt ohne schuldhaftes Zögern – zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.

- (2) Notwendige Informationen im Sinne von Absatz 1 sind beispielsweise Umstände, die für die Beurteilung
- Ihrer persönlichen steuerlichen Ansässigkeit,

- der steuerlichen Ansässigkeit dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben und
- der steuerlichen Ansässigkeit des Leistungsempfängers

maßgebend sein können.

Dazu zählen insbesondere die deutsche oder ausländische(n) Steueridentifikationsnummer(n), das Geburtsdatum, der Geburtsort, der Wohnsitz und der gewöhnliche Aufenthaltsort.

- (3) Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, gilt Folgendes: Bei einer entsprechenden gesetzlichen Verpflichtung melden wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden. Dies gilt auch dann, wenn gegebenenfalls keine steuerliche Ansässigkeit im Ausland besteht.
- (4) Eine Verletzung Ihrer Auskunftspflichten gemäß den Absätzen 1 und 2 kann dazu führen, dass wir unsere Leistung nicht zahlen. Dies gilt solange, bis Sie uns die für die Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt haben.

§ 17

Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

- (1) In folgenden Fällen stellen wir Ihnen pauschal zusätzliche Kosten gesondert in Rechnung:
 - Ausstellung eines neuen → Versicherungsscheins,
 - Mahnverfahren wegen Beitragsrückständen,
 - Rückläufer im Lastschriftverfahren,
 - Durchführung von Vertragsänderungen,
 - die individuelle Entbindung von der Schweigepflicht,
 - Einwohnermeldeamtsanfragen.
- (2) 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.

§ 18

Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 19

Wo ist der Gerichtsstand?

- (1) Für Klagen aus dem Vertrag **gegen uns** ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk unser Sitz oder die für den Vertrag zuständige Niederlassung liegt. Zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz haben. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist Ihr gewöhnlicher Aufenthaltsort maßgeblich. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.
- (2) Klagen aus dem Vertrag **gegen Sie** müssen wir bei dem Gericht erheben, das für Ihren Wohnsitz zuständig ist. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist Ihr gewöhnlicher Aufenthaltsort maßgeblich. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.
- (3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder Ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort in das Ausland, einen Staat außerhalb der Europäischen Union sowie außerhalb Islands, Norwegens und der Schweiz, sind für Klagen aus dem Vertrag die Gerichte des Staats zuständig, in dem wir unseren Sitz haben. Dies gilt ebenso, wenn Sie eine juristische Person sind und Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung in das Ausland verlegen.

§ 20

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

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

Unser Beschwerdemanagement

- (2) Sollten Sie Anlass zu einer Beschwerde über uns haben, stehen Ihnen folgende Möglichkeiten zur Verfügung:

Bitte wenden Sie sich schriftlich an den

Vorstand der
DEVK-Lebensversicherung
Riehler Straße 190
50735 Köln

oder die

DEVK Versicherungen
Ressort Qualitätsmanagement
Riehler Straße 190
50735 Köln

oder melden Sie sich online über unser Kontaktformular unter:

www.devk.de/kundenservice/streitbeilegung_1/

Wir werden Ihre Beschwerde vorrangig voraussichtlich innerhalb von fünf Arbeitstagen und soweit möglich telefonisch bearbeiten. Können wir Ihre Beschwerde ausnahmsweise nicht innerhalb von fünf Arbeitstagen bearbeiten, teilen wir Ihnen als Beschwerdeführer schriftlich die Gründe für die Verzögerung und unsere voraussichtliche Bearbeitungsdauer mit.

Versicherungsombudsmann

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

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Internet: www.versicherungsombudsmann.de

Telefon: 0800 3696000 (gebührenfrei aus dem deutschen Telefonnetz)
Fax: 0800 3699000 (gebührenfrei aus dem deutschen Telefonnetz)

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

- (4) Wenn Sie Verbraucher sind und diesen Vertrag online (zum Beispiel über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben, können Sie sich mit Ihrer Beschwerde auch online an die Plattform der Europäischen Kommission wenden:

<https://ec.europa.eu/consumers/odr/>

Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet.

Versicherungsaufsicht

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

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

E-Mail: poststelle@bafin.de
Internet: www.bafin.de

Das Beschwerdeverfahren bei der BaFin ist für Sie kostenfrei. Die Aufsichtsbehörde prüft, ob wir die vereinbarten Vertragsbedingungen und rechtlichen Vorgaben eingehalten haben. Die BaFin ist aber keine Schiedsstelle und kann somit einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Rechtsweg

- (6) Wichtig für Sie ist: Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt von der Wahl der zuvor genannten Beschwerdemöglichkeiten unberührt. Welches Gericht für Klagen gegen uns zuständig ist, können Sie diesen Bedingungen unter „Wo ist der Gerichtsstand?“ entnehmen.

§ 21

Wann können Sie den Versicherungsschutz im Rahmen der Nachversicherungsgarantie erhöhen?

- (1) Beinhaltet Ihre Versicherung eine Nachversicherungsgarantie, haben Sie das Recht zu bestimmten Anlässen (siehe Absatz 2 und 3) einmal oder mehrmals eine Erhöhung der versicherten Leistung zu beantragen. Wir führen hierbei eine finanzielle Angemessenheitsprüfung durch, verzichten aber ansonsten auf die Risikoprüfung. Eine solche Erhöhung des Versicherungsschutzes bezeichnen wir als Nachversicherung. Der Antrag muss in → Textform innerhalb von zwölf Monaten nach dem Eintritt eines der nachfolgend genannten Ereignisse, betreffend die → versicherte Person, erfolgen. Mit dem Antrag müssen die in Absatz 3 genannten Nachweise eingereicht werden.
- (2) Ist in Ihrer Versicherung eine Berufsunfähigkeitsrente vereinbart, ist die Nachversicherungsgarantie und deren Anlässe in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung geregelt.
- (3) Eine Nachversicherung kann bei folgenden Anlässen – bezogen auf die versicherte Person – beantragt werden:
- Heirat
 - Geburt beziehungsweise Adoption eines Kindes
 - Abschluss eines Kauf- oder Darlehensvertrags für den Kauf, Neubau oder Umbau einer selbstgenutzten Immobilie
 - Tod des Ehepartners beziehungsweise des eingetragenen Lebenspartners
 - Scheidung beziehungsweise Aufhebung einer eingetragenen Lebensgemeinschaft
 - Erstmaliger Wechsel in die volle berufliche Selbstständigkeit (Hauptberuf)
 - Gehaltserhöhung bei Nichtselbstständigen, wenn das Bruttojahreseinkommen aus nichtselbstständiger Arbeit dauerhaft um mindestens 10 Prozent gegenüber dem Vorjahreseinkommen gestiegen ist

Hierzu sind geeignete Nachweise (zum Beispiel Urkunde, amtliche Bestätigung, Arbeitsvertrag, Gehaltsnachweis) einzureichen.

- (4) Die Nachversicherungsgarantie erlischt fünf Jahre vor dem vereinbarten Ablauf, spätestens jedoch, wenn die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat. Die Nachversicherungsgarantie besteht längstens bis zum Ablauf des zehnten Jahres der → Versicherungsdauer des Ursprungsvertrags. Ist Ihre Versicherung beitragsfrei oder haben Sie einen Antrag auf vorgezogene Todesfallleistung oder auf Leistungen aus einer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung gestellt, entfällt die Nachversicherungsgarantie.

-
- (5) Für die Erhöhung gelten folgende Grenzen:
- Pro Anlass muss die Versicherungssumme um mindestens 10.000 Euro erhöht werden.
 - Die Höchstsumme ist jedoch auf 25.000 Euro pro Ereignis begrenzt. Die maximale Erhöhungssumme beläuft sich auf 50.000 Euro.
- (6) Jede einzelne Nachversicherung gilt als neuer Versicherungsvertrag, dem der zum Zeitpunkt seiner Beantragung gültige Tarif sowie die zu diesem Zeitpunkt gültigen Versicherungsbedingungen zugrunde gelegt werden. Die Bestimmungen zur Nachversicherungsgarantie innerhalb der Versicherungsbedingungen gelten für Nachversicherungen nicht. Ebenso gilt eine beim ursprünglichen Vertrag vorhandene Dynamik nicht für die Nachversicherung.
- Maßgebend für die Nachversicherung ist das aktuelle Alter der versicherten Person zum Zeitpunkt der Beantragung der Nachversicherung sowie das Versicherungs- und Beitragszahlungsendalter des ursprünglichen Vertrags.
- Die Risikoeinschätzung, insbesondere Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse, der ursprünglichen Risikoversicherung sowie alle hierzu getroffenen Vereinbarungen gelten für jede einzelne Nachversicherung im gleichen Umfang. Das Ergebnis unserer ursprünglichen Risikoeinschätzung werden wir auf die für die Nachversicherung gültigen Versicherungsbedingungen entsprechend anwenden. Dadurch können bereits in dem bisherigen Vertrag vereinbarte Leistungsausschlüsse in dem neuen Vertrag abweichend formuliert sein.
- (7) Verletzungen der vorvertraglichen Anzeigepflicht bei Abschluss dieses Vertrags wirken sich auch auf abgeschlossene Nachversicherungen aus. Insoweit gilt § 5 analog.
- (8) Haben Sie zur Verwendung der laufenden Überschussanteile den Todesfallbonus vereinbart (siehe § 3 Absatz 3b) und erfolgt eine Herabsetzung des Prozentsatzes für den Todesfallbonus, haben Sie das Recht, die bisherige Höhe des Versicherungsschutzes (vertraglich garantierte Versicherungssumme zuzüglich Todesfallbonus) durch eine entsprechende Aufstockung der vertraglich garantierten Versicherungssumme und Anpassung des Beitrags ohne erneute Risikoprüfung wiederherzustellen.

Tarifbestimmungen

Erläuterung von Fachausdrücken

Im Glossar finden Sie Erläuterungen zu wichtigen Fachausdrücken, die wir in unseren Tarifbestimmungen und Versicherungsbedingungen verwenden. Diese sind im Text mit „→“ markiert.

Tarifbezeichnung	Tarifbeschreibung	Mindest-/Höchstbeträge
D	<p>Dynamik</p> <p>Durch den Einschluss der Dynamik erhalten Sie das Recht, den Beitrag und daraus resultierend die Versicherungsleistungen ohne erneute Risikoprüfung laufend zu erhöhen und zwar wahlweise um 3 Prozent, 4 Prozent oder 5 Prozent des laufenden Beitrags.</p> <p>Die Tarifbezeichnung der Hauptversicherung wird um den Buchstaben „D“ ergänzt. Die Erhöhungen erfolgen bis zum Beginn der letzten fünf Jahre der Beitragszahlungsdauer, jedoch nicht länger, als bis die → versicherte Person das rechnermäßige Alter von 67 Jahren erreicht hat. Das rechnermäßige Alter der versicherten Person ist die Differenz zwischen dem Kalenderjahr und dem Geburtsjahr.</p> <p>Eine Dynamik kann nur für Risikolebensversicherungen mit konstanter Versicherungssumme abgeschlossen werden.</p>	keine Mindesterhöhungsbeiträge

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

Inhaltsverzeichnis

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

Erläuterung von Fachausdrücken

Im Glossar finden Sie Erläuterungen zu wichtigen Fachausdrücken, die wir in unseren Tarifbestimmungen und Versicherungsbedingungen verwenden. Diese sind im Text mit „→“ markiert.

§ 1

Wie erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge?

- (1) Der Beitrag für diese Versicherung einschließlich etwaiger Berufsunfähigkeits-, → Hinterbliebenenrenten-, Schwere Krankheiten- oder Unfall-Zusatzversicherungen erhöht sich gemäß der mit Ihnen getroffenen Vereinbarung entweder
 - a) im selben Verhältnis, wie der Höchstbeitrag in der gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten erhöht wird oder
 - b) um den mit Ihnen vereinbarten Prozentsatz. Diesen wenden wir auf den zum Erhöhungszeitpunkt erreichten laufenden Beitrag an.

Der Beitrag Ihrer Versicherung erhöht sich in beiden Varianten mindestens um die in den Tarifbestimmungen genannten Beträge.

- (2) Jede Beitragserhöhung führt zu einer Erhöhung der Leistungen ohne erneute Risikoprüfung.
- (3) Die Erhöhungen erfolgen bis zum Beginn der letzten fünf Jahre der Beitragszahlungsdauer, jedoch nicht länger, als bis zu dem Zeitpunkt, in dem die → versicherte Person das rechnermäßige Alter (= Differenz zwischen dem Kalenderjahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person) von 67 Jahren erreicht hat. Ist eine → Abrufphase vereinbart, erfolgt die letzte Erhöhung vor Beginn dieser Phase.

§ 2

Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?

- (1) Die Erhöhungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen erfolgen einmal jährlich. Der Erhöhungszeitpunkt ist der → Jahrestag der Versicherung. Dieser richtet sich nach dem Versicherungsende beziehungsweise dem → Rentenbeginn. Zwischen dem ersten Erhöhungstermin und dem Versicherungsbeginn müssen mindestens sechs Monate liegen. Den ersten Erhöhungstermin nennen wir Ihnen im → Versicherungsschein.
- (2) Sie erhalten vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

§ 3

Wie berechnen wir die erhöhten Leistungen?

- (1) Die Erhöhung Ihrer Leistungen errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnermäßigen Alter (= Differenz zwischen dem Kalenderjahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der → versicherten Person) der versicherten Person, der restlichen → Aufschubzeit beziehungsweise → Versicherungsdauer und der restlichen Beitragszahlungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag. Maßgeblich für die Berechnung ist der versicherte Tarif, wobei die jeweils zum Erhöhungszeitpunkt für einen entsprechenden, im Neugeschäft offenen Tarif gültigen → Rechnungsgrundlagen (→ Rechnungszins, → Ausscheideordnung, → Kosten) zugrunde gelegt werden.
Ihre Leistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie Ihre Beiträge.

Nach einer Erhöhung der Leistungen können Sie gegebenenfalls anfallende Rückkaufswerte und beitragsfreie Leistungen nicht mehr der Ihnen im Rahmen des Antragsverfahrens ausgehändigten Tabelle entnehmen. Sie erhalten gemeinsam mit der Mitteilung über die Erhöhung jeweils eine aktualisierte Garantiewerttabelle.

- (2) Haben Sie eine Berufsunfähigkeits-, → Hinterbliebenenrenten-, Schwere Krankheiten- oder Unfall-Zusatzversicherung eingeschlossen, erhöhen wir deren Leistungen im selben Verhältnis wie die Leistungen der Hauptversicherung.

§ 4

Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Leistungen?

- (1) Alle im Rahmen des Versicherungsvertrags getroffenen Vereinbarungen, auch die Bestimmungen des Bezugsberechtigten, gelten ebenfalls für die Erhöhung der Leistungen. Der Paragraph „Wie werden die Kosten Ihres Vertrags mit Ihrem Beitrag verrechnet?“ der Hauptversicherung gilt auch für die Erhöhung der Leistungen.
- (2) Die nach diesen besonderen Bedingungen durchgeführte Erhöhung der Leistungen setzt die Fristen in den Paragraphen der Hauptversicherung und der eingeschlossenen Berufsunfähigkeits-, → Hinterbliebenenrenten-, Schwere Krankheiten- oder Unfall-Zusatzversicherungen für die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht und der Selbsttötung nicht erneut in Lauf.

Erhöhung von Berufsunfähigkeits-/Grundfähigkeitsleistungen

- (3) Übersteigt die gesamte jährliche Anwartschaft auf Berufsunfähigkeits-/Grundfähigkeitsleistungen zuzüglich gegebenenfalls anderweitig bestehender privater oder betrieblicher Anwartschaften einen Betrag in Höhe von 30.000 Euro, erlischt Ihr Recht auf weitere dynamische Erhöhungen. Weisen Sie uns jedoch nach, dass weitere Erhöhungen wirtschaftlich angemessen sind, können

Sie in den fünf folgenden Jahren einen Antrag auf Wiedereinschluss der Dynamik stellen. Wir führen hierbei eine finanzielle Angemessenheitsprüfung durch, verzichten aber ansonsten auf die Risikoprüfung. Ab einem Alter von 55 Jahren ist kein Einschluss mehr möglich.

Als wirtschaftlich angemessen gilt, wenn die gesamte Anwartschaft auf Berufsunfähigkeits-/Grundfähigkeitsleistungen einschließlich gegebenenfalls anderweitig bestehender privater oder betrieblicher Anwartschaften nicht mehr als 60 Prozent des Bruttojahreseinkommens beträgt. Hierzu sind Nachweise für die Prüfung vorzulegen (zum Beispiel Steuerbescheide, Versorgungsbescheide).

§ 5

Wann entfallen die Erhöhungen?

- (1) Sie können den Erhöhungen beliebig oft und ohne Angabe von Gründen widersprechen.
- (2) Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen.
- (3) Entfallene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.
- (4) Die Erhöhungen Ihres Vertrags entfallen, gegebenenfalls auch rückwirkend, für den Zeitraum für den Leistungen aufgrund von Berufsunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit oder aufgrund der Beeinträchtigung einer Grundfähigkeit erbracht werden.
- (5) Haben Sie eine Schwere Krankheiten-Zusatzversicherung eingeschlossen und ist der Leistungsfall aus dieser Zusatzversicherung vor der Erhöhung eingetreten, entfällt die Erhöhung der Schwere Krankheiten-Zusatzversicherung.

Tarifbestimmungen

Allgemeine Hinweise

Tarife, die mit „L“ beginnen: DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung
Lebensversicherungsverein a.G.
Betriebliche Sozialeinrichtung der Deutschen Bahn

Tarife, die mit „N“ beginnen: DEVK Allgemeine Lebensversicherungs-AG

Ärztliche Untersuchung: Die DEVK kann im Einzelfall eine ärztliche Untersuchung fordern.

Erläuterung von Fachausdrücken

Im Glossar finden Sie Erläuterungen zu wichtigen Fachausdrücken, die wir in unseren Tarifbestimmungen und Versicherungsbedingungen verwenden. Diese sind im Text mit „→“ markiert.

Tarif- bezeichnung	Tarifbeschreibung
L/N UZV	<p>Unfall-Zusatzversicherung</p> <p>Beim Unfalltod der → versicherten Person gemäß den zugrunde liegenden Bedingungen wird die UZV-Versicherungssumme ausgezahlt.</p> <p>Die UZV-Versicherungssumme beträgt</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei Fondsgebundenen Rentenversicherungen die → Beitragssumme der Hauptversicherung ohne Berücksichtigung von Zuzahlungen, • bei sonstigen Rentenversicherungen das Zwölfwache der garantierten Jahresrente, • bei Risikoversicherungen mit fallender Versicherungssumme (Tarife L/N 9N1, L/N 9N10, L/N 9Q) 50 Prozent der Anfangsversicherungssumme der Hauptversicherung und • bei sonstigen Versicherungen 100 Prozent der Versicherungssumme der Hauptversicherung. <p>Sie können eine UZV zur DEVK-Risikolebensversicherung (Punkt 2.2.) einschließen.</p>

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

Inhaltsverzeichnis

Welche Leistungen erbringen wir?	§ 1
Was ist ein Unfall im Sinne dieser Bedingungen?	§ 2
In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	§ 3
Welche Rolle spielen Erkrankungen und Gebrechen der versicherten Person?	§ 4
Was ist nach dem Unfalltod der versicherten Person zu beachten?	§ 5
Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	§ 6
Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	§ 7
Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?	§ 8

Erläuterung von Fachausdrücken

Im Glossar finden Sie Erläuterungen zu wichtigen Fachausdrücken, die wir in unseren Tarifbestimmungen und Versicherungsbedingungen verwenden. Diese sind im Text mit „→“ markiert.

§ 1

Welche Leistungen erbringen wir?

- (1) Stirbt die → versicherte Person an den Folgen eines Unfalls, zahlen wir die vereinbarte Unfall-Zusatzversicherungssumme, wenn
 - a) der Unfall sich nach Inkrafttreten der Zusatzversicherung ereignet hat und
 - b) der Tod während der Dauer der Unfall-Zusatzversicherung und innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten ist.
- (2) Bei der Versicherung auf das Leben von zwei Personen wird die Unfall-Zusatzversicherungssumme für jede versicherte Person gezahlt, für die die Unfall-Zusatzversicherung eingeschlossen ist, wenn die versicherten Personen gleichzeitig durch denselben Unfall sterben. Als gleichzeitig gilt auch, wenn die versicherten Personen innerhalb von 14 Tagen an den Folgen des Unfalls sterben und die sonstigen Voraussetzungen nach Absatz 1 erfüllt sind.
- (3) Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

§ 2

Was ist ein Unfall im Sinne dieser Bedingungen?

- (1) Ein Unfall liegt vor, wenn die → versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsbeschädigung erleidet.
- (2) Als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung der versicherten Person an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
 - a) ein Gelenk verrenkt wird oder
 - b) Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

§ 3

In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- (1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu dem Unfall gekommen ist.
- (2) Unter den Versicherungsschutz fallen jedoch nicht:
 - a) Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der → versicherten Person ergreifen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.
 - b) Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.
 - c) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind; Unfälle durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
 - d) Unfälle der versicherten Person
 - als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit dieser nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs;
 - bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuübenden beruflichen Tätigkeit;
 - bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.
 - e) Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeugs an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
 - f) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
 - g) Gesundheitsschädigungen durch Strahlen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn es sich um Folgen eines unter diesen Vertrag fallenden Unfallereignisses handelt.

- h) Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Eingriffe oder Heilmaßnahmen, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.
- i) Infektionen.
Sie sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie durch Haut- oder Schleimhautverletzungen, die als solche geringfügig sind, verursacht wurden, und durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangen. Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen verursacht sind, gilt § 3 Absatz 2 h Satz 2 entsprechend.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Krankheitserreger durch eine unter diesen Vertrag fallende Unfallverletzung in den Körper gelangt sind sowie für Tollwut und Wundstarrkrampf.
- j) Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn es sich um Folgen eines unter diesen Vertrag fallenden Unfallereignisses handelt.
- k) Unfälle infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig, wodurch diese verursacht sind.
- l) Selbsttötung, und zwar auch dann, wenn die versicherte Person die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn jener Zustand durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis hervorgerufen wurde.
- m) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen verursacht sind. Dies gilt nur, wenn die Waffen/Stoffe das Leben oder die Gesundheit von mindestens 1.000 Menschen gefährden oder schädigen. Es muss eine deutsche Behörde für Katastrophenschutz tätig geworden sein, um die Bevölkerung vor den Waffen/Stoffen zu schützen. Statt der deutschen Behörde kann auch eine vergleichbare Einrichtung eines anderen Landes tätig geworden sein.

§ 4

Welche Rolle spielen Erkrankungen und Gebrechen der versicherten Person?

Haben zur Herbeiführung des Todes neben dem Unfall Krankheiten oder Gebrechen zu mindestens 25 Prozent mitgewirkt, vermindert sich unsere Leistung entsprechend dem Anteil der Mitwirkung.

