

Verbraucherinformation für Konventionelle Versicherungen

Versicherung für die
Absicherung von Grundfähigkeiten
– Private Vorsorge (Schicht 3)

in der Fassung 07 / 2024

Ihr Versicherer:
Zurich Deutscher Herold
Lebensversicherung AG
50427 Köln
www.zurich.de

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Hinweise	3
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Absicherung von Grundfähigkeiten – Private Vorsorge (Schicht 3)	6
Besondere Bedingungen für die Anpassungsversicherung in der Absicherung von Grundfähigkeiten – Private Vorsorge (Schicht 3)	21
Allgemeine Steuerhinweise für die Absicherung von Grundfähigkeiten – Private Vorsorge (Schicht 3)	22
Besondere Bedingungen für das Lebensphasenkonzept in der Absicherung von Grundfähigkeiten	23
Information zur Verwendung Ihrer Daten	26
Übersicht der Dienstleister der Zurich Gruppe Deutschland	29
Widerrufsbelehrung (Anlage)	

Allgemeine Hinweise

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

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

Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG
Deutzer Allee 1
50679 Köln
Sitz der Gesellschaft: Köln (HRB 100486).

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

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

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

Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG
Vertreten durch den Vorstand, dieser vertreten durch den Vorstandsvorsitzenden Dr. Carsten Schildknecht
Deutzer Allee 1
50679 Köln

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

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

Bundesanstalt für
Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

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

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

6. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere

- a) die für das Versicherungsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarifbestimmungen sowie die Angabe des auf den Vertrag anwendbaren Rechts;
- b) Angaben über Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Leistung des Versicherers.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

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

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihrem Persönlichen Vorschlag.

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

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihrem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten.

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

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

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

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

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

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

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

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

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

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte den Verbraucherinformationen.

14. die Laufzeit und gegebenenfalls Mindestlaufzeit des Vertrages.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihrem Persönlichen Vorschlag.

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

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

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

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

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

Auf den Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

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

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

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

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

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

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

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

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

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihrem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten.

2. sonstige in die Prämie eingerechnete Kosten.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihrem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten.

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

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

4. die Rückkaufswerte.

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

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

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

6. das Ausmaß, in dem die Leistungen nach den Nummern 4 und 5 garantiert sind.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihrem Persönlichen Vorschlag.

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

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihrem Persönlichen Vorschlag.

8. die für diese Versicherungsart geltende Steuerregelung.

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

Hinweis für Berufsunfähigkeits-Zusatz-Versicherung

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

Allgemeine Versicherungsbedingungen

für die Absicherung von Grundfähigkeiten – Private Vorsorge (Schicht 3)

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Welche Leistungen erbringen wir?
- § 2 Welche Beeinträchtigungen von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten sind versichert (Versicherungsfall)?
- § 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?
- § 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?
- § 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen bzw. wann entfällt der Versicherungsschutz?
- § 6 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
- § 7 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?
- § 8 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
- § 9 Wann können Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?
- § 10 Wann können Sie in eine selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung wechseln?
- § 11 Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet?
- § 12 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen verlangt werden?
- § 13 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?
- § 14 Was gilt für die Nachprüfung unserer Leistungspflicht?
- § 15 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt des Versicherungsfalls?
- § 16 Wann können Sie Ihren Versicherungsschutz verlängern?
- § 17 Können die Beiträge angepasst werden?
- § 18 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?
- § 19 Wer erhält die Versicherungsleistung?
- § 20 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?
- § 21 Welche Besonderheiten gelten bei einem Umzug in das Ausland?
- § 22 Welche Kosten und Gebühren können wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen?
- § 23 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?
- § 24 Wo ist der Gerichtsstand?
- § 25 Wann verjähren die Ansprüche aus der Versicherung?
- § 26 Wie können sich internationale Sanktionen auf Ihren Vertrag auswirken?
- § 27 Wie können Sie sich beschweren?

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

Leistung bei Beeinträchtigung körperlicher oder geistiger Fähigkeiten

(1) Werden körperliche oder geistige Fähigkeiten der versicherten Person während der Versicherungsdauer⁹⁾ in einem in § 2 beschriebenen Umfang beeinträchtigt, so erbringen wir die nachfolgenden Versicherungsleistungen:

- Die Beitragszahlungspflicht endet ab der nächsten Beitragsfälligkeit.
- Wir zahlen die vereinbarte Rente monatlich im Voraus.