§ 5

Was ist nach dem Unfalltod der versicherten Person zu beachten?

- (1) Der Unfall der → versicherten Person ist uns unverzüglich – möglichst innerhalb von 48 Stunden – mitzuteilen. An Unterlagen sind uns die notwendigen Nachweise zum Unfallhergang und zu den Unfallfolgen einzureichen.
- (2) Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige Nachweise und Auskünfte verlangen. Zusätzlich können wir weitere Erhebungen selbst anstellen.
- (3) Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion auf unsere Kosten durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.
- (4) Wird vorsätzlich eine Verpflichtung nach den Absätzen 1 bis 3 verletzt, sind wir von unserer Leistungspflicht befreit.

Bei grob fahrlässigem Verhalten sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechendem Verhältnis zu kürzen.

Beides gilt nur, wenn wir durch eine gesonderte Mitteilung in → Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Weisen Sie uns nach, dass die Mitteilungs- oder Aufklärungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt worden ist, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen.

Die Ansprüche bleiben auch bestehen, soweit Sie uns nachweisen, dass die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Das gilt nicht, wenn die Mitwirkungspflicht arglistig verletzt wird.

§ 6

Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats zu erklären, ob und in welcher Höhe wir einen Anspruch anerkennen. Die Frist beginnt mit dem Eingang der notwendigen Nachweise und Auskünfte.

§ 7

Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

Die Zusatzversicherung ist nicht überschussberechtig. Eine Beteiligung an den → Bewertungsreserven erfolgt nicht.

§ 8

Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

- (1) Die Unfall-Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet, erlischt auch die Unfall-Zusatzversicherung. Bei Versicherungen mit Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung besteht die Unfall-Zusatzversicherung auch dann fort, wenn für die Hauptversicherung wegen Berufsunfähigkeit der → versicherten Person ganz oder teilweise die Verpflichtung zur Beitragszahlung entfällt.

-
- (2) Wird die Leistung der Hauptversicherung herabgesetzt, vermindert sich auch der Versicherungsschutz aus der Unfall-Zusatzversicherung gemäß dem in den Tarifbestimmungen aufgeführten Leistungsverhältnis zur Hauptversicherung, sofern in den Allgemeinen Bedingungen der Hauptversicherung nichts Abweichendes geregelt ist.
 - (3) Wenn unsere Leistungspflicht aus der Hauptversicherung erloschen oder auf die beitragsfreie Leistung beschränkt war, danach aber zusammen mit der Unfall-Zusatzversicherung ganz oder teilweise wieder auflebt, können aus dem wieder in Kraft getretenen Teil keine Ansprüche aufgrund solcher Unfälle geltend gemacht werden, die während der Unterbrechung des vollen Versicherungsschutzes eingetreten sind.
 - (4) Eine Unfall-Zusatzversicherung mit laufender Beitragszahlung können Sie jederzeit zum Schluss eines Monats in → Textform für sich alleine kündigen.
 - (5) Wenn Sie die Unfall-Zusatzversicherung kündigen, haben Sie weder Anspruch auf einen Rückkaufswert noch auf eine beitragsfreie Leistung. Einen etwaig im Voraus zu viel gezahlten Teil des Beitrags erstatten wir zurück.
 - (6) Die Unfall-Zusatzversicherung kann nicht beitragsfrei gestellt werden. Wird die Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung umgewandelt, erlischt die Unfall-Zusatzversicherung, ohne dass eine beitragsfreie Leistung entsteht oder ein Rückkaufswert zur Auszahlung kommt. Einen etwaig im Voraus zu viel gezahlten Teil des Beitrags erstatten wir zurück.
 - (7) Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen. Sofern Sie jedoch über den Wirksamkeitszeitpunkt der Kündigung beziehungsweise der Beitragsfreistellung hinaus Beiträge gezahlt haben, werden wir diese erstatten.
 - (8) Wenn Sie mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, stehen Ihnen mehrere verschiedene Beschwerdemöglichkeiten offen. Diese finden Sie in den Bedingungen zu Ihrer Hauptversicherung unter der Überschrift „An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?“.
 - (9) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

Tarifbestimmungen

Allgemeine Hinweise

Tarife, die mit „L“ beginnen: DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung
Lebensversicherungsverein a.G.
Betriebliche Sozialeinrichtung der Deutschen Bahn

Tarife, die mit „N“ beginnen: DEVK Allgemeine Lebensversicherungs-AG

Ärztliche Untersuchung: Die DEVK kann im Einzelfall eine ärztliche Untersuchung fordern.

Erläuterung von Fachausdrücken

Im Glossar finden Sie Erläuterungen zu wichtigen Fachausdrücken, die wir in unseren Tarifbestimmungen und Versicherungsbedingungen verwenden. Diese sind im Text mit „→“ markiert.

Tarif- bezeichnung	Tarifbeschreibung
L/N BUZ (BG)	<p>Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ)</p> <p>Dem Tarif liegt eine berufsgruppendifferenzierte Kalkulation zugrunde, in der die Berufe in zehn Berufsgruppen (= BG) eingeteilt wurden.</p> <p>Nachversicherungsgarantie</p> <p>Sie haben das Recht, den Versicherungsschutz aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung und der Hauptversicherung im Rahmen der Nachversicherungsgarantie (siehe § 13 der folgenden Bedingungen) zu erhöhen. Wir führen hierbei eine finanzielle Angemessenheitsprüfung durch, verzichten aber ansonsten auf die Risikoprüfung.</p> <p>Verlängerungsoption</p> <p>Wenn die Regelaltersgrenze erhöht wird, haben Sie das Recht, die Versicherungsdauer Ihres Vertrags im Rahmen der Verlängerungsoption (siehe § 14 der folgenden Bedingungen) ohne erneute Risikoprüfung zu verlängern.</p> <p>BUZ 1</p> <p>Bei Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen während der → Versicherungsdauer entfällt für die Dauer der Berufsunfähigkeit beziehungsweise bis zum Tod der → versicherten Person, längstens bis zum Ablauf der → Leistungsdauer der BUZ 1, die Verpflichtung zur Beitragszahlung.</p> <p>Inwiefern der Einschluss der BUZ für die Risikoversicherung mit gleichbleibender (Tarif 8) und fallender Versicherungssumme (Tarif 9) möglich ist, kann den Tarifbestimmungen der Hauptversicherung entnommen werden (Punkt 2.2.).</p>

Gebühren bei Vertragsumwandlung

Für die Durchführung einer Vertragsumwandlung, für die bedingungsgemäß kein Stornoabzug erhoben wird, erheben wir eine angemessene Gebühr in Höhe von 40 Euro, die unsere entstandenen Kosten abdeckt.

Stornoabzug

Bei Beitragsfreistellung kürzen wir den Betrag, der in Ihrem Vertrag für die Bildung der beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente zur Verfügung steht, um einen Stornoabzug (siehe § 15 Absatz 4 der folgenden Bedingungen). Er beträgt für die **Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung 3,5 Prozent der garantierten BUZ-Leistungen für ein Jahr der Versicherungsdauer**. Der Stornoabzug ist durch den für die Beitragsfreistellung zur Verfügung stehenden Betrag begrenzt.

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

Inhaltsverzeichnis

Leistung

Welche Leistungen erbringen wir?	§ 1
Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?	§ 2
Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	§ 3
In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	§ 4
Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?	§ 5
Welche Unterstützung erhalten Sie von uns, wenn Sie einen Leistungsantrag stellen möchten?	§ 6
Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?	§ 7
Wirkt sich die Nichtbeachtung ärztlicher Anordnungen nachteilig auf Ihren Leistungsanspruch aus?	§ 8
Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	§ 9
Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, nachdem wir unsere Leistungspflicht anerkannt haben?	§ 10
Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?	§ 11
Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?	§ 12

Nachversicherungsgarantie

Wann können Sie den Versicherungsschutz im Rahmen der Nachversicherungsgarantie erhöhen?	§ 13
Wann können Sie Ihre Vertragsdauer verlängern?	§ 14

Sonstige Vertragsbestimmungen

Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?	§ 15
Wie werden die Kosten Ihres Vertrags mit Ihrem Beitrag verrechnet?	§ 16

Erläuterung von Fachausdrücken

Im Glossar finden Sie Erläuterungen zu wichtigen Fachausdrücken, die wir in unseren Tarifbestimmungen und Versicherungsbedingungen verwenden. Diese sind im Text mit „→“ markiert.

§ 1

Welche Leistungen erbringen wir?

Unsere Leistung bei Berufsunfähigkeit

- (1) Wird die → versicherte Person während der → Versicherungsdauer dieser Zusatzversicherung berufsunfähig (siehe § 2), erbringen wir aus unseren BUZ-Tarifen folgende Leistungen:
- BUZ 1
Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für die Hauptversicherung und die eingeschlossenen Zusatzversicherungen, längstens für die vereinbarte → Leistungsdauer.
 - BUZ 2 oder BUZ 2 A
Zusätzlich zahlen wir die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente, längstens für die vereinbarte Leistungsdauer. Die Rente zahlen wir entsprechend der vereinbarten und im → Versicherungsschein dokumentierten Rentenzahlungsweise.

Die Versicherungsdauer ist der Zeitraum, innerhalb dessen Versicherungsschutz besteht. Mit Leistungsdauer wird der Zeitraum bezeichnet, bis zu dessen Ablauf eine während der Versicherungsdauer anerkannte Leistung längstens erbracht wird. Die Leistungsdauer kann über die Versicherungsdauer hinausgehen.

Meldung, Beginn und Ende Ihres Leistungsanspruchs

- (2) Sofern eine Berufsunfähigkeit droht, sollten Sie Ihre Ansprüche schnellstmöglich bei uns anmelden. So können wir Ihren Anspruch frühzeitig prüfen.

Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und gegebenenfalls Rentenzahlung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Bei späterer Anzeige leisten wir auch rückwirkend für die nachgewiesene Zeit der Berufsunfähigkeit.

- (3) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und gegebenenfalls Rentenzahlung endet mit Ablauf des Monats,

- in dem das befristete Anerkenntnis endet,
- in dem mittels eines Nachprüfungsverfahrens (siehe § 12) festgestellt wird, dass Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt,
- in dem die versicherte Person stirbt oder
- in dem die vereinbarte Leistungsdauer dieser Zusatzversicherung abgelaufen ist.

Weitere Regelungen zu unseren Leistungen

- (4) Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht für den entsprechenden Zeitraum zurückzahlen.

Sie können ab Meldung Ihres Leistungsanspruchs jederzeit beantragen, dass wir Ihnen die Beiträge bis zur endgültigen Entscheidung über unsere Leistungspflicht, frühestens ab Meldung Ihres Leistungsanspruchs, zinsfrei stunden.

Im Fall einer Leistungsablehnung können Sie die gestundeten Beiträge unverzinst nachzahlen. Die Nachzahlung ist in einem einzigen Betrag oder in maximal 24 Monatsraten möglich. Auch diese Ratenzahlung ist zinsfrei.

Ist Ihnen die Nachzahlung nicht möglich, informieren wir Sie auf Wunsch über gegebenenfalls weitere Möglichkeiten des Beitragsausgleichs.

- (5) Der Versicherungsschutz besteht weltweit.
- (6) Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen können sich weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung ergeben (siehe § 3).

§ 2

Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

Berufsunfähigkeit

- (1) Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die → versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen ihren Beruf nicht mehr zu mindestens 50 Prozent ausüben kann.

Als Beruf ist die von der versicherten Person zuletzt ausgeübte Tätigkeit, so wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, zu verstehen.

Konkrete Verweisung

Berufsunfähigkeit setzt zusätzlich voraus, dass die versicherte Person keine andere Tätigkeit konkret ausübt, die ihrer bisherigen → Lebensstellung entspricht.

Die Lebensstellung ergibt sich aus dem beruflichen Einkommen und der sozialen Wertschätzung des Berufs, wobei die andere Tätigkeit bereits dann nicht der bisherigen Lebensstellung entspricht, wenn entweder das Einkommen oder die Wertschätzung der anderen Tätigkeit spürbar unter das Niveau des bislang ausgeübten Berufs absinken. Die zumutbare Minderung des Einkommens und der Wertschätzung richten sich dabei nach den individuellen Gegebenheiten. Die zumutbare Minderung des Einkommens beträgt maximal 20 Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens des bislang ausgeübten Berufs. Bei Selbstständigen und freiberuflich Tätigen ist anstelle des jährlichen Bruttoarbeitseinkommens der durchschnittliche Gewinn vor Steuern der letzten drei Kalenderjahre vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung entscheidend. Im begründeten Einzelfall kann auch schon eine geringere Minderung des Einkommens nicht zumutbar sein.

Abstrakte Verweisung

Eine → abstrakte Verweisung erfolgt nicht.

Umorganisation bei Selbstständigen, freiberuflich Tätigen und Gesellschaftern beziehungsweise Angestellten mit Unternehmensleitungsbefugnis

Bei Selbstständigen, freiberuflich Tätigen und Gesellschaftern beziehungsweise Angestellten mit Unternehmensleitungsbefugnis setzt Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen zusätzlich voraus, dass es der versicherten Person nicht möglich ist, ihren Betrieb nach zumutbarer Umorganisation fortzuführen.

Eine Umorganisation ist für die versicherte Person zumutbar, wenn

- die hierfür erforderlichen Maßnahmen wirtschaftlich zweckmäßig sind und keinen erheblichen Kapitaleinsatz erfordern,
- der versicherten Person ein sinnvolles Tätigkeitsfeld verbleibt und
- ihre Lebensstellung gewahrt bleibt.

In folgenden Fällen verzichten wir auf die Prüfung der Umorganisation:

- Der Betrieb beschäftigt weniger als fünf Mitarbeiter. Bei der Mitarbeiteranzahl werden Auszubildende, Praktikanten und Werkstudenten **nicht** berücksichtigt.
- Die versicherte Person hat eine akademische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen und übte in ihrer täglichen Arbeitszeit mindestens zu 90 Prozent kaufmännische, planerische, leitende oder organisatorische Tätigkeiten aus.

Umorganisation bei Angestellten

Für weisungsgebundene Arbeitnehmer besteht keine Verpflichtung zur Umorganisation des Arbeitsplatzes.

- (2) Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, zu mindestens 50 Prozent außerstande gewesen, ihren Beruf (siehe Absatz 1 Satz 2) auszuüben, ohne dass sie
- eine andere Tätigkeit konkret ausgeübt hat, die ihrer bisherigen Lebensstellung (siehe Absatz 1) entspricht oder
 - als Selbstständiger ihren Betrieb nach zumutbarer Umorganisation (siehe Absatz 1) hätte fortführen können,
- leisten wir von Beginn dieses sechsmonatigen Zustands an.

Berufsunfähigkeit bei Auszubildenden

- (3) Bei Auszubildenden liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen außerstande ist, ihre zuletzt betriebene Ausbildung – so wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – fortzusetzen und sie in dieser Zeit auch keine andere Tätigkeit konkret ausübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Berufsunfähigkeit aufgrund infektionsbedingten Tätigkeitsverbots (Infektionsklausel)

- (4) Berufsunfähigkeit liegt auch vor, wenn und solange der versicherten Person wegen einer Infektionsgefahr, die von ihr ausgeht, die Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gemäß § 31 Infektionsschutzgesetz (IfSG) in der Fassung vom 20.07.2000 untersagt

wurde und sie dadurch zu mindestens 50 Prozent außerstande ist, ihre Tätigkeit auszuüben. Die Tätigkeitseinschränkung muss sich voraussichtlich über mindestens sechs Monate ununterbrochen erstrecken beziehungsweise erstreckt haben.

Zum Nachweis des Vorliegens eines Tätigkeitsverbots sind folgende Dokumente einzureichen:

- soweit vorhanden eine behördliche Verfügung im Original oder in amtlich beglaubigter Abschrift oder
- ein ärztliches Attest, welches die Infektion bestätigt (zum Beispiel ärztliche Befundung oder Laboruntersuchungen, die nur von zugelassenen Personen, offiziellen Teststellen und -zentren oder Laboren durchgeführt wurden).

Werden Leistungen aufgrund des Tätigkeitsverbots erbracht, endet die Leistungspflicht mit Ablauf des Monats der Aufhebung des Tätigkeitsverbots. Die Aufhebung ist unverzüglich anzuzeigen.

Übt die versicherte Person eine andere Tätigkeit konkret aus, die ihrer bisherigen Lebensstellung (siehe Absatz 1) entspricht, liegt keine Berufsunfähigkeit vor.

Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit

- (5) Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen so hilflos ist oder bereits sechs Monate ununterbrochen so hilflos war, dass sie für mindestens vier der im folgenden Absatz genannten neun Verrichtungen – auch bei Verwendung technischer und medizinischer zumutbarer Hilfsmittel – in erheblichem Umfang täglich die Hilfe einer anderen Person benötigt oder einer der in Absatz 7 genannten Fälle vorliegt. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.
- (6) Bei der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit ist die erforderliche Hilfe bei folgenden Verrichtungen maßgebend:

An- und Auskleiden

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei der Benutzung von Hilfsmitteln (zum Beispiel Schuhhölfer, Knöpfhilfe) nur mit Hilfe einer anderen Person den Ober- und Unterkörper an- und auskleiden kann. Das Reichen der Kleidung und die Kontrolle des Sitzes der Kleidung gelten nicht als Hilfebedarf.

Aufstehen und Positionswechsel

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Inanspruchnahme von Hilfsmitteln (zum Beispiel Gehhilfe, spezieller Griff) nur mit Hilfe einer anderen Person von einer erhöhten Sitzfläche (zum Beispiel Bettkante, Stuhl, Toilette) aufstehen und sich auf einen Rollstuhl, Toilettenstuhl, Sessel oder Ähnliches umsetzen und sich überhaupt nicht oder nur kurzzeitig überwiegend selbstständig in einer stabilen Sitzposition halten kann. Überwiegend selbstständig bedeutet hier, dass sich die Person nur kurzzeitig, zum Beispiel für die Dauer einer Mahlzeit, selbstständig in der Sitzposition halten kann, darüber hinaus benötigt sie aber personelle Unterstützung zur Positionskorrektur. Die Lage im Bett kann außerdem nur nach Reichen einer Hand oder eines Hilfsmittels verändert werden.

Denkvermögen

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person sich und ihrer Umgebung nicht mehr bewusst ist, das heißt die versicherte Person benötigt den ganzen Tag Hilfe in Form von Erinnern und/oder Auffordern

- beim Treffen geeigneter Entscheidungen zur eigenen Sicherheit und zum Wohlbefinden und beim Ausführen und Steuern von Alltagshandlungen, da sie die Reihenfolge einzelner Handlungsschritte oder einzelne notwendige Schritte regelmäßig vergisst und
- beim Planen und Strukturieren des Tagesablaufs und über den Tag hinaus und bei der Auswahl und Durchführung von Freizeitaktivitäten.

Oder die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage,

- Personen aus dem näheren Umfeld (zum Beispiel Familienangehörige) zu erkennen und sich an kurz zurückliegende Ereignisse zu erinnern und
- sich in ihrer gewohnten häuslichen und außerhäuslichen Umgebung zurecht zu finden und dortige Risiken und Gefahren zu erkennen und
- sich auch unter Nutzung äußerer Orientierungshilfen zeitlich zu orientieren und Tageszeiten mit regelmäßigen Ereignissen (zum Beispiel Mittagessen) zu erkennen und
- einfache Sachverhalte, Informationen sowie Aufforderungen zu verstehen, wenn diese nicht wiederholt und erläutert werden.

Essen und Trinken

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Benutzung von Hilfsmitteln (zum Beispiel krankengerechtes Essbesteck/Trinkgefäß) nur mit Hilfe einer anderen Person bereits mundgerecht zubereitete Speisen und bereitstehende Getränke aufnehmen kann.

Fortbewegen

Hilfebedarf liegt vor, wenn sich die versicherte Person auch bei Nutzung von Hilfsmitteln (zum Beispiel Gehhilfe, Rollator, Rollstuhl) nur mit Hilfe einer anderen Person auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortbewegen kann und das Treppensteigen nur mit Stützen oder Festhalten einer anderen Person möglich ist.

Kommunizieren

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, mit anderen Personen zu kommunizieren, das heißt

- die versicherte Person kann von sich aus elementare Bedürfnisse nicht mehr oder nur noch durch nonverbale Reaktionen (Mimik, Gestik, Laute) mitteilen und
- die versicherte Person antwortet auf Fragen lediglich mit wenigen Worten oder sie weicht meistens vom Gesprächsinhalt ab und
- die versicherte Person zeigt keine Eigeninitiative zur Kontaktaufnahme zu Personen innerhalb und außerhalb des direkten Umfelds und benötigt personelle Unterstützung bei der Nutzung von Kommunikationshilfen (Telefon bedienen/halten, Brief- oder E-Mail-Kontakt).

Umgang mit Emotionen

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr alleine mit Emotionen, Wahrnehmungen, Gefühlen sowie Risiken und Gefahren umgehen kann. Dies liegt vor, wenn die versicherte Person mindestens zweimal wöchentlich

- Hilfe einer anderen Person beim Einschlafen, Weiterschlafen und bei motorisch geprägten Verhaltensauffälligkeiten (zum Beispiel ständiges Aufstehen, zielloses Umhergehen) benötigt oder
- verbal oder physisch aggressiv gegenüber sich selbst, anderen Personen oder Gegenständen wird und Unterstützung (zum Beispiel bei der Körperhygiene, der Nahrungsaufnahme) ablehnt oder
- unter Angstattacken und Wahnvorstellungen leidet. Sie fühlt sich verfolgt/bedroht/bestohlen und äußert starke Ängste und Sorgen oder
- antriebslos und schwer depressiv ist. Sie bringt keine Eigeninitiative für Aktivitäten oder Kommunikation auf, wirkt traurig und/oder apathisch.

Verrichten der Notdurft

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Benutzung von Hilfsmitteln (zum Beispiel spezieller Griffe, Toilette mit Duschfunktion) nur mit Hilfe einer anderen Person die Toilette/Toilettenstuhl aufsuchen und benutzen kann, weil sie sich nach dem Stuhlgang nicht alleine säubern oder ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann. Besteht eine Inkontinenz, benötigt sie Hilfe einer anderen Person bei der Verwendung von Hilfsmitteln (zum Beispiel Windeln, Stomabeutel, (Dauer-)Katheter).

Waschen

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Benutzung von Hilfsmitteln (zum Beispiel Wannengriff, Wannenlift) nur mit Hilfe einer anderen Person ein akzeptables Maß an Körperhygiene einhalten und sich nur in geringem Maße beim Waschen (zum Beispiel Intimbereich, Haare), Duschen, Baden und Abtrocknen selbst beteiligen kann. Die Unfähigkeit, ins Badezimmer zu gelangen, gilt nicht als Hilfebedarf.

- (7) Unabhängig von der vorgenannten Beurteilung liegt Pflegebedürftigkeit auch vor, wenn die versicherte Person
- wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf oder
 - dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann.

Berufsunfähigkeit aufgrund eines verkehrsmedizinischen Gutachtens (Führerscheinklausel)

- (8) Berufsunfähigkeit liegt auch vor, wenn durch Vorlage eines verkehrsmedizinischen Gutachtens nachgewiesen wird, dass die versicherte Person aus gesundheitlichen Gründen für voraussichtlich mindestens sechs Monate nicht mehr in der Lage ist, ein Kraftfahrzeug zu führen, für das je nach Beruf (siehe Absatz 1 Satz 2) eine der folgenden Fahrerlizenzen erforderlich ist:
- Fahrerlaubnis der Klasse C, CE, C1, C1E, D, DE, D1 oder D1E bei Berufskraftfahrern
 - Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung bei Taxifahrern
 - Fahrerlaubnis der Klasse B oder BE bei Auslieferungsfahrern

Die Fahrerlaubnis muss nachweislich aufgrund des verkehrsmedizinischen Gutachtens entzogen oder abgegeben worden sein. Ausgeschlossen vom Versicherungsschutz sind der Verlust der Fahrerlaubnis der Klasse B1 sowie der Verlust der Fahrerlaubnis im Zusammenhang mit

- psychischen Ursachen sowie
- dem Missbrauch von Alkohol, Drogen, Medikamenten oder toxischen Stoffen.

Übt die versicherte Person eine andere Tätigkeit konkret aus, die ihrer bisherigen Lebensstellung (siehe Absatz 1) entspricht, liegt keine Berufsunfähigkeit vor.

Weiterhin gelten die Ausschlüsse aus § 5.

Versicherter Beruf bei Ausscheiden aus dem Berufsleben

- (9) Wenn die versicherte Person aus dem Berufsleben ausscheidet und später Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt werden, wird bei der Prüfung, ob Berufsunfähigkeit vorliegt, grundsätzlich auf den zuletzt vor Ausscheiden aus dem Berufsleben ausgeübten Beruf und die damit verbundene Lebensstellung abgestellt.

Berufsunfähigkeit/Erwerbsminderung im Sinne der gesetzlichen Sozialversicherung beziehungsweise Berufsunfähigkeit im Sinne der privaten Krankentagegeldversicherung

- (10) Der in diesen Bedingungen verwendete Begriff der Berufsunfähigkeit stimmt nicht mit dem Begriff der Berufsunfähigkeit/der Erwerbsminderung im sozialrechtlichen Sinne (Rente wegen voller beziehungsweise teilweiser Erwerbsminderung) oder dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeldversicherung überein.
- (11) Wird der versicherten Person eine Rente wegen voller beziehungsweise teilweiser Erwerbsminderung gewährt oder eine Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeldversicherung festgestellt, gilt dies grundsätzlich nicht als Nachweis für eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen.
- (12) Wir werden jedoch leisten, wenn die mindestens 55 Jahre alte versicherte Person aus medizinischen Gründen eine **unbefristete** Rente wegen voller Erwerbsminderung vom Sozialversicherungsträger bewilligt bekommt. In diesem Fall gilt dies als Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen.

§ 3**Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?**

- (1) Wir beteiligen Sie an dem Überschuss und an den → Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Leistung aus der Überschussbeteiligung kann auch 0 Euro betragen. In den nachfolgenden Absätzen erläutern wir Ihnen,
- wie wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens ermitteln und wie wir diesen verwenden (siehe Absatz 2),

- wie Ihr Vertrag an dem Überschuss beteiligt wird (siehe Absätze 3 und 4)
- wie Bewertungsreserven entstehen und wie wir diese Ihrem Vertrag zuordnen (siehe Absätze 5 und 6)
- warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung Ihres Vertrags nicht garantieren können (siehe Absätze 7 und 8) und
- wie wir Sie über die Überschussbeteiligung informieren (siehe Absätze 9 und 10).

Wie ermitteln wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens und wie verwenden wir diesen?

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

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

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

Wir haben gleichartige Versicherungen (zum Beispiel Rentenversicherungen, Risikolebensversicherungen oder Berufsunfähigkeitsversicherungen) zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen.

Wie wird Ihr Vertrag an dem Überschuss beteiligt?

- (3) Bei der Verteilung des Überschusses auf die einzelnen Verträge wenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren an. Hierzu bilden wir innerhalb der Bestandsgruppen Gewinnverbände.
- a) Ihr Vertrag ist der in Ihrem → Versicherungsschein genannten Bestandsgruppe zugeordnet. Wir verteilen den Überschuss in dem Maß, wie die Bestandsgruppen und Gewinnverbände zu seiner Entstehung beigetragen haben. Hat eine Bestandsgruppe oder ein Gewinnverband nicht zur Entstehung des Überschusses beigetragen, besteht insoweit kein Anspruch auf Überschussbeteiligung.
- b) Solange Sie keine Leistungen aus dieser Versicherung beziehen, erhalten Sie für eine beitragspflichtige Versicherung mit jedem fälligen Beitrag einen laufenden Überschussanteil. Dieser wird jeweils in Prozent des → Bruttobeitrags – ohne Berücksichtigung von Erschwerungszuschlägen – bemessen und mit den laufenden Beiträgen entsprechend ihrer Zahlungsweise (monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich) verrechnet (**Vorwegabzug**).

Sie können bei Vertragsabschluss bei beitragspflichtigen Versicherungen anstelle des Vorwegabzugs einen **Leistungsbonus** in Prozent der versicherten Leistung vereinbaren. Versicherungen gegen → Einmalbeitrag und tariflich oder vorzeitig beitragsfrei gestellte Versicherungen erhalten ebenfalls einen Leistungsbonus.

Sofern eine Rentenleistung vereinbart ist, erhöht sich im Leistungsfall Ihre vertraglich garantierte Rentenleistung durch den Bonus entsprechend.

Ist nur eine Beitragsbefreiung versichert, werden die Bonusleistungen im Leistungsfall verzinslich angesammelt, sofern für die Hauptversicherung das Überschusssystem „verzinsliche Ansammlung“ gewählt wurde. Andernfalls werden die unterjährig verzinslich angesammelten Bonusleistungen jeweils zum Jahrestag der Versicherung entsprechend der laufenden Überschussanteile aus der Hauptversicherung verwendet.

Befindet sich Ihre Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung im Leistungsbezug, erhalten Sie jährlich Zinsüberschussanteile in Prozent der überschussberechtigten → Deckungsrückstellung zum → Zuteilungstichtag. Die erste Zuteilung erfolgt anteilig zum Ende des laufenden Versicherungsjahres.

Sofern eine Rentenleistung vereinbart ist, wird der Zinsüberschussanteil des Vertragsteils der Rentenleistung als Einmalbeitrag für eine zusätzliche sofortbeginnende beitragsfreie Leistung (Bonusleistung) verwendet.

Zinsüberschussanteile, die durch den Vertragsteil der Beitragsbefreiung entstehen, werden verzinslich angesammelt, sofern für die Hauptversicherung das Überschusssystem „verzinsliche Ansammlung“ gewählt wurde. Andernfalls werden die unterjährig verzinslich angesammelten Überschüsse des Vertragsteils für die Beitragsbefreiung jeweils zum Jahrestag der Versicherung entsprechend der laufenden Überschussanteile aus der Hauptversicherung verwendet.

- (4) Der Vorstand legt jedes Jahr auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars fest, wie der Überschuss auf die Gewinnverbände verteilt wird und setzt die entsprechenden → Überschussanteilsätze fest (Überschussdeklaration). Dabei achtet er darauf, dass die Verteilung verursachungsorientiert erfolgt.

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

Wie entstehen Bewertungsreserven und wie ordnen wir diese Ihrem Vertrag zu?

- (5) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über ihrem jeweiligen handelsrechtlichen Buchwert liegt.

Da vor Eintritt des Leistungsfalls keine Beträge zur Verfügung stehen, um Kapital zu bilden, entstehen auch keine Bewertungsreserven. Soweit während des Leistungsbezugs Bewertungsreserven entstehen, beteiligen wir Sie nach Eintritt des Leistungsfalls gemäß Absatz 6 an den Bewertungsreserven, die nach den maßgebenden rechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind. Deren Höhe ermitteln wir jährlich neu und ordnen den ermittelten Wert den Verträgen anteilig rechnerisch zu. Dabei wenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren an.

- (6) Im Leistungsbezug beteiligen wir Ihren Vertrag an den Bewertungsreserven, indem wir den Zinsüberschussanteil (siehe Abschnitt 3 b) erhöhen.

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

Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

- (7) Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab, die nicht vorhersehbar sind. Einflussfaktoren sind insbesondere die Entwicklung des Berufsunfähigkeitsrisikos, des Kapitalmarkts und der → Kosten.

Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch 0 Euro betragen.

- (8) Weitere Erläuterungen zur Entstehung von Überschüssen und Bewertungsreserven sowie versicherungsmathematische Hinweise finden Sie im Anhang zu den Versicherungsbedingungen.

Wie informieren wir über die Überschussbeteiligung?

- (9) Die festgelegten Überschussanteilsätze veröffentlichen wir jährlich in unserem → Geschäftsbericht. Diesen finden Sie auf unserer Internetseite unter <https://www.devk.de/unternehmen/unternehmensberichte/index.jsp>.

- (10) Über den Stand Ihrer Ansprüche unterrichten wir Sie jährlich. Dabei berücksichtigen wir die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags.

§ 4

In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Leistungsfall beruht. Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn die Leistungspflicht verursacht ist:

- durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als → Versicherungsnehmer vorsätzlich den Leistungsfall herbeigeführt haben;
- durch folgende von der → versicherten Person vorgenommene Handlungen
 - absichtliche Herbeiführung von Krankheit,
 - absichtliche Herbeiführung mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls,
 - absichtliche Herbeiführung eines infektionsbedingten Tätigkeitsverbots,
 - absichtliche Selbstverletzung oder
 - versuchte Selbsttötung.

Wir werden jedoch leisten, wenn uns nachgewiesen wird, dass die versicherte Person diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat.

- durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person;
- unmittelbar oder mittelbar durch Kriegereignisse. Unsere Leistungen sind nicht ausgeschlossen, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig wird, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;
- durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- 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. Dies gilt nur, wenn die Waffen/Stoffe das Leben oder die Gesundheit von mindestens 1.000 Menschen gefährden oder schädigen. Es muss eine deutsche Behörde für Katastrophenschutz tätig geworden sein, um die Bevölkerung vor den Waffen/Stoffen zu schützen. Statt der deutschen Behörde kann auch eine vergleichbare Einrichtung eines anderen Landes tätig geworden sein. Unsere Leistungen sind nicht ausgeschlossen, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen leistungsberechtigt wird, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;
- durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden, dass zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Behörde tätig wurde.

§ 5

Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

- (1) **Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in → Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.**

Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme, in Textform stellen.

- (2) Soll eine andere Person für den Fall einer Berufsunfähigkeit versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.
- (3) Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie oder für die → versicherte Person als Repräsentant beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

Rechtsfolgen der Anzeigepflichtverletzung**(4) Nachfolgend informieren wir Sie, unter welchen Voraussetzungen wir bei einer Verletzung der Anzeigepflicht**

- vom Vertrag zurücktreten,
- den Vertrag kündigen,
- den Vertrag rückwirkend anpassen oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten

können.

Rücktritt

- (5) Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, können wir von der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung zurücktreten. Das Rücktrittsrecht besteht nicht, wenn weder eine vorsätzliche noch grob fahrlässige Anzeigepflichtverletzung vorliegt. Selbst wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir kein Rücktrittsrecht, falls wir die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung – möglicherweise zu anderen Bedingungen (zum Beispiel höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.
- (6) Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz. Wenn wir nach Eintritt des → Versicherungsfalls zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung trotzdem bestehen: Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der
- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls
 - noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht
- ursächlich war.

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

- (7) Wenn die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, haben Sie weder Anspruch auf einen Rückkaufswert noch auf eine Rückzahlung der Beiträge.

Kündigung

- (8) Wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgt ist, können wir die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.
- (9) Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung – möglicherweise zu anderen Bedingungen (zum Beispiel höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.
- (10) Wenn wir die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung kündigen, erlischt sie, ohne dass ein Rückkaufswert zur Auszahlung kommt.

Rückwirkende Vertragsanpassung

- (11) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung – möglicherweise zu anderen Bedingungen (zum Beispiel höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten (siehe Absatz 5 Satz 3 und Absatz 9), werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil.
- (12) Sie können die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung über die Vertragsänderung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn
- wir im Rahmen einer rückwirkenden Vertragsanpassung den Beitrag um mehr als 10 Prozent erhöhen oder
 - wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

Auf dieses Recht werden wir Sie in der Mitteilung über die rückwirkende Vertragsanpassung hinweisen.

Verzicht auf die Rechte des Versicherers

- (13) Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, verzichten wir auf unsere Rechte gemäß § 19 VVG zur Kündigung nach Absatz 8 und Vertragsanpassung nach Absatz 11.

Voraussetzung für die Ausübung unserer Rechte

- (14) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.
- (15) Wir haben kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
- (16) Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nur 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 angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.
- (17) Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsabschluss der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

(18) Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrags durch unrichtige oder unvollständige Angaben arglistig beeinflusst worden ist. Handelt es sich um Angaben der **versicherten Person** oder einer anderen Person (siehe Absätze 2 und 3), können wir **Ihnen** gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Der Absatz 7 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

(19) Die Absätze 1 bis 18 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert oder wiederhergestellt wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung vorgenommen wird. Die Fristen nach Absatz 17 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Zusatzversicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

Erklärungsempfänger

(20) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsanpassung sowie zur Anfechtung üben wir durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben.

(21) Auf den Rücktritt, die Kündigung, die Vertragsanpassung oder die Anfechtung der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung können wir uns auch dritten Berechtigten gegenüber berufen.

(22) Nach Ihrem Tod gilt eine als bezugsberechtigt benannte Person als bevollmächtigt, den Rücktritt, die Kündigung, die Vertragsanpassung oder die Anfechtung des Versicherungsvertrags entgegenzunehmen. Ist kein Bezugsberechtigter vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des → Versicherungsscheins als bevollmächtigt ansehen, die Erklärung entgegenzunehmen.

§ 6**Welche Unterstützung erhalten Sie von uns, wenn Sie einen Leistungsantrag stellen möchten?**

Wir unterstützen und beraten Sie gerne. Insbesondere wenn Sie Fragen haben

- zur Beantragung von Leistungen,
- zum Verfahren der Leistungsprüfung,
- zum Umfang der Leistungen,
- zum Nachweis der Leistungsvoraussetzungen (siehe § 2)
- zur betrieblichen Umorganisation bei Selbstständigen, freiberuflich Tätigen und Gesellschaftern beziehungsweise Angestellten mit Unternehmensleitungsbefugnis (siehe § 2 Absatz 1),
- zu den einzureichenden Unterlagen sowie zur Beschreibung der zuletzt ausgeübten Tätigkeit (siehe § 7).

Ihre Fragen beantworten wir Ihnen gerne auch telefonisch. Die Kontaktdaten unserer Mitarbeiter erhalten Sie von uns mit allen erforderlichen Formularen direkt nach der Meldung des Leistungsfalls. Auch beim Ausfüllen der Formulare sind wir Ihnen auf Wunsch behilflich. Sprechen Sie uns darauf an!

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

Im Folgenden beschreiben wir Verhaltensregeln (Mitwirkungspflichten). Sie oder die → versicherte Person müssen diese beachten, wenn eine Leistung verlangt wird. Ohne Ihre Mithilfe können wir unsere Leistung nicht erbringen.

Sämtliche Angaben, um die wir Sie oder die versicherte Person zur Prüfung unserer Leistungspflicht bitten, müssen wahrheitsgemäß, vollständig und unverzüglich erteilt werden.

(1) Wird eine Leistung aus dieser Zusatzversicherung beansprucht, müssen uns auf Kosten des Anspruchserhebenden folgende Auskünfte, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, gegeben und Nachweise vorgelegt werden:

- a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
- b) ausführliche aussagekräftige Berichte der Fachärzte und anderer Heilbehandler, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln, beziehungsweise behandelt oder untersucht haben. Die Berichte müssen folgende Punkte beinhalten:
 - Ursache des Leidens,
 - Beginn des Leidens,
 - Art des Leidens,
 - Verlauf des Leidens,
 - voraussichtliche Dauer des Leidens und
 - die aus dem Leiden resultierenden Einschränkungen auf den zuletzt ausgeübten Beruf, aus denen ein Grad der Berufsunfähigkeit oder die Pflegebedürftigkeit bestimmt werden kann.
- c) Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit, die wirtschaftlichen Verhältnisse sowie über die eingetretenen Veränderungen;
- d) Unterlagen über die finanzielle → Lebensstellung aus beruflicher Tätigkeit der versicherten Person und deren Veränderungen vor und nach Eintritt der Berufsunfähigkeit (zum Beispiel Einkommensteuerbescheide, betriebswirtschaftliche Unterlagen);
- e) bei Berufsunfähigkeit aufgrund infektionsbedingten Tätigkeitsverbots (Infektionsklausel) zusätzlich die Verfügung des Tätigkeitsverbots im Original oder in amtlich beglaubigter Abschrift;
- f) bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege;

- g) bei Berufsunfähigkeit aufgrund eines verkehrsmedizinischen Gutachtens (Führerscheinklausel) zusätzlich
- das maßgebliche vollständige verkehrsmedizinische Gutachten sowie
 - einen Nachweis über die Entziehung oder die Abgabe der Fahrerlaubnis
- im Original oder in amtlich beglaubigter Abschrift;
- h) eine Aufstellung
- der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war, ist oder – sofern bekannt – sein wird,
 - der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger oder sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Berufsunfähigkeit geltend machen könnte,
 - über den derzeitigen Arbeitgeber und frühere Arbeitgeber der versicherten Person.
- (2) Wir können außerdem auf unsere Kosten weitere ärztliche Untersuchungen über den aktuellen und früheren Gesundheitszustand durch von uns beauftragte unabhängige Ärzte, berufskundliche Auskünfte, Vor-Ort-Prüfungen sowie notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen.
- (3) Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, sind uns zum Nachweis der Berufsunfähigkeit die in Absatz 1 genannten Unterlagen auf Kosten des Anspruchserhebenden in deutscher Sprache einzureichen.

Wenn wir Untersuchungen der im Ausland lebenden versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte in Deutschland verlangen (siehe Absatz 2), tragen wir die Untersuchungskosten sowie die vorher mit uns abgestimmten Reise- und Unterbringungskosten.

- (4) Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, Pflegeheime und Pflegepersonen, bei denen sie in Behandlung oder in Pflege war oder sein wird, andere Personenversicherer und gesetzliche Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zur Beurteilung des → Versicherungsfalls und zur Überprüfung der Angaben vor Vertragsannahme zu erteilen. Die versicherte Person kann jederzeit verlangen, dass die Auskunftserhebung nur bei Einzeleinwilligung erfolgt. Überdies hat die versicherte Person auch die Möglichkeit, die für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlichen Daten selbst einzuholen und uns zu übergeben. Dabei werden wir der versicherten Person den zeitlichen Umfang, den Inhalt und den Zweck der zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlichen Datenerhebung mitteilen. Hat die versicherte Person die Ermächtigung bei Abgabe der Vertragserklärung erteilt, werden wir sie vor Einholung einer solchen Auskunft unterrichten; die versicherte Person kann der Einholung einer solchen Auskunft widersprechen.

Ein Widerspruch kann dazu führen, dass Ihre Mitwirkungspflicht gemäß Absatz 1 bis 3, § 8, § 10 und § 11 verletzt wird oder uns nicht alle für unsere Leistungsentscheidung erforderlichen Unterlagen vorliegen, somit eine mögliche Leistung nicht fällig wird.

- (5) Unsere Leistungen werden fällig, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung und zum Umfang unserer Leistungspflicht notwendig sind. Wenn Sie eine der genannten Pflichten nicht erfüllen, kann dies zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine schuldhaftige Pflichtverletzung kann somit dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird.
- (6) Bei Überweisung von Leistungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums trägt die empfangsberechtigte Person die damit verbundenen Kosten und die damit verbundene Gefahr.

§ 8

Wirkt sich die Nichtbeachtung ärztlicher Anordnungen nachteilig auf Ihren Leistungsanspruch aus?

- (1) Wenn ärztliche Anordnungen und Empfehlungen, die über den Rahmen des nach medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen notwendigen Behandlungsstandards hinausgehen oder die zur Durchführung der besonderen und ausdrücklichen Zustimmung des Patienten bedürfen (zum Beispiel Operationen, Strahlen- und Chemotherapie beziehungsweise sonstige spezielle Behandlungen), von der → versicherten Person nicht befolgt werden, hat dies keinen Einfluss auf die Feststellung und die Anerkennung der Berufsunfähigkeit.
- (2) Im Rahmen der gesetzlichen Schadenminderungspflicht ist die versicherte Person verpflichtet, die ärztlichen Behandlungen, Maßnahmen und Verordnungen, die für den Heilungsprozess und die Minderung ihrer Beschwerden erforderlich und auch zumutbar sind, zu dulden und zu befolgen.

Zumutbar sind Maßnahmen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und die außerdem eine realistische Aussicht auf Besserung bieten. Hierzu zählen zum Beispiel die Befolgung ärztlich verordneter Medikation, die Benutzung von verordneten Sehhilfen, orthopädischen Hilfen oder sonstiger medizinisch-technischer Hilfen, deren Einsatz allgemein anerkannt und auch üblich ist.

Werden solche angemessenen Maßnahmen der medizinischen Grundversorgung oder die entsprechenden Standardbehandlungen von der versicherten Person vorsätzlich nicht befolgt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Im Fall grober Fahrlässigkeit sind wir berechtigt, die Leistungen in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

§ 9

Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

- (1) Nach Abschluss der Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns hinzugezogenen Unterlagen erklären wir in → Textform, ob, in welchem Umfang und von welchem Zeitpunkt an wir unsere Leistungspflicht anerkennen. Eine Leistungsablehnung begründen wir Ihnen transparent und nachvollziehbar.

Unsere Erklärung erfolgt innerhalb von zehn Arbeitstagen, nachdem alle erforderlichen Unterlagen vorliegen.

- (2) Während der Leistungsprüfung informieren wir Sie regelmäßig, mindestens monatlich, über den Sachstand und über fehlende Unterlagen. Letztere werden wir unverzüglich anfordern.

- (3) Grundsätzlich sprechen wir bei Berufsunfähigkeit kein befristetes Anerkenntnis aus. In begründeten Einzelfällen können einem unbefristeten Anerkenntnis wichtige Gründe entgegenstehen. In einem solchen Fall möchten wir Ihnen schnell und unkompliziert helfen, indem wir unsere Leistungspflicht einmalig und maximal für die Dauer von zwölf Monaten zeitlich befristet anerkennen.

Bis zum Ablauf der Frist ist dieses Anerkenntnis für uns bindend. Nach Ablauf der Befristung müssen Sie weitere Ansprüche geltend machen. Die Überprüfung unserer Leistungspflicht erfolgt dann im Rahmen einer Erstprüfung (siehe § 7). Die Regelungen zur Nachprüfung (siehe § 11) finden keine Anwendung.

§ 10

Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, nachdem wir unsere Leistungspflicht anerkannt haben?

Allgemeine Mitwirkungspflichten nachdem wir unsere Leistungspflicht anerkannt haben

Nach Anerkennung unserer Leistungspflicht sind wir unverzüglich über folgende Sachverhalte zu informieren:

- Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit,
- Änderung der beruflichen Tätigkeit oder ihres Umfangs,
- Aufnahme einer Ausbildung, einer Umschulung, eines Studiums etc. sowie,
- Todesfall der → versicherten Person.

Mitwirkungspflichten nach Anerkennung der Berufsunfähigkeit aufgrund eines verkehrsmedizinischen Gutachtens (Führerscheinklausel)

Nach Anerkennung unserer Leistungspflicht aufgrund eines verkehrsmedizinischen Gutachtens sind wir zusätzlich unverzüglich über die Wiedererlangung der Fahrerlaubnis zu informieren.

Mitwirkungspflichten nach Anerkennung der Berufsunfähigkeit aufgrund infektionsbedingten Tätigkeitsverbots (Infektionsklausel)

Nach Anerkennung unserer Leistungspflicht aufgrund eines infektionsbedingten Tätigkeitsverbots sind wir zusätzlich unverzüglich über die Aufhebung des infektionsbedingten Tätigkeitsverbots zu informieren.

§ 11

Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

Nachprüfung

- (1) Wenn wir unsere Leistungspflicht unbefristet anerkannt haben oder sie gerichtlich festgestellt worden ist, sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit (siehe § 2) nachzuprüfen. Dabei können wir erneut prüfen, ob die → versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von § 2 ausübt, wobei neu erworbene berufliche Fähigkeiten zu berücksichtigen sind.
- (2) Unter Anwendung der Bestimmungen des § 7 Absätze 2 bis 4 können wir zur Nachprüfung jederzeit auf unsere Kosten sachdienliche Auskünfte anfordern und einmal jährlich verlangen, dass sich die versicherte Person durch von uns beauftragte Ärzte umfassend im zumutbaren Rahmen untersuchen lässt. Hierbei anfallende Kosten sind von uns zu tragen.

Leistungsfreiheit

- (3) Wir sind leistungsfrei, wenn wir feststellen, dass die in § 1 und § 2 genannten Voraussetzungen der Leistungspflicht entfallen sind und wir Ihnen diese Veränderung in → Textform darlegen. Unsere Leistungen können wir mit Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen einstellen. Ab diesem Zeitpunkt müssen Sie auch die Beiträge wieder zahlen. Ist keine Berufsunfähigkeitsrente mitversichert, muss die Beitragszahlung zu Beginn des folgenden Beitragszahlungsabschnitts nach Wirksamwerden der Mitteilung wieder aufgenommen werden.

§ 12

Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 7, § 8, § 10 oder § 11 von Ihnen, der → versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, leisten wir nicht.

Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

Beides gilt nur, wenn wir durch eine gesonderte Mitteilung in → Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Weisen Sie uns nach, dass die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt worden ist, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen.

Die Ansprüche aus der Zusatzversicherung bleiben auch bestehen, soweit Sie uns nachweisen, dass die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Das gilt nicht, wenn die Mitwirkungspflicht arglistig verletzt wird. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet.

§ 13

Wann können Sie den Versicherungsschutz im Rahmen der Nachversicherungsgarantie erhöhen?

- (1) Eine Erhöhung Ihres Versicherungsschutzes nach Vertragsbeginn bezeichnen wir als Nachversicherung. In den ersten fünf Jahren nach Abschluss des Vertrags haben Sie einmalig das Recht, Ihren Versicherungsschutz ohne besonderen Anlass zu erhöhen. Wir führen hierbei eine finanzielle Angemessenheitsprüfung durch, verzichten aber ansonsten auf die Risikoprüfung. Der Antrag auf anlassunabhängige Nachversicherung muss in → Textform erfolgen.

Diese **anlassunabhängige** Nachversicherungsgarantie erlischt mit Vollendung des 35. Lebensjahres.

- (2) Unabhängig von der in Absatz 1 genannten Regelung haben Sie das Recht, zu bestimmten Anlässen (siehe Absatz 3) einmal oder mehrmals die versicherten Leistungen der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung und der Hauptversicherung zu erhöhen. Wir führen hierbei eine finanzielle Angemessenheitsprüfung durch, verzichten aber ansonsten auf die Risikoprüfung. Das Verhältnis zwischen → Beitragssumme ohne Berücksichtigung von Zuzahlungen bei fondsgebundenen Hauptversicherungen oder Rente beziehungsweise Versicherungssumme bei sonstigen Hauptversicherungen und der Berufsunfähigkeitsrente bleibt dabei unverändert. Der Antrag muss in → Textform innerhalb von zwölf Monaten nach dem Eintritt eines der nachfolgend genannten Ereignisse, die → versicherte Person betreffend, erfolgen. Mit dem Antrag müssen die in Absatz 3 genannten Nachweise eingereicht werden.

Diese **anlassabhängige** Nachversicherungsgarantie erlischt mit Vollendung des 47. Lebensjahres.

- (3) Eine **anlassabhängige** Nachversicherung gemäß Absatz 2 kann bei folgenden Anlässen – bezogen auf die versicherte Person – beantragt werden:
- Heirat
 - Geburt beziehungsweise Adoption eines Kindes
 - Abschluss eines Kauf- oder Darlehensvertrags für den Kauf, Neubau oder Umbau einer selbstgenutzten Immobilie
 - Tod des Ehepartners beziehungsweise des eingetragenen Lebenspartners
 - Scheidung beziehungsweise Aufhebung einer eingetragenen Lebensgemeinschaft
 - erstmaliger Wechsel in die volle berufliche Selbstständigkeit (Hauptberuf)
 - Erhalt Prokura
 - Abschluss einer staatlich anerkannten beruflichen Fortbildung beziehungsweise Qualifikation (zum Beispiel Meisterbrief, Fachhochschulstudium)
 - Gehaltserhöhung bei Nichtselbstständigen, wenn das Bruttojahreseinkommen aus nicht selbstständiger Arbeit dauerhaft um mindestens 10 Prozent gegenüber dem Vorjahreseinkommen gestiegen ist
 - Ausscheiden aus der gesetzlichen Rentenversicherung
 - erstmaliges Überschreiten der am Wohnort der versicherten Person geltenden Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung
 - Wegfall des Invaliditätsschutzes aus einer betrieblichen Altersversorgung
- Hierzu sind geeignete Nachweise (zum Beispiel Urkunde, amtliche Bestätigung, Arbeitsvertrag, Gehaltsnachweis) einzureichen.
- (4) Die **anlassabhängige** beziehungsweise **anlassunabhängige** Nachversicherungsgarantie besteht nur, wenn
- die versicherte Person bei der Beantragung der Nachversicherung nicht berufsunfähig im Sinne der zugrunde liegenden Bedingungen ist, und
 - für die versicherte Person noch keine Leistungen aufgrund Berufs-, Erwerbs-, Arbeitsunfähigkeit oder Beeinträchtigung einer Grundfähigkeit beantragt worden sind, und
 - für die versicherte Person keine gesetzlichen Versorgungsansprüche (Berufsunfähigkeit/Erwerbsminderung) beantragt worden sind, und
 - noch keine Leistungen aus diesem Vertrag bezogen wurden und
 - der Vertrag nicht beitragsfrei gestellt wurde.
- (5) Für die Erhöhung sowohl im Rahmen der anlassabhängigen als auch der anlassunabhängigen Nachversicherungsgarantie gelten folgende Grenzen:
- Durch die Erhöhung dürfen die insgesamt bei uns versicherten Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrenten auf einen Betrag von bis zu 2.500 Euro monatlich erhöht werden. Alle Erhöhungen zusammen dürfen jedoch höchstens 100 Prozent der ursprünglichen monatlichen Rente betragen.
 - Pro Ereignis muss die Erhöhung der versicherten monatlichen Berufsunfähigkeitsrente mindestens 50 Euro und darf höchstens jedoch 750 Euro betragen.
 - Die gesamte Anwartschaft auf Berufs- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeitsrenten einschließlich anderweitiger bestehender privater oder betrieblicher Anwartschaften darf nicht mehr als 60 Prozent des Bruttojahreseinkommens betragen. Hierzu sind Nachweise für die Prüfung vorzulegen (zum Beispiel Steuerbescheide, Versorgungsbescheide).
 - Führt ein Lebensereignis der versicherten Person zu mehreren Nachversicherungsanlässen nach Absatz 2, darf aufgrund dieses einen Ereignisses auch nur einmal erhöht werden.
- (6) Jede einzelne Nachversicherung gilt als neuer Versicherungsvertrag, dem der zum Zeitpunkt seiner Beantragung gültige Tarif sowie die zu diesem Zeitpunkt gültigen Versicherungsbedingungen zugrunde gelegt werden. Die Bestimmungen zur Nachversicherungsgarantie innerhalb der Versicherungsbedingungen gelten für Nachversicherungen nicht. Ebenso gilt eine beim ursprünglichen Vertrag vorhandene Dynamik nicht für die Nachversicherung.
- Maßgebend für die Nachversicherung ist das aktuelle Alter der versicherten Person zum Zeitpunkt der Beantragung der Nachversicherung sowie das Versicherungs-, Leistungs- und Beitragszahlungsendalter des ursprünglichen Vertrags.
- Die Risikoeinschätzung, insbesondere Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse, der ursprünglichen Hauptversicherung sowie der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung gilt für jede einzelne Nachversicherung im gleichen Umfang sowie alle hierzu getroffenen Vereinbarungen.
- Das Ergebnis unserer ursprünglichen Risikoeinschätzung werden wir auf die für die Nachversicherung gültigen Versicherungsbedingungen entsprechend anwenden. Dadurch können bereits in dem bisherigen Vertrag vereinbarte Leistungsausschlüsse in dem neuen Vertrag abweichend formuliert sein.
- Für die Berufsgruppeneinstufung ist der bei Abschluss des ursprünglichen Vertrags angegebene Beruf maßgeblich.
- (7) Verletzungen der vorvertraglichen Anzeigepflicht bei Abschluss dieser Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung wirken sich auch auf abgeschlossene Nachversicherungen aus. Insoweit gilt § 5 analog.

§ 14

Wann können Sie Ihre Vertragsdauer verlängern?

- (1) Sie können die Versicherungsdauer Ihres Vertrags ohne erneute Risikoprüfung verlängern, wenn Sie
- die Beitragsbefreiung (BUZ 1) zu einer Rentenversicherung/Fondsgebundenen Rentenversicherung mit aufgeschobener Rentenzahlung oder
 - zusätzlich zur Beitragsbefreiung auch eine Berufsunfähigkeitsrente vereinbart haben (BUZ 2 oder BUZ 2 A) und Ihre Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung eine kürzere → Versicherungsdauer als Ihre Hauptversicherung hat.

Eine weitere Voraussetzung ist, dass die Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung oder einem berufsständischen Versorgungswerk des entsprechenden Kammerberufs, in dem die → versicherte Person Mitglied ist, erhöht wird.

Ihren Wunsch auf Verlängerung müssen Sie uns innerhalb von zwölf Monaten nach Inkrafttreten der gesetzlichen Änderung beziehungsweise Satzungsänderung in → Textform mitteilen.

- (2) Für die Verlängerung der verschiedenen Laufzeiten Ihres Vertrags gelten folgende Voraussetzungen:
- Der Vertrag ist nicht beitragsfrei gestellt.
 - Die versicherte Person hat das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet.
 - Die bisher vereinbarte Versicherungsdauer läuft mindestens bis zum Endalter von 63 Jahren.
 - Die Laufzeit des Vertrags kann maximal um so viele Jahre angehoben werden, wie die Regelaltersgrenze angehoben wird.
 - Versicherungs-, Beitragszahlungs- und → Leistungsdauer werden um den gleichen Zeitraum verlängert.
 - Die Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer der Hauptversicherung darf auch nach Verlängerung nicht überschritten werden.
 - Die versicherte Person erhält keine Leistung aus einer Grundfähigkeits-, Schwere Krankheiten-, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Pflegeversicherung und hat diese zu keiner Zeit beantragt. Dies gilt sowohl für Verträge die bei uns als auch bei anderen Versicherungsunternehmen bestehen. Zudem liegt bei der versicherten Person keine Krankschreibung vor.
 - Die versicherte Person erhält weder eine teilweise noch volle Erwerbsminderungsrente und hat diese zu keiner Zeit beantragt.
 - Die versicherte Person ist nicht berufsunfähig oder erwerbsunfähig.
 - Es gelten die zum Zeitpunkt der Verlängerung gültigen Annahmerichtlinien. Eine Verlängerung der Versicherungs- und Leistungsdauer über die geltenden tariflichen Höchstgrenzen hinaus ist nicht möglich.
 - Bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse sowie getroffene Vereinbarungen bleiben bestehen.
- (3) Bei einer Verlängerung wird die aktuelle Höhe der Leistung beibehalten. Der neue Beitrag wird auf Basis anerkannter Regeln der Versicherungsmathematik ermittelt. Weiterhin verwenden wir die zum Zeitpunkt der Verlängerung bereits für den Vertrag geltenden → Rechnungsgrundlagen, legen dabei allerdings das Alter der versicherten Person zum Zeitpunkt der Ausübung der Verlängerung zugrunde.

§ 15

Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

- (1) Die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (= Hauptversicherung), eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Spätestens wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet, bei Rentenversicherungen spätestens nach Ablauf der → Aufschubzeit, erlischt auch die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung.

Kündigung der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung

- (2) Die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung können Sie jederzeit zum Schluss eines Monats in → Textform für sich allein kündigen, sofern für Ihre Versicherung laufende Beiträge zu zahlen sind und die letzten zehn Jahre der → Versicherungsdauer der Zusatzversicherung noch nicht begonnen haben. In allen anderen Fällen können Sie Ihre Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nur zusammen mit der Hauptversicherung kündigen.

Mit Ihrer Kündigung erlischt Ihre Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, ohne dass ein Rückkaufswert zur Auszahlung kommt.

Umwandlung in eine beitragsfreie Zusatzversicherung

- (3) Die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln. Die beitragsfreie Leistung aus der Zusatzversicherung errechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den → Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation für den Schluss des laufenden Monats.

Bei Tarifen, bei denen die Leistung nur im bestehenden Verhältnis beitragsfrei gestellt werden kann, bleibt bei Beitragsfreistellung das → Verhältnis der Leistungen, das heißt das Verhältnis zwischen der Leistung aus der Hauptversicherung und der Leistung aus der Zusatzversicherung, so, wie es vor dem Zeitpunkt der Beitragsfreistellung vereinbart war.

Soweit es dafür nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik erforderlich ist, nehmen wir dafür Umschichtungen zwischen den Deckungskapitalien der → Vertragsteile vor. In diesem Fall werden entweder Teile des Deckungskapitals der Zusatzversicherung in das Deckungskapital der Hauptversicherung umgeschichtet oder umgekehrt.

Eine Übersicht der beitragsfreien Leistungen aus der Zusatzversicherung gibt die Ihnen ausgehändigte Garantiewerttabelle.

Stornoabzug

- (4) Der aus Ihrer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung für die Bildung der beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente zur Verfügung stehende Betrag mindert sich um rückständige Beiträge. Außerdem nehmen wir nach Maßgabe der folgenden Regelungen einen Stornoabzug vor. Er wird bemessen in Prozent der garantierten Leistungen für ein Versicherungsjahr zuzüglich eines konstanten Euro-Betrags und ist durch den für die Beitragsfreistellung zur Verfügung stehenden Betrag begrenzt. Die exakte Berechnungsweise können Sie den Tarifbestimmungen entnehmen. Die Höhe des für Ihren Gesamtvertrag gültigen Stornoabzugs können Sie der Ihnen ausgehändigten Garantiewerttabelle entnehmen.

Der Stornoabzug ist zulässig, wenn er vereinbart, beziffert und angemessen ist. Die Angemessenheit ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Stornoabzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versicherungsbestands ausgeglichen wird. Darüber hinaus wird mit ihm ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen und der erhöhte Verwaltungsaufwand gedeckt. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise finden Sie im Anhang zu den Versicherungsbedingungen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund der von Ihnen verlangten Beitragsfreistellung von uns vorgenommene Stornoabzug niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Stornoabzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

Einen etwaig im Voraus zu viel gezahlten Teil des Beitrags erstatten wir zurück.

Keine Beitragsrückzahlung

- (5) Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen. Sofern Sie jedoch über den Wirksamkeitszeitpunkt der Kündigung beziehungsweise der Beitragsfreistellung hinaus Beiträge gezahlt haben, werden wir diese erstatten.
- (6) Eine Fortführung der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung unter Befreiung von der Beitragszahlungspflicht ist allerdings nur möglich, wenn die nach Maßgabe von Absatz 3 berechnete beitragsfreie Rente, gerechnet auf das Jahr, den in den Tarifbestimmungen genannten Mindestbetrag erreicht. Andernfalls erlischt Ihre Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, ohne dass eine Versicherungsleistung zur Auszahlung kommt.
- (7) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung gelten die Absätze 3, 4 und 5 entsprechend, sofern in den Allgemeinen Bedingungen der Hauptversicherung nichts Abweichendes geregelt ist.
- (8) Lebt unsere aus irgendeinem Grund erloschene oder auf die herabgesetzte beitragsfreie Versicherung beschränkte Leistungspflicht aus der Hauptversicherung wieder auf und wird die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung wieder in Kraft gesetzt, können Ansprüche aus dem wieder in Kraft gesetzten Teil der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nicht aufgrund solcher Ursachen (Krankheit, Körperverletzung, Kräfteverfall) geltend gemacht werden, die während der Unterbrechung des vollen Versicherungsschutzes eingetreten sind.
- (9) Erbringen wir Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, berechnen wir die Leistung aus der Hauptversicherung (Rückkaufswert, beitragsfreie Versicherungsleistung und Überschussbeteiligung der Hauptversicherung) so, als ob Sie den Beitrag unverändert weiter gezahlt hätten.
- (10) Anerkannte oder festgestellte Ansprüche aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung werden durch Ihre Kündigung nicht berührt; dies gilt auch dann, wenn die Berufsunfähigkeit bereits vor Kündigung oder Beitragsfreistellung eintrat, aber erst danach anerkannt oder festgestellt wird. Ein Rückkaufswert kommt nicht zur Auszahlung.
- (11) Ansprüche auf Rentenleistungen aus dieser Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung können Sie nicht abtreten oder verpfänden. Soweit darüber hinaus eine Abtretung oder Verpfändung rechtlich möglich ist, so ist diese uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform angezeigt worden ist. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie als unser Versicherungsnehmer. Es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits zuvor Verfügungen (zum Beispiel unwiderrufliche Bezugsberechtigung, Abtretung, Verpfändung) getroffen haben.
- (12) Sofern in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

Versicherungsteuer

- (13) Auf Beiträge zur Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung wird nach deutschem Steuerrecht grundsätzlich keine Versicherungssteuer erhoben.

Die Befreiung von der Steuerpflicht in der Bundesrepublik Deutschland gilt immer für Versicherungen, durch die im Fall des Todes, des Erlebens oder des Alters Ansprüche auf Kapital-, Renten- oder sonstige Leistungen begründet werden. Bei der Versicherung der Berufsunfähigkeit ist der Beitrag ebenfalls von der Versicherungssteuer befreit, sofern die Ansprüche der Versorgung der natürlichen Person dienen, bei der sich das versicherte Risiko realisiert (→ versicherte Person), oder bei deren nahen Angehörigen im Sinne des § 7 Pflegezeitgesetzes beziehungsweise des § 15 der Abgabenordnung. Andernfalls ist die Versicherungssteuerfreiheit für die Beiträge zur Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung gesondert zu prüfen. Im Fall einer Versicherungssteuerpflicht trägt der Versicherungsnehmer die Versicherungssteuer.

Umstände, die nach Vertragsabschluss eintreten und dazu führen, dass die Ansprüche nicht mehr der Versorgung der versicherten Person oder deren nahen Angehörigen im Sinne des § 7 Pflegezeitgesetzes beziehungsweise des § 15 der Abgabenordnung dienen, sind uns unverzüglich anzuzeigen. Ist für einen versicherungsteuerpflichtigen Zeitraum Versicherungssteuer nachzuentrichten, sind wir zum Zweck der Steuerentrichtung berechtigt, die Steuer beim Versicherungsnehmer nachträglich einzufordern oder im Leistungsfall die Versicherungsleistung entsprechend zu kürzen.

Beschwerdemöglichkeiten

- (14) Wenn Sie mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, stehen Ihnen mehrere verschiedene Beschwerdemöglichkeiten offen. Diese finden Sie in den Bedingungen zu Ihrer Hauptversicherung unter der Überschrift „An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?“.

§ 16**Wie werden die Kosten Ihres Vertrags mit Ihrem Beitrag verrechnet?**

- (1) Mit Ihrem Vertrag sind → Kosten verbunden. Diese sind in Ihren Beitrag einkalkuliert. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten.

Zu den **Abschluss- und Vertriebskosten** gehören insbesondere Abschlussprovisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschluss- und Vertriebskosten die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen. Zu den **übrigen Kosten** gehören insbesondere die Verwaltungskosten.

Die Höhe der einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten und der darin enthaltenen Verwaltungskosten können Sie dem Produktinformationsblatt entnehmen.

- (2) Wir wenden auf Ihren Vertrag das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung an. Dies bedeutet, dass wir die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten heranziehen. Dies gilt jedoch nicht für den Teil der ersten Beiträge, der für Leistungen im → Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen → Versicherungsperiode und für die Bildung einer → Deckungsrückstellung aufgrund von gesetzlichen Regelungen bestimmt ist. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 25 Promille der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Beiträge beschränkt.

- (3) Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden über die gesamte Beitragszahlungsdauer verteilt, die übrigen Kosten über die gesamte Vertragslaufzeit.
- (4) Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihres Vertrags nur geringe Beträge zur Bildung der beitragsfreien Versicherungsleistung vorhanden sind (siehe § 15). Nähere Informationen können Sie der im Rahmen des Antragsverfahrens ausgehändigten Garantiewerttabelle entnehmen.

Tarifbestimmungen

Allgemeine Hinweise

Tarife, die mit „L“ beginnen: DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung
Lebensversicherungsverein a.G.
Betriebliche Sozialeinrichtung der Deutschen Bahn

Tarife, die mit „N“ beginnen: DEVK Allgemeine Lebensversicherungs-AG

Ärztliche Untersuchung: Die DEVK kann im Einzelfall eine ärztliche Untersuchung fordern.

Erläuterung von Fachausdrücken

Im Glossar finden Sie Erläuterungen zu wichtigen Fachausdrücken, die wir in unseren Tarifbestimmungen und Versicherungsbedingungen verwenden. Diese sind im Text mit „→“ markiert.

Tarif- bezeichnung	Tarifbeschreibung	Mindest-/Höchstbeträge
L/N KSHV	<p>Schwere Krankheiten-Zusatzversicherung (KSHV)</p> <p>Tritt bei der → versicherten Person während der → Versicherungsdauer eine schwere Krankheit im Sinne der Bedingungen ein, zahlen wir die vereinbarte Versicherungssumme als Einmalleistung und die Zusatzversicherung erlischt.</p> <p>Sie können eine KSHV zur Risikolebensversicherung einschließen (siehe Punkt 2.2.).</p>	<p>Mindestversicherungs- summe</p> <p>Tarif 8N1, 8N10, 8Q 5.000 € Tarif 9N1, 9N10, 9Q 2.500 €</p>

Gebühren bei Vertragsumwandlung

Für die Durchführung einer Vertragsumwandlung, für die bedingungsgemäß kein Stornoabzug erhoben wird, erheben wir eine angemessene Gebühr in Höhe von 40 Euro, die unsere entstandenen Kosten abdeckt.

Stornoabzug

Bei Beitragsfreistellung kürzen wir den Betrag, der in Ihrem Vertrag für die Bildung der beitragsfreien Versicherungssumme zur Verfügung steht um einen Stornoabzug (siehe § 11 der folgenden Bedingungen). Dieser beträgt für die Schwere Krankheiten-Zusatzversicherung **3,5 Promille der aktuell garantierten Versicherungssumme**. Der Stornoabzug ist durch den für die Beitragsfreistellung zur Verfügung stehenden Betrag begrenzt.

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

Inhaltsverzeichnis

Leistung

Welche Leistungen erbringen wir?	§ 1
Was ist eine schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen?	§ 2
Was ist Krebs im Sinne dieser Bedingungen?	§ 3
Was ist ein Herzinfarkt im Sinne dieser Bedingungen?	§ 4
Was ist ein Schlaganfall im Sinne dieser Bedingungen?	§ 5
Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	§ 6
In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen beziehungsweise eingeschränkt?	§ 7
Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?	§ 8
Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?	§ 9
Wirkt sich die Nichtbeachtung ärztlicher Anordnungen nachteilig auf Ihren Leistungsanspruch aus?	§ 10

Sonstige Vertragsbestimmungen

Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?	§ 11
---	------

Erläuterung von Fachausdrücken

Im Glossar finden Sie Erläuterungen zu wichtigen Fachausdrücken, die wir in unseren Tarifbestimmungen und Versicherungsbedingungen verwenden. Diese sind im Text mit „→“ markiert.

§ 1

Welche Leistungen erbringen wir?

Unsere Leistung bei Schwerer Krankheit

- (1) Tritt bei der → versicherten Person während der → Versicherungsdauer eine schwere Krankheit gemäß § 2 ein, zahlen wir die vereinbarte Versicherungssumme als Einmalleistung.

Mit der Zahlung der Versicherungssumme endet diese Zusatzversicherung.

Beginn und Ende Ihres Leistungsanspruchs

- (2) Der Leistungsanspruch entsteht mit der Diagnose einer versicherten schweren Krankheit innerhalb der Versicherungsdauer. Die vereinbarte Versicherungssumme zahlen wir 28 Tage nach Diagnose dieser schweren Krankheit aus, sofern die versicherte Person diesen Zeitpunkt erlebt.
- (3) Der Versicherungsschutz besteht weltweit.
- (4) Außer der im → Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistung können sich weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung ergeben (siehe § 6).

Einschränkungen Ihres Versicherungsschutzes

- (5) Für die schwere Krankheit „Krebs“ gilt eine Wartezeit von drei Monaten ab Vertragsbeginn unter den in § 3 Absatz 4 genannten Voraussetzungen.
- (6) Weitere Einschränkungen finden Sie in § 3 Absatz 3 für die schwere Krankheit „Krebs“, § 4 Absatz 2 für die schwere Krankheit „Herzinfarkt“ und in § 5 Absatz 2 für die schwere Krankheit „Schlaganfall“.

§ 2

Was ist eine schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen?

Schwere Krankheiten im Sinne dieser Bedingungen sind Krebs wie in § 3 definiert, Herzinfarkt wie in § 4 definiert und Schlaganfall wie in § 5 definiert.

§ 3

Was ist Krebs im Sinne dieser Bedingungen?

- (1) Krebs im Sinne dieser Bedingungen ist ein bösartiges Zellwachstum (zum Beispiel Tumor), das durch unkontrolliertes Wachstum sowie das Eindringen in anderes Gewebe mit Tendenz zur Metastasenbildung gekennzeichnet ist. Unter den Begriff „Krebs“ fallen auch die Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin.

Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen von Krebs ist, dass

- a) dieser
- i. im Fall eines soliden Tumors eine histologisch nachgewiesene Größe von mindestens T2 laut TNM-Klassifikation (UICC, Stand 2016) hat oder
 - ii. im Fall eines malignen Lymphoms mindestens ein histologisch beziehungsweise zytologisch nachgewiesenes Stadium II der Ann Arbor Klassifikation (Stand 2016) hat oder
 - iii. im Fall einer Leukämie eine Anämie verursacht hat oder
 - iv. Lymphknoten befallen hat oder
 - v. Fernmetastasen gebildet hat
- und

- b) kein Fall vorliegt, der gemäß Absatz 3 vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist, und
 - c) die Wartezeit nach Absatz 4 abgelaufen ist.
- (2) Ebenfalls gedeckt im Sinne dieser Bedingungen sind mit bildgebenden Verfahren nachgewiesene, primäre, nicht bösartige (benigne) Gehirntumore, sofern die Wartezeit entsprechend Absatz 4 abgelaufen ist.
- Ein benigner Gehirntumor im Sinne dieser Bedingungen ist eine primäre, nicht bösartige, aber lebensbedrohliche Neubildung von Gewebe im Gehirn. Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen eines benignen Gehirntumors ist, dass
- a) das Vorliegen eines benignen Tumors durch CT (Computertomographie), MRT (Magnetresonanztomographie) oder andere entsprechende bildgebende Verfahren mit Kontrastmittel nachgewiesen wird und
 - b) schwere Folgen des benignen Tumors, wie zum Beispiel Erhöhung des Hirndrucks, Neuauftreten von epileptischen Anfällen oder motorische oder sensorische Beeinträchtigungen, objektiv nachgewiesen werden und
 - c) zusätzlich entweder:
 - i. der benigne Tumor durch eine Operation teilweise oder vollständig entfernt wurde oder
 - ii. die Behandlung des benignen Tumors durch eine Chemo- oder Strahlentherapie begonnen wurde oder
 - iii. nur noch eine palliative Behandlung möglich ist, und
 - d) kein Fall vorliegt, der gemäß Absatz 3 vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist, und
 - e) die Wartezeit gemäß Absatz 4 abgelaufen ist.
- (3) Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind:
- a) alle Krebserkrankungen, die ausschließlich auf Basis molekularer oder biochemischer Verfahren nachgewiesen werden (zum Beispiel durch den Nachweis von Tumor-DNA im Blut),
 - b) Basalzellkarzinome (Hautkrebsform),
 - c) Zysten, Verkalkungen, Granulome, Hämatome sowie Fehlbildungen in den oder der Arterien oder Venen des Gehirns.
- (4) Für den Versicherungsschutz für Krebs und benigne Gehirntumore besteht eine Wartezeit von drei Monaten; das heißt, es besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn
- a) erstmalige Symptome innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes auftreten oder
 - b) eine Diagnose von Krebs oder eines benignen Gehirntumors innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes erfolgt.

Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes, ausgenommen dynamische Erhöhungen, beginnt die Wartezeit für den zusätzlichen Versicherungsschutz von Neuem zu laufen.

§ 4

Was ist ein Herzinfarkt im Sinne dieser Bedingungen?

- (1) Herzinfarkt im Sinne dieser Bedingungen ist ein akutes Ereignis, das innerhalb eines umschriebenen Herzmuskelbereichs zu einem Untergang von Herzmuskelzellen infolge eines Verschlusses eines oder mehrerer Herzkranzgefäße geführt hat. Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen eines Herzinfarktes ist, dass
- a) für einen Herzinfarkt typische klinische Symptome vorliegen und
 - b) neu aufgetretene EKG (Elektrokardiographie)-Veränderungen, die mit einem akuten Herzinfarkt vereinbar sind, nachgewiesen werden und
 - c) ein vorübergehender Anstieg von herzspezifischem Troponin über den vom bestimmenden Labor zu Grunde gelegten Referenzwert für Herzinfarkte vorliegt und
 - d) ein durch den Herzinfarkt verursachter Funktionsverlust des Herzens durch eine verminderte Auswurfleistung (Ejektionsfraktion) der linken Herzkammer unter 55 Prozent oder durch regionale Wandbewegungsstörungen nachweisbar ist und
 - e) kein Fall vorliegt, der gemäß Absatz 2 vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist.
- (2) Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind
- a) alle Ereignisse, die nicht von einem Kardiologen oder Internisten als Herzinfarkt bestätigt wurden,
 - b) Herzinfarkte unbestimmten Alters,
 - c) Anstiege von herzspezifischem Troponin, die direkt durch einen Eingriff am Herzen verursacht wurden, zum Beispiel durch eine koronare Angiographie oder eine koronare Angioplastie.

§ 5

Was ist ein Schlaganfall im Sinne dieser Bedingungen?

- (1) Schlaganfall im Sinne dieser Bedingungen ist der Untergang von Hirngewebe, verursacht durch eine Durchblutungsstörung des Gehirns infolge eines Hirninfarktes oder einer Blutung innerhalb des Hirnschädels. Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen eines Schlaganfalls ist, dass
- a) das Vorliegen eines Schlaganfalls durch CT (Computertomographie), MRT (Magnetresonanztomographie) oder andere entsprechende bildgebende Verfahren nachgewiesen wird und
 - b) der Schlaganfall zu einem dauerhaften und objektivierbaren motorischen Funktionsausfall (zum Beispiel halbseitige Lähmungen (Hemiplegie/Hemiparese), Sprachstörungen (Aphasie), Sehstörungen, Schluckstörungen, Epilepsie oder Einschränkungen der alltäglichen Fähigkeiten auf unter 60 Punkte nach dem Barthel-Index (Index zur Bewertung von alltäglichen Fähigkeiten) in einem Bereich geführt hat, der durch die vom Schlaganfall betroffene Hirnregion gesteuert wird, und

- c) die Beurteilung, ob die unter b) genannten Voraussetzungen erfüllt sind, frühestens drei Monate nach dem Schlaganfall erfolgt ist und
- d) kein Fall vorliegt, der gemäß Absatz 2 vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist.
- (2) Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind unfallbedingte Verletzungen von Hirngewebe oder Blutgefäßen und transitorische ischämische Attacken (TIA).

§ 6

Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

- (1) Wir beteiligen Sie an dem Überschuss und an den → Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Leistung aus der Überschussbeteiligung kann auch 0 Euro betragen. In den nachfolgenden Absätzen erläutern wir Ihnen,
- wie wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens ermitteln und wie wir diesen verwenden (siehe Absatz 2),
 - wie Ihre Zusatzversicherung an dem Überschuss beteiligt wird (siehe Absätze 3 und 4)
 - wie Bewertungsreserven entstehen und wie wir diese Ihrer Zusatzversicherung zuordnen (siehe Absatz 5)
 - warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung Ihrer Zusatzversicherung nicht garantieren können (siehe Absätze 6 und 7) und
 - wie wir Sie über die Überschussbeteiligung informieren (siehe Absätze 8 und 9).

Wie ermitteln wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens und wie verwenden wir diesen?

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

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

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

Wir haben gleichartige Versicherungen (zum Beispiel Rentenversicherungen, Risikolebensversicherungen oder Berufsunfähigkeitsversicherungen) zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen.

Wie wird Ihre Zusatzversicherung an dem Überschuss beteiligt?

- (3) Bei der Verteilung des Überschusses auf die einzelnen Verträge wenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren an. Hierzu bilden wir innerhalb der Bestandsgruppen Gewinnverbände.

Ihre Zusatzversicherung ist der in Ihrem → Versicherungsschein genannten Bestandsgruppe zugeordnet. Wir verteilen den Überschuss in dem Maß, wie die Bestandsgruppen und Gewinnverbände zu seiner Entstehung beigetragen haben. Hat eine Bestandsgruppe oder ein Gewinnverband nicht zur Entstehung des Überschusses beigetragen, besteht insoweit kein Anspruch auf Überschussbeteiligung.

Sie erhalten für eine beitragspflichtige Versicherung mit jedem fälligen Beitrag einen laufenden Überschussanteil. Dieser wird jeweils in Prozent des → Bruttobeitrags – ohne Berücksichtigung von Erschwerungszuschlägen – bemessen und mit den laufenden Beiträgen entsprechend ihrer Zahlungsweise (monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich) verrechnet (**Vorwegabzug**).

Sie können bei Vertragsabschluss anstelle des Vorwegabzugs einen **Leistungsbonus** in Prozent der versicherten Leistung vereinbaren. Versicherungen gegen → Einmalbeitrag und tariflich oder vorzeitig beitragsfrei gestellte Versicherungen erhalten ebenfalls einen Leistungsbonus. Durch den Leistungsbonus erhöht sich im Leistungsfall Ihre vertraglich garantierte Versicherungssumme entsprechend.

Sollte aufgrund der Überschussentwicklung eine Herabsetzung des Prozentsatzes für den Leistungsbonus erforderlich sein, haben Sie das Recht, die bisherige Höhe des Versicherungsschutzes (vertraglich garantierte Versicherungssumme zuzüglich Leistungsbonus) durch eine entsprechende Aufstockung der vertraglich garantierten Versicherungssumme und Anpassung des Beitrags ohne erneute Risikoprüfung aufrecht zu erhalten.

- (4) Der Vorstand legt jedes Jahr auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars fest, wie der Überschuss auf die Gewinnverbände verteilt wird und setzt die entsprechenden → Überschussanteilsätze fest (Überschussdeklaration). Dabei achtet er darauf, dass die Verteilung verursachungsorientiert erfolgt.

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

Wie entstehen Bewertungsreserven und wie ordnen wir diese Ihrer Zusatzversicherung zu?

- (5) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über ihrem jeweiligen handelsrechtlichen Buchwert liegt. Da in der Schwere Krankheiten-Zusatzversicherung keine Beträge zur Verfügung stehen, um Kapital zu bilden, entstehen auch keine Bewertungsreserven.

Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

- (6) Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab, die nicht vorhersehbar sind. Einflussfaktoren sind insbesondere die Entwicklung schwerer Krankheiten, des Kapitalmarkts und der → Kosten.

Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch 0 Euro betragen.

- (7) Weitere Erläuterungen zur Entstehung von Überschüssen und Bewertungsreserven sowie versicherungsmathematische Hinweise finden Sie im Anhang zu den Versicherungsbedingungen.

Wie informieren wir über die Überschussbeteiligung?

- (8) Die festgelegten Überschussanteilsätze veröffentlichen wir jährlich in unserem → Geschäftsbericht. Diesen finden Sie auf unserer Internetseite unter:
<https://www.devk.de/unternehmen/unternehmensberichte/index.jsp>
- (9) Über den Stand Ihrer Ansprüche unterrichten wir Sie jährlich. Dabei berücksichtigen wir die Überschussbeteiligung Ihrer Zusatzversicherung.

§ 7**In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen beziehungsweise eingeschränkt?**

Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Leistungsfall beruht. Zusätzlich zu den in § 3, § 4 und § 5 genannten Gründen besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Leistungsfall verursacht ist:

- (1) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als → Versicherungsnehmer vorsätzlich den Leistungsfall herbeigeführt haben;
- (2) durch folgende von der → versicherten Person vorgenommene Handlungen
 - absichtliche Herbeiführung von Krankheit,
 - absichtliche Herbeiführung mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls,
 - absichtliche Selbstverletzung oder
 - versuchte Selbsttötung.

Wir werden jedoch leisten, wenn uns nachgewiesen wird, dass die versicherte Person diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat.
- (3) durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person;
- (4) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegereignisse. Unsere Leistungen sind nicht ausgeschlossen, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen leistungsberechtigt wird, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;
- (5) durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- (6) 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. Dies gilt nur, wenn die Waffen/Stoffe das Leben oder die Gesundheit von mindestens 1.000 Menschen gefährden oder schädigen. Es muss eine deutsche Behörde für Katastrophenschutz tätig geworden sein, um die Bevölkerung vor den Waffen/Stoffen zu schützen. Statt der deutschen Behörde kann auch eine vergleichbare Einrichtung eines anderen Landes tätig geworden sein. Unsere Leistungen sind nicht ausgeschlossen, wenn der Eintritt der schweren Krankheit bei der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen steht, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.
- (7) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden, dass zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Behörde tätig wurde.

§ 8**Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?****Vorvertragliche Anzeigepflicht**

- (1) **Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in → Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.** Dies sind insbesondere Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitliche Störungen und Beschwerden.

Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme, in Textform stellen.

- (2) Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.
- (3) Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie oder für die → versicherte Person als Repräsentant beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

Rechtsfolgen der Anzeigepflichtverletzung

- (4) **Nachfolgend informieren wir Sie, unter welchen Voraussetzungen wir bei einer Verletzung der Anzeigepflicht**
- vom Vertrag zurücktreten,
 - den Vertrag kündigen,

- den Vertrag rückwirkend anpassen oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten können.

Rücktritt

- (5) Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, können wir vom Vertrag zurücktreten. Das Rücktrittsrecht besteht nicht, wenn weder eine vorsätzliche noch grob fahrlässige Anzeigepflichtverletzung vorliegt. Selbst wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir kein Rücktrittsrecht, falls wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (zum Beispiel höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.
- (6) Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz. Wenn wir nach Eintritt des → Versicherungsfalls zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung trotzdem bestehen: Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der
- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls
 - noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht
- ursächlich war.
- Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch auch im vorstehend genannten Fall, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.
- (7) Wenn der Vertrag durch Rücktritt aufgehoben wird, haben Sie weder Anspruch auf einen Rückkaufswert noch auf eine Rückzahlung der Beiträge.

Kündigung

- (8) Wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgt ist, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.
- (9) Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (zum Beispiel höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.
- (10) Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt er sich in einen beitragsfreien Vertrag nach Maßgabe des § 11 um.

Rückwirkende Vertragsanpassung

- (11) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (zum Beispiel höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten (siehe Absatz 5 Satz 3 und Absatz 9), werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil.
- (12) Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung über die Vertragsänderung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn
- wir im Rahmen einer rückwirkenden Vertragsanpassung den Beitrag um mehr als 10 Prozent erhöhen oder
 - wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.
- Auf dieses Recht werden wir Sie in der Mitteilung über die rückwirkende Vertragsanpassung hinweisen.

Verzicht auf die Rechte des Versicherers

- (13) Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, verzichten wir auf unsere Rechte gemäß § 19 VVG zur Kündigung nach Absatz 8 und Vertragsanpassung nach Absatz 11.

Voraussetzung für die Ausübung unserer Rechte

- (14) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.
- (15) Wir haben kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
- (16) Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nur 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 angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.
- (17) Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsabschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

- (18) Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrags durch unrichtige oder unvollständige Angaben arglistig beeinflusst worden ist. Handelt es sich um Angaben der **versicherten Person** oder einer anderen Person (siehe Absätze 2 und 3), können wir **Ihnen** gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Der Absatz 7 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

(19) Die Absätze 1 bis 18 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert oder wiederhergestellt wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung vorgenommen wird. Die Fristen nach Absatz 17 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung des Vertrags bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

Erklärungsempfänger

- (20) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsanpassung sowie zur Anfechtung üben wir durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben.
- (21) Auf den Rücktritt, die Kündigung, die Vertragsanpassung oder die Anfechtung des Versicherungsvertrags können wir uns auch dritten Berechtigten gegenüber berufen.
- (22) Nach Ihrem Tod gilt eine als bezugsberechtigt benannte Person als bevollmächtigt, den Rücktritt, die Kündigung, die Vertragsanpassung oder die Anfechtung des Versicherungsvertrags entgegenzunehmen. Ist kein Bezugsberechtigter vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des → Versicherungsscheins als bevollmächtigt ansehen, die Erklärung entgegenzunehmen.

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

Im Folgenden beschreiben wir Verhaltensregeln (Mitwirkungspflichten). Sie oder die → versicherte Person müssen diese beachten, wenn eine Leistung verlangt wird. Ohne Ihre Mithilfe können wir unsere Leistung nicht erbringen.

Sämtliche Angaben, um die wir Sie oder die versicherte Person zur Prüfung unserer Leistungspflicht bitten, müssen wahrheitsgemäß, vollständig und unverzüglich erteilt werden:

- (1) Wird eine Leistung aus dieser Zusatzversicherung beansprucht, müssen uns auf Kosten des Anspruchserhebenden folgende Auskünfte, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, gegeben und Nachweise vorgelegt werden
 - a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt des → Versicherungsfalls;
 - b) ausführliche, aussagekräftige Berichte der Fachärzte und anderer Heilbehandler, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln beziehungsweise behandelt oder untersucht haben, mit Nachweisen über Ursache, Beginn, Art, Schweregrad, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens;
 - c) eine Aufstellung der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war, ist oder – sofern bekannt – sein wird.
- (2) Wir können außerdem auf unsere Kosten weitere ärztliche Untersuchungen über den aktuellen und früheren Gesundheitszustand durch von uns beauftragte unabhängige Ärzte, Vor-Ort-Prüfungen sowie notwendige Nachweise verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen.
- (3) Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, sind uns zum Nachweis der schweren Krankheit die in Absatz 1 genannten Unterlagen auf Kosten des Anspruchserhebenden in deutscher Sprache einzureichen.

Wenn wir Untersuchungen der im Ausland lebenden versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte in Deutschland verlangen (siehe Absatz 2), tragen wir die Untersuchungskosten sowie die vorher mit uns abgestimmten Reise- und Unterbringungskosten.

- (4) Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, Pflegeheime und Pflegepersonen, bei denen sie in Behandlung oder in Pflege war oder sein wird, andere Personenversicherer und gesetzliche Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zur Beurteilung des Versicherungsfalls und zur Überprüfung der Angaben vor Vertragsannahme zu erteilen. Die versicherte Person kann jederzeit verlangen, dass die Auskunftserhebung nur bei Einzeleinwilligung erfolgt. Überdies hat die versicherte Person auch die Möglichkeit, die für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlichen Daten selbst einzuholen und uns zu übergeben. Dabei werden wir der versicherten Person den zeitlichen Umfang, den Inhalt und den Zweck der zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlichen Datenerhebung mitteilen. Hat die versicherte Person die Ermächtigung bei Abgabe der Vertragserklärung erteilt, werden wir sie vor Einholung einer solchen Auskunft unterrichten; die versicherte Person kann der Einholung einer solchen Auskunft widersprechen. Ein Widerspruch kann dazu führen, dass Ihre Mitwirkungspflicht gemäß Absatz 1 bis 3 und § 10 verletzt wird oder uns nicht alle für unsere Leistungsentscheidung erforderlichen Unterlagen vorliegen, somit eine mögliche Leistung nicht fällig wird.
- (5) Unsere Leistungen bei schwerer Krankheit werden fällig, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung und zum Umfang unserer Leistungspflicht notwendig sind. Wenn Sie eine der genannten Pflichten nicht erfüllen, kann dies zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine schuldhaftige Pflichtverletzung kann somit dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird.
- (6) Bei Überweisung von Leistungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums trägt die empfangsberechtigte Person die damit verbundenen Kosten und die damit verbundene Gefahr.

§ 10**Wirkt sich die Nichtbeachtung ärztlicher Anordnungen nachteilig auf Ihren Leistungsanspruch aus?**

- (1) Wenn ärztliche Anordnungen und Empfehlungen, die über den Rahmen des nach medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen notwendigen Behandlungsstandards hinausgehen oder die zur Durchführung der besonderen und ausdrücklichen Zustimmung des Patienten bedürfen (zum Beispiel Operationen, Strahlen- und Chemotherapie beziehungsweise sonstige spezielle Behandlungen), von der → versicherten Person nicht befolgt werden, hat dies keinen Einfluss auf die Feststellung und die Anerkennung unserer Leistungspflicht.
- (2) Im Rahmen der gesetzlichen Schadenminderungspflicht ist die versicherte Person verpflichtet, die ärztlichen Behandlungen, Maßnahmen und Verordnungen, die für den Heilungsprozess und die Minderung ihrer Beschwerden erforderlich und auch zumutbar sind, zu dulden und zu befolgen.

Zumutbar sind Maßnahmen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und die außerdem eine realistische Aussicht auf Besserung bieten. Hierzu zählen zum Beispiel die Befolgung ärztlich verordneter Medikation, die Benutzung von verordneten Sehhilfen, orthopädischen Hilfen oder sonstiger medizinisch-technischer Hilfen, deren Einsatz allgemein anerkannt und auch üblich ist.

Werden solche angemessenen Maßnahmen der medizinischen Grundversorgung oder die entsprechenden Standardbehandlungen von der versicherten Person vorsätzlich nicht befolgt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Im Fall grober Fahrlässigkeit sind wir berechtigt, die Leistungen in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

§ 11

Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

- (1) Die Schwere Krankheiten-Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (= Hauptversicherung), eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Spätestens nach Ablauf der Hauptversicherung erlischt auch die Schwere Krankheiten-Zusatzversicherung.
- (2) Die Zahlweise der Schwere Krankheiten-Zusatzversicherung folgt der der Hauptversicherung.
- (3) Im Fall einer Erhöhung der versicherten Leistung der Hauptversicherung durch die Nachversicherungsgarantie, wird die versicherte Leistung dieser Schwere Krankheiten-Zusatzversicherung im gleichen Verhältnis erhöht.

Umwandlung in eine beitragsfreie Zusatzversicherung

- (4) Die Schwere Krankheiten-Zusatzversicherung können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln. Die beitragsfreie Leistung aus der Zusatzversicherung errechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den → Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation für den Schluss des laufenden Monats.

Bei Tarifen, bei denen die Leistung nur im bestehenden Verhältnis beitragsfrei gestellt werden kann, bleibt bei Beitragsfreistellung das → Verhältnis der Leistungen, das heißt das Verhältnis zwischen der Leistung aus der Hauptversicherung und der Leistung aus der Zusatzversicherung, so, wie es vor dem Zeitpunkt der Beitragsfreistellung vereinbart war. Soweit es dafür nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik erforderlich ist, nehmen wir dafür Umschichtungen zwischen den Deckungskapitalien der → Vertragsteile vor. In diesem Fall werden entweder Teile des Deckungskapitals der Zusatzversicherung in das Deckungskapital der Hauptversicherung umgeschichtet oder umgekehrt.

Eine Übersicht der beitragsfreien Leistungen aus der Zusatzversicherung gibt die Ihnen ausgehändigte Garantiewerttabelle.

- (5) Der aus Ihrer Schwere Krankheiten-Zusatzversicherung für die Bildung der beitragsfreien Leistung zur Verfügung stehende Betrag mindert sich um rückständige Beiträge. Außerdem nehmen wir bei Beitragsfreistellung (auch nach teilweiser Beitragsfreistellung) nach Maßgabe der folgenden Regelungen einen → Stornoabzug vor.

Der Stornoabzug wird bemessen in Prozent der Versicherungssumme und ist durch den für die Beitragsfreistellung zur Verfügung stehenden Betrag begrenzt. Die exakte Berechnungsweise können Sie den Tarifbestimmungen entnehmen. Die Höhe des für Ihren Gesamtvertrag gültigen Stornoabzugs können Sie der Ihnen ausgehändigten Garantiewerttabelle entnehmen. Bei teilweiser Beitragsfreistellung erheben wir einen anteiligen Stornoabzug. Wenn Sie beispielsweise den Beitrag auf die Hälfte reduzieren, zahlen Sie den halben Stornoabzug im Vergleich zum Stornoabzug bei vollständiger Beitragsfreistellung.

Der Stornoabzug ist zulässig, wenn er vereinbart, beziffert und angemessen ist. Die Angemessenheit ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Stornoabzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versicherungsbestands ausgeglichen wird. Darüber hinaus wird mit ihm ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen und der mit der Beitragsfreistellung einhergehende erhöhte Verwaltungsaufwand gedeckt. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise finden Sie im Anhang zu den Versicherungsbedingungen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund der von Ihnen verlangten Beitragsfreistellung von uns vorgenommene Stornoabzug niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Stornoabzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

Einen etwaig im Voraus zu viel gezahlten Teil des Beitrags erstatten wir zurück.

- (6) Eine Fortführung der Schwere Krankheiten-Zusatzversicherung unter Befreiung von der Beitragszahlungspflicht ist allerdings nur möglich, wenn die nach Maßgabe von Absatz 4 berechnete beitragsfreie Leistung den in den Tarifbestimmungen genannten Mindestbetrag erreicht. Andernfalls erlischt Ihre Schwere Krankheiten-Zusatzversicherung, ohne dass eine Versicherungsleistung zur Auszahlung kommt.
- (7) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung gelten die Absätze 4 bis 6 entsprechend, sofern in den Allgemeinen Bedingungen der Hauptversicherung nichts Abweichendes geregelt ist.

Kündigung der Zusatzversicherung

- (8) Die Schwere Krankheiten-Zusatzversicherung können Sie jederzeit zum Schluss eines Monats in → Textform für sich allein kündigen, sofern für Ihre Versicherung laufende Beiträge zu zahlen sind. In allen anderen Fällen können Sie Ihre Schwere Krankheiten-Zusatzversicherung nur zusammen mit der Hauptversicherung kündigen. Eine Kündigung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden. Mit Ihrer Kündigung erlischt Ihre Schwere Krankheiten-Zusatzversicherung, ohne dass ein Rückkaufwert zur Auszahlung kommt.
- (9) Sie können das Recht auf Leistung bis zum Eintritt des → Versicherungsfalls grundsätzlich ganz oder teilweise an Dritte abtreten und verpfänden, soweit derartige Verfügungen rechtlich möglich sind.

Beschwerdemöglichkeiten

- (10) Wenn Sie mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, stehen Ihnen mehrere verschiedene Beschwerdemöglichkeiten offen. Diese finden Sie in den Bedingungen zu Ihrer Hauptversicherung unter der Überschrift „An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?“.
- (11) Sofern in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

Anhang zu den Versicherungsbedingungen für die:

- Risikoversicherung
- Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung
- Schwere Krankheiten-Zusatzversicherung

Informationen zur Entstehung von Überschüssen und Bewertungsreserven

Überschüsse erzielen wir in der Regel aus dem Kapitalanlage-, dem Risiko- und dem Kostenergebnis. Die Überschüsse sind umso größer, je erfolgreicher unsere Kapitalanlagepolitik ist, je weniger Versicherungsfälle eintreten und je sparsamer wir wirtschaften.

- Kapitalanlageergebnis
 - » Risikoversicherung, Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (vor Leistungsbeginn), Schwere Krankheiten-Zusatzversicherung
Damit wir unsere Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen jederzeit erfüllen können, müssen wir eine Deckungsrückstellung bilden und Mittel in entsprechender Höhe anlegen (zum Beispiel in festverzinslichen Wertpapieren, Hypotheken, Darlehen, Aktien und Immobilien). Dies überwachen unser Verantwortlicher Aktuar und unser Treuhänder. Bei der Berechnung der Deckungsrückstellung wird ein garantierter Zinssatz zugrunde gelegt (siehe die versicherungsmathematischen Hinweise). Dies bedeutet, dass sich die Vermögenswerte mindestens in Höhe dieses Zinssatzes verzinsen müssen. In der Regel übersteigen die Kapitalerträge diesen Mindestzins und es entstehen Zinsüberschüsse.
- Risikoergebnis
Bei der Tarifikalkulation haben wir vorsichtige Annahmen über den Eintritt von Versicherungsfällen zugrunde gelegt. Dadurch wird sichergestellt, dass die vertraglichen Leistungen langfristig auch dann noch erfüllt werden können, wenn sich die versicherten Risiken ungünstig entwickeln. Ist der Risikoverlauf dagegen in der Realität günstiger als kalkuliert, entstehen Risikoüberschüsse.
- Kostenergebnis
Ebenso haben wir auch Annahmen über die zukünftige Kostenentwicklung getroffen. Wirtschaften wir sparsamer als kalkuliert, entstehen Kostenüberschüsse.

Versicherungsmathematische Hinweise

Die Bemessungsgrößen für die Überschussanteile werden nach versicherungsmathematischen Regeln mit den Rechnungsgrundlagen der Tarifikalkulation ermittelt.

Rechnungszins

Bei der Kalkulation der zu Vertragsbeginn garantierten Verpflichtungen haben wir einen Zinssatz von 0,25 Prozent verwendet.

Sterbetafel

Des Weiteren wird für die Kalkulation je nach Tarif eine geschlechtsunabhängige Ausscheideordnung auf Basis folgender Tafeln verwendet:

- » für die Risikoversicherung:
Sterbetafel DAV 2008 T R/NR
- » für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung:
DEVK-Invalidisierungstafel 2023, sowie Berufsunfähigkeitstafeln 2021 der DAV (DAV 2021 I – Aktivensterblichkeit, DAV 2021 TI, DAV 2021 RI)
- » für die Schwere Krankheiten-Zusatzversicherung:
DEVK-Schwere Krankheiten-Tafel 2018 und die Sterbetafel DAV 2008 T

Hinweise zur Kündigung und Beitragsfreistellung

Bei Ihrer Versicherung handelt es sich um ein langfristig kalkuliertes Produkt, bei dem schon bei Vertragsschluss eine Garantieleistung fest zugesagt wird. Daneben übernehmen wir - je nach Vereinbarung - weitere Risiken. Wir dürfen diese Leistungsversprechen nur unter Berücksichtigung angemessener versicherungsmathematischer Annahmen abgeben.

Beiträge und Leistungen werden unter der Annahme berechnet, dass der Vertrag nicht vorzeitig beendet wird. Die durch eine Kündigung entstehenden Belastungen für den Bestand müssen daher von den kündigenden Versicherungsnehmern getragen werden. Würden diese Kosten dagegen allen Versicherungsnehmern in Rechnung gestellt, könnte der Versicherungsschutz nur ungleich teurer angeboten werden.

Wesentliches Kriterium ist schließlich der Gedanke der Risikogemeinschaft. Dies bedeutet, dass wir sowohl bei der Produktkalkulation als auch bei Gestaltung und Durchführung des Vertrags stets darauf achten, dass die Belange der Gesamtheit der Versicherungsnehmer gewahrt werden.

Im Fall der Beitragsfreistellung gelten vorstehende Ausführungen entsprechend.

Allgemeiner Hinweis

Wir möchten Sie nachfolgend über wichtige steuerliche Bestimmungen zu Ihrer Lebensversicherung informieren. Diese allgemeinen Angaben entsprechen den aktuellen Steuergesetzen bei Abschluss des Vertrags. Dabei sind mögliche Änderungen im Steuerrecht, die sich nachträglich auf Ihren Vertrag auswirken können, für die Zukunft nicht auszuschließen. Darüber, wie sich die steuerliche Behandlung Ihres Vertrags für Sie persönlich auswirken kann, können und dürfen wir Ihnen keine Auskunft geben – in diesen Fällen bitten wir Sie, einen Steuerberater zu konsultieren. Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben können wir keine Gewähr übernehmen.

Können die Beiträge für meine Versicherung als Vorsorgeaufwendungen angerechnet werden?

Vorsorgeaufwendungen sind Sonderausgaben, die der privaten Lebensführung zuzurechnen sind. Sie mindern den Gesamtbetrag der Einkünfte und führen zu einer Verringerung der Steuerlast. Die Bestimmungen zu den Vorsorgeaufwendungen sind hauptsächlich im § 10 Einkommensteuergesetz (EStG) geregelt.

Der Versicherungsnehmer kann Aufwendungen für Risikoversicherungen, die nur Leistungen für den Todesfall vorsehen, sowie Beiträge zur Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, im Rahmen der Höchstbeträge nach § 10 Absatz 4 EStG als sonstige Vorsorgeaufwendungen steuerlich geltend machen.

Sonstige Vorsorgeaufwendungen können jährlich insgesamt bis zu 2.800 Euro abgezogen werden. Für Steuerpflichtige, die ganz oder teilweise ohne eigene Aufwendungen Anspruch auf vollständige oder teilweise Erstattung oder auf Übernahme von Krankheitskosten haben, vermindert sich der Höchstbetrag auf 1.900 Euro im Jahr (zum Beispiel alle Arbeitnehmer, bei denen der Arbeitgeber die Hälfte der gesetzlichen Sozialversicherungsbeiträge übernimmt).

Wie werden im Versicherungsfall die Leistungen besteuert?

» Todesfallleistungen aus Risikolebensversicherungen

Eine Todesfallleistung aus einer Risikolebensversicherung ist einkommensteuerfrei.

» Rentenleistungen aus Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen

Renten aus Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen unterliegen als sonstige Einkünfte mit dem Ertragsanteil der Einkommensteuer. Es handelt sich dabei um Renten, die an das Leben der versicherten Person gebunden, jedoch auf eine bestimmte Laufzeit beschränkt sind. Sie werden längstens bis zum Ablauf der Befristung gezahlt, erlöschen aber schon dann, wenn der Rentenberechtigte vorher verstirbt. Wegen der begrenzten Laufzeit werden abgekürzte Leibrenten mit einem anderen Ertragsanteil (Prozentsatz) als lebenslängliche Renten berechnet – der Ertragsanteil ist in der Einkommensteuer-Durchführungsverordnung (§ 55 EStDV) festgelegt.

Weitere steuerliche Informationen/Meldepflichten des Versicherers

» Versicherungsteuer auf Beiträge

Auf Lebensversicherungsbeiträge wird nach deutschem Steuerrecht grundsätzlich keine Versicherungsteuer erhoben. Für den Fall, dass der gewöhnliche Aufenthaltsort (in der Regel der Hauptwohnsitz) des Versicherungsnehmers in ein Land außerhalb der Bundesrepublik Deutschland verlegt wird, in dem nach geltendem Recht auf die Beiträge der bestehenden Lebensversicherung Versicherungsteuer anfällt, muss die DEVK diese an die jeweiligen Länder abführen. Der so entstandene Steueraufwand ist durch den Versicherungsnehmer zu tragen und wird von der DEVK vom Versicherungsnehmer eingefordert.

Die Befreiung von der Steuerpflicht in der Bundesrepublik Deutschland gilt immer für Versicherungen, durch die im Fall des Todes, des Erlebens oder des Alters Ansprüche auf Kapital-, Renten- oder sonstige Leistungen begründet werden. Bei der Versicherung der Berufsunfähigkeit oder bei der Grundfähigkeitsabsicherung ist der Beitrag ebenfalls von der Versicherungsteuer befreit, sofern die Ansprüche der Versorgung der natürlichen Person dienen, bei der sich das versicherte Risiko realisiert (versicherte Person), oder bei deren nahen Angehörigen im Sinne des § 7 Pflegezeitgesetzes beziehungsweise des § 15 der Abgabenordnung. Andernfalls ist die Versicherungsteuerfreiheit für die Beiträge zur Berufsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsversicherung gesondert zu prüfen. Im Fall einer Versicherungsteuerpflicht trägt der Versicherungsnehmer die Versicherungsteuer.

» Erbschaftsteuer

Die Auszahlung einer Versicherungsleistung an eine andere Person als den Versicherungsnehmer unterliegt bei Erwerb von Todes wegen sowie bei Zahlung zu Lebzeiten (Schenkung) dem Erbschaftsteuergesetz. Die Höhe der Erbschaftsteuer richtet sich nach dem persönlichen Verhältnis des Erwerbers zum Erblasser oder Schenker und dem Wert des Vermögens unter Berücksichtigung von Freibeträgen. Die Erbschaftsteuer/Schenkungsteuer wird von den Finanzämtern festgesetzt und erhoben.

Wird eine Versicherungsleistung oder eine Leibrente in ein Gebiet außerhalb Deutschlands an eine andere Person als den Versicherungsnehmer gezahlt, sind wir aus Haftungsgründen verpflichtet, bei dem für den Hauptwohnsitz des Versicherungsnehmers zuständigen Finanzamt eine sogenannte Unbedenklichkeitsbescheinigung einzuholen. Mit der Unbedenklichkeitsbescheinigung wird erklärt, dass entweder keine Erbschaftsteuerpflicht besteht oder aber die Entrichtung der Erbschaftsteuer sichergestellt ist.

» Meldepflichten des Versicherers

Versicherer sind in bestimmten Fällen verpflichtet, Meldungen an die Finanzbehörden abzugeben.

- Beiträge zu Altersvorsorgeverträgen und zu Basisrenten können nur dann vom Versicherungsnehmer steuerlich geltend gemacht werden, wenn diese vom Versicherer elektronisch an die Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) bescheinigt werden.
- Bei Rentenzahlungen oder bei Leistungen aus einer Direktversicherung besteht Meldepflicht gegenüber der ZfA. Dort werden die Daten gesammelt und an die Finanzbehörden weitergeleitet. Mit dem Melde- und Kontrollverfahren werden Rentenleistungen und Leistungen aus Direktversicherungen der ordnungsgemäßen Versteuerung zugeführt.
Gemeldet werden Renten aus privaten Rentenversicherungen und aus Basisrenten, Leistungen aus einem Altersvorsorgevertrag, Renten und steuerpflichtige Kapitalleistungen aus Direktversicherungen, sowie Hinterbliebenenrenten und Renten aus einer Invaliditätsabsicherung.
- Werden Leistungen oder Ansprüche aus Lebensversicherungen an eine andere Person als den Versicherungsnehmer gezahlt beziehungsweise zur Verfügung gestellt, sind wir verpflichtet, die Höhe der Leistung dem zuständigen Finanzamt anzuzeigen. Die Finanzamtsanzeige erfolgt immer bei Zahlung einer Rente und bei einer Kapitalzahlung dann, wenn diese den Betrag von

5.000 Euro überschreitet. Bei einer Übertragung der Versicherungsnehmereigenschaft (außer bei Direktversicherungen) sind wir ebenfalls verpflichtet, eine Finanzamtsanzeige zu erstellen, wenn der Übertragungswert (Rückkaufswert) größer als 5.000 Euro ist.

- Bei Vorauszahlungen beziehungsweise bei Zahlungen von über Lebensversicherungen finanzierter Darlehen besteht ab einer bestimmten Höhe die Pflicht der Anzeige an das zuständige Finanzamt.
- Wenn uns bei einer Kapitalzahlung mit steuerpflichtigen Erträgen ein Freistellungsauftrag oder eine Nichtveranlagungsbescheinigung eingereicht und damit steuerpflichtige Erträge ganz oder teilweise steuerfrei gestellt werden, melden wir die freigestellten Erträgen an das Bundeszentralamt für Steuern.
- Mitteilungspflichten bei steuerlicher Ansässigkeit/Steuerpflicht im Ausland: Als Versicherer sind wir in bestimmten Fällen verpflichtet, eine steuerliche Ansässigkeit im Ausland dem Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) zu melden. Das BZSt leitet steuerlich relevante Informationen an die jeweiligen ausländischen Finanzbehörden weiter.

Bei einer Rückdeckungsversicherung handelt es sich um eine Lebens-/Rentenversicherung, die der Arbeitgeber auf das Leben des Arbeitnehmers abschließt und aus der der Arbeitgeber bezugsberechtigt ist. Sie dient der Finanzierung einer zugunsten des Arbeitnehmers erteilten Pensionszusage.

Die Beiträge zu einer Rückdeckungsversicherung stellen für den Arbeitgeber Betriebsausgaben dar. Der Wert der Versicherung (Deckungskapital und Überschussguthaben) gehört zum Vermögen des Arbeitgebers und ist damit aktivierungspflichtig.

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung Lebensversicherungsverein a.G.

Betriebliche Sozialeinrichtung der Deutschen Bahn

Vorsitzender des Aufsichtsrates: Martin Burkert
Vorstand: Gottfried Rüßmann (V), Annette Hetzenegger,
Michael Knaup, Dietmar Scheel, Bernd Zens, Dr. Michael Zons
Riehler Straße 190
50735 Köln
Amtsgericht Köln Nr. 42 HRB 7864

Telefon 0800 4-757-757*
Fax 0221 757-395300

DEVK Allgemeine Lebensversicherungs-AG

Vorsitzender des Aufsichtsrates: Dr. Kristian Loroeh
Vorstand: Gottfried Rüßmann (V), Annette Hetzenegger,
Michael Knaup, Dietmar Scheel, Bernd Zens, Dr. Michael Zons
Riehler Straße 190
50735 Köln
Amtsgericht Köln Nr. 42 HRB 17068

Telefon 0800 4-757-757*
Fax 0221 757-395300

* gebührenfrei aus dem deutschen Telefonnetz

Unsere **Datenschutzbeauftragte** erreichen Sie per Post unter der oben genannten Adresse mit dem Zusatz „Datenschutzbeauftragte“, über das Kontaktformular auf unserer Homepage unter www.devk.de/datenschutz oder per E-Mail unter datenschutz@devk.de.

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze und, soweit erforderlich, auf der Grundlage Ihrer Einwilligung. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, welche der Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) gemeinsam mit den Datenschutzaufsichtsbehörden der Länder abgestimmt hat und die nach § 38 a BDSG von der Landesdatenschutzaufsichtsbehörde als verbindliche Verhaltensrichtlinie zertifiziert wurden. Hierdurch werden die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisiert. Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten wird hierdurch bei unseren Versicherungsgesellschaften so weit wie möglich reduziert und zugleich die Transparenz der Datenverarbeitung deutlich erhöht. Diese Regeln können Sie im Internet unter www.devk.de/datenschutz abrufen.

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

Der Abschluss beziehungsweise die Durchführung des Versicherungsvertrags ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, zum Beispiel für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit der DEVK Versicherungen bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, einer Vertragsergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Artikel 6 Absatz 1 b DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (zum Beispiel Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss einer Lebensversicherung) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Artikel 9 Absatz 2 a in Verbindung mit Artikel 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Artikel 9 Absatz 2 j DSGVO in Verbindung mit § 27 BDSG.

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

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs einschließlich Tests (sofern nicht bereits für die Vertragsdurchführung erforderlich);
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der DEVK Versicherungen und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen;
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmisbrauch hindeuten können;
- zur Risikosteuerung innerhalb des Unternehmens sowie der DEVK Versicherungen insgesamt;
- zur Geschäftssteuerung und Weiterentwicklung von Prozessen, Dienstleistungen und Produkten.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie zum Beispiel aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen in Verbindung mit Artikel 6 Absatz 1 c DSGVO.

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

Übertragung von Aufgaben an andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel Teile der Leistungsprüfung oder gegebenenfalls die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Stelle. Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß für uns personenbezogene Daten verarbeiten unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die gültige Liste ist dem jeweiligen Antrag beigefügt. Sie kann auch im Internet unter www.euse.devk.info.de eingesehen oder bei den DEVK Versicherungen, Zentrale Kundenbetreuung, Riehler Straße 190, 50735 Köln, E-Mail: info@devk.de schriftlich angefordert werden.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

» Rückversicherer

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir von uns übernommene Risiken bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherungen) versichern. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungsunternehmen weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherer ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen können, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungs- oder Leistungsantrag sowie Ihre Vertrags- und gegebenenfalls Leistungs-/Schadendaten dem Rückversicherer vorlegen. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwer einzustufendes Risiko handelt. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer uns aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur, soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrags mit Ihnen erforderlich ist beziehungsweise im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendigen Umfang. Zu den genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte beziehungsweise pseudonymisierte Daten verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungsunternehmen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung besonderer Kategorien personenbezogener Daten (zum Beispiel Gesundheitsdaten) werden Sie durch uns unterrichtet.

» Vermittler

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

» Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe

Spezialisierte Unternehmen beziehungsweise Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der 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 Leistungs-/Schadenbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste unter www.euse.devk.info.de oder im Anhang des Antrags 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, wie zum Beispiel Gutachter, Sachverständige und Assistance-Dienstleister. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie in der aktuellen Version unter www.euse.devk.info.de einsehen.

» Weitere Empfänger

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (zum Beispiel Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden, 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 unsere Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu 30 Jahren). Darüber hinaus speichern wir Ihre Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch (HGB), der Abgabenordnung (AO) und dem Geldwäschegesetz (GWG). Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahre.

Betroffenenrechte

» Auskunftsrecht, Recht auf Berichtigung, Löschung oder Einschränkung

Sie können unter den oben genannten Kontaktdaten und der Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen 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 jederzeit formlos zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

» Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen

Postfach 20 04 44
40102 Düsseldorf

Bonitätsauskünfte

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten wirtschaftlichen Interessen notwendig ist, fragen wir Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab. Dazu arbeiten wir zur Zeit mit der Auskunftei Creditreform Düsseldorf/Neuss Roumen, Waterkamp & Coll. KG, Heesenstraße 65, 40549 Düsseldorf zusammen. Im Rahmen dieses Vertragsverhältnisses übermitteln wir erhobene personenbezogene Daten über die Beantragung, die Durchführung und Beendigung dieses Versicherungsvertrags sowie Daten über nicht vertragsgemäßes oder betrügerisches. Rechtsgrundlagen dieser Übermittlung sind Artikel 6 Absatz 1 b und Artikel 6 Absatz 1 f DSGVO. Übermittlungen auf der Grundlage von Artikel 6 Absatz 1 f DSGVO werden nur erfolgen, soweit dies zur Wahrung berechtigter Interessen der DEVK Versicherungen oder Dritter erforderlich ist und nicht die Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen.

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 (zum Beispiel verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Detaillierte Informationen dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern finden Sie hier: www.devk.de/Datenschutz. Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir möglicherweise vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen oder die Beendigung des Vertrags, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie. Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall, der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten sowie gegebenenfalls von Dritten hierzu erhaltenen Informationen entscheiden wir möglicherweise vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen vorher festgelegten Regeln zur Gewichtung der Informationen. Soweit wir automatisierte Einzelfallentscheidungen in den zuvor beschriebenen Fällen durchführen, haben Sie das Recht auf Erwirken des Eingreifens einer Person seitens des Verantwortlichen, auf Darlegung des eigenen Standpunkts und Anfechtung dieser Entscheidung. Dieses Recht besteht nicht, wenn Ihrem Begehren in vollem Umfang stattgegeben wurde.

Daten von bezugsberechtigten Personen

Sofern uns im Rahmen der Antragsstellung auf eine Versicherung mit Todesfallleistung Personendaten von Bezugsberechtigten im Todes- und Erlebensfall mitgeteilt werden, erlangen diese Personen darüber durch uns keine Kenntnis. Wir verarbeiten diese Daten ausschließlich zum Zwecke der Leistungserbringung im Versicherungsfall. Beginnen wir mit der Bearbeitung des Leistungsfalls, werden wir die betroffenen Personen gemäß der dann aktuell geltenden Datenschutzvorschriften über die Zwecke der Datenverarbeitung und die Betroffenenrechte etc. informieren.

Im Folgenden finden Sie wichtige Fachausdrücke, die wir in unseren Tarifbestimmungen und Versicherungsbedingungen verwenden. Diese sind im Text mit einem „→“ markiert.

Abrufphase

Die Abrufphase bezeichnet den Zeitraum nach dem → vereinbarten Rentenbeginn. Dieser beträgt maximal fünf Jahre. In diesem Zeitraum können Sie Ihre Versicherungsleistung zu jedem Jahrestag des Rentenbeginns, oder bei der Fondsgebundenen Rentenversicherung auch monatlich, abrufen.

Abstrakte Verweisung

Ist in den Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung/die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung eine abstrakte Verweisung enthalten, hat der Versicherer die Möglichkeit, die Leistungen mit dem Hinweis darauf zu verweigern, dass die → versicherte Person einen anderen Beruf theoretisch ausüben könnte (sogenannter Verweisungsberuf).

Bei der Festlegung des Verweisungsberufs werden die Ausbildung und die Fähigkeiten sowie die bisherige → Lebensstellung der versicherten Person berücksichtigt.

Bei der abstrakten Verweisung kommt es lediglich darauf an, dass ein Verweisungsberuf existiert; ob die versicherte Person auch tatsächlich eine Anstellung findet, ist für die Entscheidung des Versicherers unerheblich.

Anteileinheit

Das gesamte Vermögen eines → Investmentfonds wird in Anteileinheiten aufgeteilt. Für diese Anteileinheiten werden von den Fondsgesellschaften fortlaufend Kurse veröffentlicht. Maßgeblich für die Bestimmung des Wertes innerhalb der Fondsgebundenen Rentenversicherung sind die Rücknahmekurse. In Ihrem Vertrag können auch Bruchteile von Anteilen verrechnet werden, so dass die Anzahl der Anteile nicht immer eine ganze Zahl ist.

Aufschubzeit

Die Aufschubzeit bezeichnet den Zeitraum vom Vertragsbeginn bis zum → Rentenbeginn. Wenn Sie eine → Abrufphase vereinbart haben, gehört dieser Zeitraum auch zur Aufschubzeit.

Ausscheideordnung

Die Ausscheideordnungen beschreiben die Wahrscheinlichkeit aus einer Personengruppe durch Ausscheideursachen wie beispielsweise Tod oder Invalidität auszusteigen. Die Kalkulation der Versicherung basiert auf diesen Wahrscheinlichkeiten. Je nach Tarif werden unterschiedliche Personengruppen und entsprechende Ausscheideursachen und Risiken betrachtet:

Invalidisierungstafel

Sie beziffert die altersabhängige Wahrscheinlichkeit für den Eintritt der Berufsunfähigkeit beziehungsweise die Beeinträchtigung einer Grundfähigkeit und damit das Ausscheiden aus der aktiven Personengruppe.

Reaktivierungstafel

Sie beziffert die Wahrscheinlichkeit, dass eine eingetretene Berufsunfähigkeit beziehungsweise die Beeinträchtigung einer Grundfähigkeit wieder entfällt.

Sterbetafel

Sie beziffert die altersabhängige Wahrscheinlichkeit eines Todesfalls.

Beitragssumme

Die Beitragssumme Ihrer Versicherung setzt sich zusammen aus der → Summe der gezahlten Beiträge und den geplanten weiteren Beiträgen bis zum Vertragsende. Voraussichtliche dynamische Erhöhungen bleiben außen vor.

Bewertungsreserven

Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen im → Geschäftsbericht ausgewiesen sind. Da dies nur Kapitalanlagen in unserem Sicherungsvermögen betrifft, können Bewertungsreserven bei der Fondsgebundenen Rentenversicherung nur im Zeitraum des Rentenbezugs entstehen.

Bezugsrecht

Durch ein Bezugsrecht bestimmt der → Versicherungsnehmer, wer die Leistung aus dem Versicherungsvertrag erhalten soll. Die Bestimmung eines Bezugsberechtigten muss in → Textform gegenüber dem Versicherer erfolgen und wird mit Zugang wirksam.

Je nach Art des Versicherungsvertrags ist es möglich, eine Bezugsberechtigung für die Leistung im Erlebensfall (Ablauf des Vertrags) oder den Todesfall (Tod der → versicherten Person) auszusprechen.

Bei einem Bezugsrecht für die Versicherungsleistung im Todesfall erwirbt der Bezugsberechtigte seinen Anspruch aus dem Bezugsrecht und die Versicherungsleistung fällt nicht in den Nachlass des Versicherungsnehmers. Ein Erbschein wird von uns in diesem Fall nicht benötigt.

Bei steuerlich geförderten Verträgen (Riester- und Basisrente) darf nicht jeder beliebige Dritte als Bezugsberechtigter benannt werden. Nach den einschlägigen steuerlichen Vorschriften dürfen nur bestimmte, dem Versicherungsnehmer nahestehende Personen, benannt werden.

Man unterscheidet das widerrufliche und das unwiderrufliche Bezugsrecht voneinander.

1) **Widerrufliches Bezugsrecht**

Ein widerruflich verfügbares Bezugsrecht kann durch den Versicherungsnehmer jederzeit – ohne Zustimmung des Bezugsberechtigten – widerrufen, also geändert werden. Der Bezugsberechtigte erwirbt lediglich einen aufschiebend bedingten Anspruch, der sich erst bei Eintritt des Versicherungsfalles realisiert. Mit dem Eintritt des Versicherungsfalles wird das widerrufliche Bezugsrecht unwiderruflich.

2) Unwiderrufliches Bezugsrecht

Im Gegensatz zum widerruflichen Bezugsrecht kann das unwiderrufliche Bezugsrecht durch den Versicherungsnehmer nur mit Zustimmung des Bezugsberechtigten widerrufen/geändert werden. Der Bezugsberechtigte erwirbt bereits mit der Verfügung einen sofortigen Anspruch auf die im → Versicherungsfall fällig werdende Leistung. Es findet ein sofortiger Übergang des im Vertrag befindlichen Vermögens/Kapitals auf den Bezugsberechtigten statt. Das heißt das im Vertrag befindliche Kapital wird nicht mehr dem Versicherungsnehmer, sondern dem Bezugsberechtigten zugeschrieben. Er kann darüber allerdings erst im Versicherungsfall verfügen.

Bruttobeitrag

Der Bruttobeitrag setzt sich zusammen aus dem Zahlbeitrag und einem möglichen Vorwegabzug. Diese Werte können Sie Ihrem → Versicherungsschein entnehmen.

Deckungsrückstellung

Die Deckungsrückstellung entspricht allgemein dem Betrag, der bereitgestellt werden muss, damit zusammen mit künftigen Versicherungsbeiträgen die garantierten Versicherungsleistungen finanziert werden können. Sie wird gebildet, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können.

Die → konventionelle Deckungsrückstellung wird nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Grundlagen der Beitragskalkulation berechnet. Sie ist die Basis für einen möglichen Rückkaufswert, das Gesamtkapital und die Beteiligung an den → Bewertungsreserven. Hierbei finden die Vorgaben des Versicherungsaufsichtsgesetzes, des Handelsgesetzbuchs sowie die dazu erlassenen Rechtsverordnungen Anwendung.

Bei der fondsgebundenen Rentenversicherung entspricht in der → Aufschubzeit das → Fondsguthaben der Deckungsrückstellung (fondsgebundene Deckungsrückstellung). Erst im Zeitraum ab Rentenbezug wird eine konventionelle Deckungsrückstellung im Rahmen unseres sonstigen Vermögens gebildet.

Direktversicherung

Eine Direktversicherung ist ein möglicher Durchführungsweg der betrieblichen Altersversorgung. Hierbei schließt der Arbeitgeber eine Lebensversicherung auf das Leben eines seiner Arbeitnehmer (→ versicherte Person) ab. Der Arbeitgeber ist in diesem Fall → Versicherungsnehmer, der Arbeitnehmer versicherte Person und Bezugsberechtigter.

Einmalbeitrag

Der → Versicherungsnehmer zahlt zu Beginn der Versicherung einen einmaligen Beitrag (= Einmalbeitrag) für die gesamte → Versicherungsdauer im Voraus.

Flexible Auszahlungsphase

Zu Vertragsbeginn wird der → Rentenbeginn (Ende der → Aufschubzeit) festgelegt. Zum Zeitpunkt dieses vereinbarten Rentenbeginns darf die erste → versicherte Person das 25. Lebensjahr nicht vollendet haben. Die flexible Auszahlungsphase bezeichnet den Zeitraum ab Vollendung des 18. Lebensjahres der ersten versicherten Person bis zum vereinbarten Rentenbeginn. Innerhalb der flexiblen Auszahlungsphase kann der Vertrag ohne → Stornoabzug abgerufen und der Rentenbeginn vorverlegt werden. Hierbei dürfen die Mindestaufschubzeit und die Mindestrente gemäß den jeweiligen Tarifbestimmungen nicht unterschritten werden. Unter Zugrundelegung des zum vorgezogenen Termin gültigen → tatsächlichen Rentenfaktors errechnen wir die vorgezogene tatsächliche Rente.

Fonds

Siehe → Investmentfonds

Fondsguthaben

Das Fondsguthaben bildet bei der fondsgebundenen Rentenversicherung Ihr Vertragsvermögen und Deckungskapital. Es setzt sich aus den → Anteileneinheiten der von Ihnen bestimmten → Fonds zusammen. Der Wert des Fondsguthabens berechnet sich aus den Anteilen der Anteile je Fonds, die mit dem zum Berechnungstermin gültigen → Rücknahmepreis multipliziert werden.

Gesamtvertrag

Der Gesamtvertrag umfasst die → Hauptversicherung sowie jegliche eingeschlossene → Zusatzversicherung.

Geschäftsbericht

Ein Geschäftsbericht ist ein schriftlicher Bericht eines Unternehmens über den Verlauf eines Geschäftsjahrs. Im Allgemeinen entspricht dieser der Zusammenfassung und Veröffentlichung von Jahresabschluss und Lagebericht des Unternehmens beziehungsweise Konzernabschluss und Konzernlagebericht.

Grundphase

Wenn Sie in Ihren Vertrag eine → Abrufphase eingeschlossen haben, bezeichnet die Grundphase den Zeitraum vom Vertragsbeginn bis zum → vereinbarten Rentenbeginn. Die Grundphase ist ein Teil der → Aufschubzeit.

Hauptversicherung

Die Hauptversicherung ist ein eigenständiger Versicherungsvertrag. Zur Hauptversicherung können → Zusatzversicherungen eingeschlossen werden.

Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung

Eine Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung können Sie zu Beginn der Altersrente einschließen. Wenn dann die → versicherte Person während des Rentenbezugs verstirbt, bekommt der benannte Hinterbliebene einen von Ihnen bei Einschluss der Zusatzversicherung festgelegten Anteil der Rente bis zu seinem Lebensende weiter gezahlt.

Beispiel:

Es wird eine Altersrente von 100 Euro an die versicherte Person gezahlt und es ist eine Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung in Höhe von 60 Prozent eingeschlossen. Wenn die versicherte Person verstirbt, bekommt die begünstigte Person eine lebenslange Rente in Höhe von 60 Euro gezahlt.

Investmentfonds

Investmentfonds, oder auch kurz Fonds, werden von Kapitalanlagegesellschaften aufgelegt. Dabei wird von vielen Kleinanlegern investiertes Geld gebündelt in Vermögensgegenstände angelegt. Die Anlagemöglichkeiten sind vielfältig. Man unterscheidet die Fonds nach verschiedenen Gesichtspunkten, beispielsweise:

- Art der zugrunde liegenden Investments: zum Beispiel Aktien (Aktienfonds), kurzfristige Geldanlagen (Geldmarktfonds), längerfristige Festzinsanlagen (Rentenfonds), oder auch verschiedene Anlageklassen davon (Mischfonds und Multi Asset Fonds)
- Regionale Zuordnung: zum Beispiel Deutschland, Europa, Amerika, Asien, Emerging Markets (China, Indien, Brasilien, ...)
- Besonderheiten: zum Beispiel Investmentstrategie wie Anlage in „Blue Chips“ (große Unternehmen) oder Dachfonds, die in andere Fonds investieren

Investmentfonds werden in → Anteileinheiten eingeteilt.

Jahrestag der Versicherung

Der Jahrestag der Versicherung richtet sich nach dem Versicherungsende.

Beispiel: Versicherungsbeginn sei der 01.05.2016 und die Dauer der Versicherung beträgt 24 Jahre und vier Monate. Der Ablauf der Versicherung ist der 31.08.2040 und der Jahrestag der Versicherung der 01.09.

Kapitalabfindung

Anstelle einer Leistung in Form einer lebenslangen Rente kann im Leistungsfall auch der Wert des aus dem Deckungskapital resultierenden Guthabens ausgezahlt werden. Dann sprechen wir von einer Kapitalabfindung anstelle der Rentenleistung.

Kapitalrückgewähr im Rentenbezug

Beispiel:

Zum → Rentenbeginn der Versicherung ist in dem Vertrag ein → Fondsguthaben beziehungsweise eine → Kapitalabfindung von 50.000 Euro angespart. Davon lässt sich der → Versicherungsnehmer 10.000 Euro als teilweise Kapitalabfindung auszahlen. Das restliche Guthaben von 40.000 Euro wandeln wir in eine Altersrente in monatlicher Höhe von 140 Euro um. Nach einem Jahr steigt die monatliche Rente durch die Überschussbeteiligung um 2 Prozent auf 142,80 Euro. Nach einem weiteren Jahr verstirbt die → versicherte Person. Die Todesfallleistung Kapitalrückgewähr im Rentenbezug berechnet sich nun als:

$$40.000 \text{ Euro} - 24 \text{ Monate} * 140 \text{ Euro Rente pro Monat} - 24 \text{ Monate} * 2,66 \text{ Euro Verwaltungskosten pro Monat} = 36.576,16 \text{ Euro.}$$

Karenzzeit

Die Karenzzeit ist eine Wartezeit zwischen Eintritt des → Versicherungsfalls und Fälligkeit der Versicherungsleistung. Ist keine Karenzzeit (Karenzzeit null Monate) vereinbart, beginnt der Leistungsanspruch mit Eintritt des Versicherungsfalls. Dieser Leistungsanspruch wird um eine gegebenenfalls zu Vertragsbeginn vereinbarte Karenzzeit aufgeschoben.

Beispiel:

Sie haben eine Karenzzeit von zwölf Monaten vereinbart.

Nach Prüfung der Leistungspflicht erkennt die DEVK die Leistungen (Beitragsbefreiung und Rentenzahlung) ab dem 01.08.2017 an. Da eine Karenzzeit von zwölf Monaten vereinbart ist, erfolgt die Rentenzahlung jedoch erst ab dem 01.08.2018.

Kollektiv

Siehe → Versichertenkollektiv

konventionell

Als konventionell bezeichnen wir Ihre Versicherung, wenn die → Deckungsrückstellung in unserem sonstigen Vermögen aufgebaut wird. In diesem Fall garantieren wir Ihnen einen → Rechnungszins und dementsprechend tragen wir soweit das Anlagerisiko. Bei einer Fondsgebundenen Versicherung besteht bis zum → Rentenbeginn das Deckungskapital aus dem → Fondsguthaben und Sie tragen das Risiko für die Wertentwicklung. Im Rentenbezug legen wir das notwendige Deckungskapital in unserem sonstigen Vermögen konventionell an. Ab dem Zeitpunkt tragen wir dann das Risiko für den garantierten Rechnungszins.

Kosten

In Ihren Vertrag sind Kosten eingerechnet. Diese müssen Sie nicht zusätzlich bezahlen, sondern werden mit dem Beitrag, der Zuzahlung oder der → Deckungsrückstellung verrechnet. Die Kosten sind abhängig von der Höhe der → Beitragssumme, des Beitrags, des Vertragsguthabens oder sind fixe Kosten (Stückkosten). Details zu Ihren Kosten können Sie dem Informationsblatt für Versicherungsprodukte beziehungsweise dem Produktinformationsblatt entnehmen.

Lebensstellung

Die Lebensstellung ergibt sich aus dem beruflichen Einkommen und der sozialen Wertschätzung eines Berufs. Bei Prüfung auf einen Verweissungsberuf (→ abstrakte Verweisung) entspricht eine Tätigkeit nicht der bisherigen Lebensstellung, wenn entweder das Einkommen oder die Wertschätzung der Tätigkeit spürbar unter das Niveau des bislang ausgeübten Berufs absinkt. Die zumutbare Minderung des Einkommens und der Wertschätzung richtet sich dabei nach den individuellen Gegebenheiten.

Leistungsdauer

Die Leistungsdauer legt den Endzeitpunkt einer möglichen Leistung fest. Längstens bis zu diesem Zeitpunkt wird eine während der → Versicherungsdauer anerkannte Leistung erbracht.

Rechnungsgrundlagen

Die Rechnungsgrundlagen sind die Basis für die versicherungstechnische Kalkulation Ihres Vertrags. In der Regel sind dies die Annahmen zur Entwicklung der versicherten Risiken (→ Ausscheideordnung; zum Beispiel Langlebigkeit oder Berufsunfähigkeit), der Zinsen (→ Rechnungszins) und der → Kosten.

Rechnungszins

Der Rechnungszins ist die garantierte Verzinsung der → Deckungsrückstellung. Der Rechnungszins darf den von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) vorgegebenen Höchstrechnungszins nicht übersteigen.

Rentenbeginn, auch vereinbarter, tatsächlicher, vorgezogener und hinausgeschobener

Der Rentenbeginn, den Sie im Versicherungsantrag angegeben haben und der im → Versicherungsschein dokumentiert ist, ist der vereinbarte Rentenbeginn. Diesen Termin können Sie allerdings flexibel handhaben. Sie haben die Möglichkeit, bis zu sieben Jahre vor diesem Termin die Rente zu beziehen (vorgezogener Rentenbeginn). Wenn Sie eine → Abrufphase vereinbart haben, können Sie den Termin, ab dem Sie die Rente beziehen möchten, auch bis zu fünf Jahre nach hinten verlegen (hinausgeschobener Rentenbeginn). Dies bedeutet also, dass der tatsächliche Rentenbeginn von dem ursprünglich mit uns vereinbarten Rentenbeginn in einem bestimmten Rahmen abweichen kann. Wenn wir nur von „Rentenbeginn“ sprechen, meinen wir im Allgemeinen den tatsächlichen Rentenbeginn.

Rentenerhöhungen aufgrund der Überschussbeteiligung

Während des Rentenbezugs profitieren Sie von der Beteiligung am Überschuss, die wir in Form von Rentensteigerungen an Sie weitergeben. Diese können wir nicht garantieren. Die Rentenerhöhungen führen wir zum → Jahrestag der Versicherung durch.

Rentenfaktor, auch aktueller, garantierter oder tatsächlicher

Da es uns bei der Fondsgebundenen Rentenversicherung durch die Beteiligung an → Investmentfonds nicht möglich ist, das Vertragsguthaben zu → Rentenbeginn vorherzusehen, können wir Ihnen keine absolute Rente zusagen. Wir können Ihnen aber Umrechnungsverhältnisse von → Fondsguthaben in Rente angeben. Dies bezeichnen wir als „Rentenfaktor“, da dieser Rentenfaktor mit dem Fondsguthaben multipliziert wird, um eine Rente zu ergeben. Der Rentenfaktor wird häufig als Rente pro 10.000 Euro Fondsguthaben angegeben.

Zu Vertragsbeginn berechnen wir für Sie einen garantierten Rentenfaktor. Dieser wird mit den → Rechnungsgrundlagen zu Vertragsbeginn vorsichtig kalkuliert. Mit den Rechnungsgrundlagen zum Rentenbeginn berechnen wir den zum jeweiligen Zeitpunkt aktuellen Rentenfaktor. Der tatsächliche Rentenfaktor ist dann der höhere Wert von diesen beiden Rentenfaktoren. Dieser wird für die Berechnung Ihrer Rentenhöhe benutzt.

Beispiel:

Wir haben Ihnen zu Vertragsbeginn einen Rentenfaktor von 38 Euro monatlich pro 10.000 Euro Fondsguthaben garantiert. Nun ergibt sich zum Rentenbeginn ein aktueller Rentenfaktor von 45 Euro monatlich pro 10.000 Euro Fondsguthaben. Der tatsächliche Rentenfaktor ist dann der höhere Wert, also 45 Euro. Wenn Ihr Fondsguthaben 50.000 Euro beträgt, zahlen wir Ihnen eine Rente in Höhe von $(45 \text{ Euro monatlich} / 10.000 \text{ Euro Fondsguthaben}) * 50.000 \text{ Euro Fondsguthaben} = 225 \text{ Euro monatlich}$.

Rücknamepreis eines Fonds oder einer Anteilseinheit

Die Fondsgesellschaften veröffentlichen fortlaufend tagesaktuelle Preise für eine → Anteilseinheit jedes → Fonds. Dabei gibt es häufig zwei Werte pro Fonds: einmal den Ausgabepreis und einmal den Rücknahmepreis. Der Ausgabepreis enthält im Allgemeinen einen Ausgabeaufschlag, den Kunden beim Erwerb dieses Fonds zusätzlich bezahlen müssen. Im Rahmen Ihrer Fondsgebundenen Rentenversicherung fallen für Sie aber keine Ausgabeaufschläge an, so dass wir die Fondsanteile zum Rücknahmepreis sowohl kaufen als auch verkaufen. Damit ist immer der Rücknahmepreis des Fonds der für Sie maßgebliche Kurs.

Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB)

Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung ist eine versicherungstechnische Rückstellung in der Bilanz eines Versicherungsunternehmens, die die Ansprüche der → Versicherungsnehmer auf künftige Überschussbeteiligung umfasst. Sie dient als Puffer, um trotz schwankender Geschäftsergebnisse den Versicherungsnehmern eine möglichst konstante Überschussbeteiligung gewähren zu können.

Schriftform/schriftlich

Schriftform bedeutet grundsätzlich, dass eine eigenhändig unterzeichnete Urkunde erforderlich ist. Für die Unterzeichnung ist die Unterschrift mit dem Namen oder mittels notariell beglaubigtem Handzeichen notwendig. Dies dient Ihrer und unserer Rechtssicherheit.

Sterbetafel

Siehe → Ausscheideordnung

Stornoabzug

Im Fall einer Kündigung/Beitragsfreistellung eines Vertrags mindert sich gegebenenfalls der Rückkaufswert/die beitragsfreie Leistung noch um einen Stornoabzug.

Summe der gezahlten Beiträge

Die Summe der gezahlten Beiträge ergibt sich aus allen bisher von Ihnen geleisteten Beiträgen und Zuzahlungen. Diese steigt mit jeder Beitragszahlung oder Zuzahlung weiter an. Wenn Sie Ihrem Vertrag durch zum Beispiel eine Teilauszahlung Guthaben entnommen haben, verringert sich auch die Summe der gezahlten Beiträge um den gleichen Wert.

Termfix-Phase

Die Termfix-Phase bezeichnet bei der Fondsgebundenen Rentenversicherung für Kinder den Zeitraum ab Eintritt des Versicherungsfalles bis zum festgelegten Auszahlungszeitpunkt. Der Vertrag wird in diesem Zeitraum beitragsfrei fortgeführt.

Textform

Bezeichnet eine Form, in der eine Erklärung erfolgen kann. Jede lesbare Erklärung auf einem dauerhaften Datenträger, in der der Aussteller der Erklärung genannt ist, entspricht der Textform. Im Gegensatz zur → Schriftform genügt der Textform demnach beispielsweise auch ein maschinell erstellter Brief, ein Fax oder eine E-Mail.

Übernahmeoption

Bei Inanspruchnahme der Übernahmeoption wird zum Rentenbeginn – auch innerhalb der → flexiblen Auszahlungsphase – das → Fondsguthaben auf Wunsch vollständig oder teilweise in eine neue, zu diesem Zeitpunkt verkaufsoffene Rentenversicherung auf das Leben der → versicherten Person übertragen. Für die Übertragung des Guthabens fallen keine Kosten an.

Überschussanteilsatz

Mit den Überschussanteilsätzen werden die Überschussanteile der einzelnen Versicherungen ermittelt. Die Höhe der Überschussanteilsätze sowie deren Bezugsgrößen werden jeweils in Prozent im Geschäftsbericht genannt.

Verhältnis der Leistungen

Wenn Sie beispielsweise innerhalb Ihrer Fondsgebundenen Rentenversicherung mit eingeschlossener Zusatzversicherung eine Beitragsreduzierung durchführen, ändern sich nicht nur die Leistungen der Fondsgebundenen Rentenversicherung, sondern auch die Leistungen der Zusatzversicherung.

Beispiel:

Für die Hauptversicherung zahlen Sie zehn Jahre lang 1.000 Euro pro Jahr als Beitrag. Dies ergibt eine → Beitragssumme von $10 * 1.000 \text{ Euro} = 10.000 \text{ Euro}$. In den Vertrag eingeschlossen ist eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ) in Form einer Rente für den Fall der Berufsunfähigkeit in Höhe von 1.000 Euro monatlicher Leistung. Nach fünf Jahren Laufzeit des Vertrags reduzieren Sie den Beitrag auf die Hälfte. Dann beträgt die Beitragssumme der Hauptversicherung nur noch $5 * 1.000 \text{ Euro} + 5 * 500 \text{ Euro} = 7.500 \text{ Euro}$. Die Rentenleistung der BUZ wird nun im gleichen Verhältnis reduziert, wie sich die Beitragssumme der Hauptversicherung reduziert hat. Da die Beitragssumme sich von 10.000 Euro auf 7.500 Euro reduziert hat, verringert sich die Rentenleistung der BUZ von 1.000 Euro auf 750 Euro.

Versichertenkollektiv/Versichertenbestand

Der Versichertenbestand fasst all jene Versicherungsverträge zwischen → Versicherungsnehmern und der DEVK zusammen, welche ein gleichartiges Risiko versichern. Innerhalb dieser Kollektive findet ein Risikoausgleich statt.

Versicherte Person/Erste versicherte Person/Zweite versicherte Person

Je nach Tarif wird bei Tod, Erleben des Vertragsablaufs oder des → Rentenbeginns, Eintritt einer Berufsunfähigkeit beziehungsweise Beeinträchtigung einer Grundfähigkeit der → versicherten Person die Versicherungsleistung fällig. Nach ihren Risikomerkmale wie zum Beispiel Alter oder Beruf bestimmen sich Beitragshöhe und Versicherungsleistung.

Einige Tarife, wie zum Beispiel die Fondsgebundene Rentenversicherung für Kinder, können auch unterschiedliche Versicherungsleistungen für zwei verschiedene versicherte Personen beinhalten. Solche Leistungen werden durch Angabe von „erste versicherte Person“ beziehungsweise „zweite versicherte Person“ kenntlich gemacht.

Versicherungsdauer

Die Versicherungsdauer bezeichnet den Zeitraum, innerhalb dessen Versicherungsschutz besteht.

Versicherungsfall

Versicherungsfälle sind je nach Tarif der Ablauf des Vertrags, das Erleben des → Rentenbeginns, der Tod der versicherten Person, der Eintritt der Berufsunfähigkeit oder die Beeinträchtigung einer Grundfähigkeit der versicherten Person.

Versicherungsnehmer

Der Versicherungsnehmer schließt den Versicherungsvertrag mit dem Versicherer ab. Die Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag betreffen – sofern nichts anderes geregelt wird – den Versicherungsnehmer. Hierzu zählen zum Beispiel die Pflicht zur Beitragszahlung und der Anspruch auf Erhalt der Versicherungsleistung.

Versicherungsperiode

Die Versicherungsperiode umfasst bei einmaliger und jährlicher Beitragszahlung ein Jahr, bei unterjährlicher Beitragszahlung entsprechend der vereinbarten Zahlungsweise ein halbes Jahr, ein Vierteljahr oder einen Monat.

Versicherungsschein

Der Versicherungsschein ist ein Dokument über den Versicherungsvertrag, das alle wesentlichen Vertragsdaten enthält. Er ist bei Geltendmachung der Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag im Original vorzulegen. Da wir den Inhaber des Versicherungsscheins als anspruchsberechtigt ansehen können, sollte der Versicherungsschein sorgfältig aufbewahrt werden, um nicht in unbefugte Hände zu gelangen.

Vertragsteil

Ein → Gesamtvertrag kann aus mehreren Vertragsteilen bestehen. Die → Hauptversicherung und jede eingeschlossene → Zusatzversicherung stellt jeweils einen Vertragsteil des Gesamtvertrags dar.

Zusatzversicherung

Eine Zusatzversicherung kann ergänzend zu einer → Hauptversicherung abgeschlossen werden. Zusatzversicherungen sind an ihre Hauptversicherungen gebunden. Sie sind keine eigenständigen Verträge. Ohne die Hauptversicherung können Zusatzversicherungen nicht fortgesetzt werden. Endet der Versicherungsschutz der Hauptversicherung, erlischt automatisch der Versicherungsschutz aller eingeschlossenen Zusatzversicherungen.

Beispiel:

Zu einer Risikolebensversicherung können Sie eine Unfall-Zusatzversicherung und/oder eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung abschließen.

Zuteilungsstichtag, auch Zeitpunkt der Zuteilung, Zuteilungszeitpunkt

Stichtag, zu dem die Überschüsse dem jeweiligen Vertrag zugeteilt werden.

8. Auszug aus der Satzung der „DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung Lebensversicherungsverein a.G. Betriebliche Sozialeinrichtung der Deutschen Bahn“

§ 1

Name, Sitz und Geschäftsgebiet des Vereins

1. Der Verein führt den Namen
"DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung
Lebensversicherungsverein a.G.
Betriebliche Sozialeinrichtung der Deutschen Bahn".
2. Der Sitz des Vereins ist Köln.
3. Geschäftsgebiet ist das In- und Ausland.

§ 2

Wesen und Zweck des Vereins

1. Der Verein ist ein Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit. Er ist eine Selbsthilfeeinrichtung der Eisenbahner und von der Deutschen Bahn sowie dem Bundeseisenbahnvermögen als betriebliche Sozialeinrichtung anerkannt.
2. Der Verein schließt Lebensversicherungen in allen ihren Arten und damit verbundenen Zusatzversicherungen ab.
3. Der Verein ist berechtigt, Mit- und Rückversicherung gleicher Art für andere Versicherungsunternehmen zu übernehmen. Er kann als Vermittler von Bausparverträgen und Investmentfonds-Anteilen tätig werden, soweit § 15 Abs. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) nicht entgegensteht.
4. Der Verein ist berechtigt, Kapitalisierungsgeschäfte sowie Geschäfte der Verwaltung von Versorgungseinrichtungen zu betreiben.

§ 3

Geschäftsjahr

Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

§ 5

Mitgliedschaft

1. Dem Verein können als Mitglieder beitreten:
 - a) Eisenbahner,
Angehörige der Eisenbahn-Nebenbetriebe, Mitarbeiter von Unternehmen, deren Grund- oder Stammkapital im Mehrheitsbesitz eines Eisenbahnunternehmens steht,

Mitarbeiter von Unternehmen, die zum Organisationsbereich der „Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft“ oder der „Gewerkschaft Deutscher Lokomotivführer“ gehören,

Mitglieder der „Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft“ und der „Gewerkschaft Deutscher Lokomotivführer“,

Mitarbeiter und Mitglieder der gesetzlichen Sozialeinrichtungen sowie Mitarbeiter der Einrichtungen gemäß §§ 13, 14, 15 des Gesetzes zur Zusammenführung und Neugliederung der Bundeseisenbahnen,

Vertrauensärzte der Eisenbahn und ihrer Sozialversicherungsträger,

Mitarbeiter von Linienverkehrsunternehmen im Sinne der §§ 2 I Nr. 1 bis 3, 42, 43 Personenbeförderungsgesetz,
– sofern diese von Gebietskörperschaften, Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des deutschen öffentlichen Rechts selbst betrieben werden
oder
– sofern diese von juristischen Personen des Privatrechts, an deren Grundkapital juristische Personen des deutschen öffentlichen Rechts mit mehr als 50 % beteiligt sind, betrieben werden sowie Mitarbeiter von deren Beteiligungsunternehmen
– sofern sie Dienstleistungen für Linienverkehrsunternehmen erbringen,

Mitarbeiter von Unternehmen oder öffentlichen Verwaltungen, die Verkehrsleistungen, Verkehrsmittel, Verkehrsanlagen oder Verkehrsserviceleistungen bestellen, erstellen, sofern die Mitarbeiter vom Vorstand allgemein oder im Einzelfall für die Mitgliedschaft zugelassen sind,

Mitarbeiter des Bundesministeriums für Verkehr und digitale Infrastruktur und seiner nachgeordneten Behörden sowie Mitarbeiter solcher Gesellschaften, an denen die Bundesrepublik Deutschland mehrheitlich beteiligt ist und die in die Ressortzuständigkeit des Bundesministeriums für Verkehr und digitale Infrastruktur fallen.

Vorstehendes gilt auch für Ehegatten und Lebenspartner der unter lit. a) genannten Mitglieder mit gemeinsamer Haushaltsführung sowie für deren Partner einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft mit gemeinsamer Haushaltsführung und – solange sich ein Mitglied in einem aktiven Beschäftigungsverhältnis befindet – für dessen Kinder; ferner auch für nicht mehr aktive Mitarbeiter, sofern sie Versorgungsbezüge bzw. Rentenleistungen erhalten und deren versorgungs-/rentenberechtigten Hinterbliebenen.
 - b) Die unter a) genannten Dienstherrn und Arbeitgeber,
 - c) Vereinigungen der oben bezeichneten Personen,
 - d) die DEVK Unterstützungskasse GmbH.
2. Die Mitgliedschaft wird durch Abschluss einer Versicherung mit dem Verein erworben. Sie beginnt mit dem In-Kraft-Treten der Versicherung und endet mit ihrem Erlöschen.
3. Das Mitglied ist verpflichtet, dem Verein die Voraussetzungen für den Erwerb der Vereinsmitgliedschaft auf Verlangen nachzuweisen.

8. Auszug aus der Satzung der „DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung Lebensversicherungsverein a.G. Betriebliche Sozialeinrichtung der Deutschen Bahn“

§ 13

Ausgabendeckung, Rücklagen, Vermögensanlage

1. Die Ausgaben werden durch Beiträge, die im Voraus erhoben werden, und durch sonstige Einnahmen des Vereins gedeckt. Nachschüsse und Kürzung der Versicherungsansprüche sind ausgeschlossen.
2. Die der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugewiesenen Beträge dürfen nur für die Überschussbeteiligung der Versicherten einschließlich der durch § 153 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) vorgeschriebenen Beteiligung an den Bewertungsreserven verwendet werden. Der Verein ist jedoch berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde in Ausnahmefällen die Rückstellung für Beitragsrückerstattung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, im Interesse der Versicherten zur Abwendung eines drohenden Notstandes heranzuziehen.

Der Verein ist darüber hinaus berechtigt, in Ausnahmefällen mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde die Rückstellung für Beitragsrückerstattung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, heranzuziehen,
 - a) um unvorhersehbare Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen auszugleichen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind,
 - b) um die Deckungsrückstellung zu erhöhen, wenn die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen.
3. Von dem Überschuss des Geschäftsjahres sind jeweils mindestens 1 % (wenigstens jedoch 100.000,-- €) der Verlustrücklage (§ 139 VAG) solange zuzuführen, bis diese einen Mindestbetrag von 5 Millionen € erreicht oder wieder erreicht hat. Der nach Vornahme der Abschreibungen, Wertberichtigungen, Rücklagen und Rückstellungen verbleibende Überschuss ist in voller Höhe der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zuzuweisen.
4. Das Vermögen des Vereins ist in dem vorgeschriebenen Umfang nach den gesetzlichen Vorschriften und den von der Versicherungsaufsichtsbehörde aufgestellten Richtlinien anzulegen.

§ 14

Überschussbeteiligung

Die Versicherungen, die bis zum 31.12.1994 abgeschlossen worden sind sowie die Versicherungen, die aufgrund des Verschmelzungsvertrages mit der Hilfskasse Deutscher Lokomotivführer fortgeführt werden, sind nach Maßgabe des jeweils von der Aufsichtsbehörde genehmigten Geschäftsplanes am Überschuss beteiligt. Die Versicherungen, die ab dem 01.01.1995 abgeschlossen werden, sind nach Maßgabe der jeweiligen vertraglichen Vereinbarungen am Überschuss beteiligt.

§ 15

Auflösung des Vereins

1. Der Verein kann durch Beschluss der Hauptversammlung aufgelöst oder mit einem anderen Versicherungsunternehmen verschmolzen werden.
2. Die Abwicklung geschieht durch den Vorstand unter Aufsicht des Aufsichtsrates.
3. Bei Auflösung erlöschen die mit dem Verein abgeschlossenen Versicherungen mit dem Zeitpunkt, der durch den Beschluss der Hauptversammlung bestimmt wird. Über den nach Tilgung oder Sicherstellung aller Verbindlichkeiten verbleibenden Überschuss beschließt die Hauptversammlung.

§ 16

Änderung der Satzung und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

1. Änderungen der §§ 13, 14, und 15 der Satzung gelten auch für die bestehenden Versicherungs- und Mitgliedschaftsverhältnisse. Die Hauptversammlung kann bei der Beschlussfassung über Änderungen der Satzung die Wirkung für bestehende Versicherungs- und Mitgliedschaftsverhältnisse ausdrücklich ausschließen.
2. Die Bestimmungen der Versicherungsbedingungen über den Rückkaufswert und die beitragsfreie Versicherung, die Kriegsgefahr und die Sondergefahren, die Selbsttötung und die Überschussbeteiligung können mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde auch für bestehende Versicherungsverhältnisse, die bis zum 30.06.1994 abgeschlossen worden sind, geändert werden. Für Versicherungen, die ab dem 01.07.1994 abgeschlossen werden, gelten die vertraglichen Vereinbarungen.

Fassung vom 02. Juni 2023

Auszug aus der Satzung der „DEVK Allgemeine Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft“

§ 1

Firma, Sitz, Geschäftsgebiet

1. Die Gesellschaft führt die Firma:
„DEVK Allgemeine Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft“.
2. Sie hat ihren Sitz in Köln.
3. Geschäftsgebiet ist das In- und Ausland.

§ 2

Gegenstand des Unternehmens

1. Gegenstand des Unternehmens ist der unmittelbare und mittelbare Betrieb der Lebensversicherung in allen ihren Arten und damit verbundenen Zusatzversicherungen.
2. Ferner ist es der Gesellschaft gestattet, die Geschäfte anderer Lebensversicherungsunternehmen weiterzuführen, Lebensversicherungsbestände zu übernehmen und sich an anderen mit ihrem Geschäftsbetrieb in engem wirtschaftlichem Zusammenhang stehenden Unternehmen zu beteiligen.
3. Die Gesellschaft ist berechtigt, Kapitalisierungsgeschäfte sowie Geschäfte der Verwaltung von Versorgungseinrichtungen zu betreiben.

§ 3

Geschäftsjahr

Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

§ 17

Jahresabschluss, Lagebericht und Gewinnverwendung

1. Für den Jahresabschluss, den Lagebericht, die Gewinnverwendung sowie die Prüfung und Bekanntmachung des Jahresabschlusses und des Lageberichtes gelten die gesetzlichen Vorschriften und die Anordnungen der Aufsichtsbehörde.
2. Stellen Vorstand und Aufsichtsrat den Jahresabschluss fest, gilt Ziffer 1. mit der Maßgabe, dass sie nicht ermächtigt sind, Teile des Jahresüberschusses in die anderen Gewinnrücklagen einzustellen. Über die Einstellung entscheidet die Hauptversammlung.

§ 18

Rückstellung für Beitragsrückerstattung

1. Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Aufsichtsrates unter Beachtung des § 139 VAG die Beträge, die für die Überschussbeteiligung der Versicherten der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung zuzuführen sind.
2. Die der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugewiesenen Beträge dürfen nur für die Überschussbeteiligung der Versicherten einschließlich der durch § 153 des VVG vorgeschriebenen Beteiligung an den Bewertungsreserven verwendet werden. Die Gesellschaft ist jedoch berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde in Ausnahmefällen die Rückstellung für Beitragsrückerstattung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, im Interesse der Versicherten zur Abwendung eines drohenden Notstandes heranzuziehen.

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

- a) um unvorhersehbare Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen auszugleichen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind,
- b) um die Deckungsrückstellung zu erhöhen, wenn die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen.

§ 19

Vermögensanlage

Das Vermögen der Gesellschaft ist nach den gesetzlichen Bestimmungen und den von der Aufsichtsbehörde erlassenen Richtlinien anzulegen.

Fassung vom 28. September 2023