Entstehen des Anspruchs

(2) Der Anspruch auf die Versicherungsleistungen entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Beeinträchtigung körperlicher oder geistiger Fähigkeiten gemäß § 2 eingetreten ist.

Bei einer vereinbarten Karenzzeit entsteht der Anspruch auf Rente frühestens nach Ablauf der Karenzzeit. Diese beginnt mit Ablauf des Monats, in dem die Beeinträchtigung körperlicher oder geistiger Fähigkeiten gemäß § 2 eingetreten ist. Endet diese Beeinträchtigung und tritt innerhalb von 24 Monaten danach erneut aufgrund derselben Ursache ein, so werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten berücksichtigt. Unabhängig davon entfällt die Beitragszahlungspflicht ab der nächsten Beitragsfälligkeit.

Ist eine Wartezeit vereinbart, entsteht der Anspruch auf die Leistungen während der Wartezeit nur, wenn der Eintritt der Beeinträchtigung körperlicher oder geistiger Fähigkeiten gemäß § 2 auf ein nach Beginn der Versicherung eingetretenes Unfallereignis zurückzuführen ist (vgl. § 1 Absatz 7). Tritt die Beeinträchtigung aus einem anderen Grund vor Ablauf der Wartezeit ein, erlischt die Versicherung mit sofortiger Wirkung. Die bis zu diesem Zeitpunkt bereits gezahlten Beiträge werden nicht zurückerstattet. Für eine nach Ablauf der Wartezeit eintretende Beeinträchtigung leisten wir unabhängig von deren Ursache, soweit in § 5 Absatz 2 nichts anderes bestimmt ist.

Dauer unserer Leistungspflicht

(3) Die vorstehenden Leistungen erbringen wir, solange die versicherte Person lebt; längstens bis zum Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer. Unabhängig davon endet unsere Leistungspflicht, wenn die Beeinträchtigung körperlicher oder geistiger Fähigkeiten den in § 2 beschriebenen Umfang nicht mehr erreicht.

Integrations- und Rehabilitationsberatung

(4) Bei Eintritt des Versicherungsfalls bieten wir kostenfrei die Möglichkeit einer Integrations- und Rehabilitationsberatung an. Gegenstand der Beratung sind z. B. Fragen der medizinischen Versorgung oder mögliche Rehabilitationsmaßnahmen. Diese Beratung wird von uns bzw. durch von uns beauftragte anerkannte Fachleute angeboten. Im Rahmen dieser Beratung als sinnvoll erkannte Maßnahmen werden auf Ihren Wunsch von uns eingeleitet und begleitet. Die versicherte Person ist nicht verpflichtet, diese Hilfe anzunehmen.

Verspätete Anzeige

(5) Wird nach Ablauf der Versicherungsdauer eine Beeinträchtigung körperlicher oder geistiger Fähigkeiten gemäß § 2 angezeigt, die bereits vor Ablauf der Versicherungsdauer eingetreten ist, so zahlen wir die vereinbarte Rente gemäß Absatz 1 längstens bis zum Ablauf der Leistungsdauer.

Beitragszahlung während Anspruchsprüfung

(6) Während der Dauer der Anspruchsprüfung stunden wir – auf Ihren Antrag in Textform – die fälligen Beiträge zinslos bis zu unserer endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht gemäß § 13. Im Fall einer gerichtlichen Auseinandersetzung stunden wir die Beiträge darüber hinaus bis zum rechts-

verbindlichen Abschluss des Verfahrens, höchstens jedoch für eine Dauer von insgesamt fünf Jahren. Die gestundeten Beiträge sind binnen 24 Monaten in zu vereinbarenden Raten, beginnend mit dem Monat nach Ablauf der Stundung, nachzuzahlen. Zahlen Sie die Beiträge während der Anspruchsprüfung weiter, so werden wir diese bei Feststellung oder Anerkennung der Leistungspflicht verzinst zurückzahlen. Der Zinssatz entspricht der zum Zeitpunkt der Rückzahlung geltenden Überschussdeklaration.

Unfall während einer vereinbarten Wartezeit

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

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

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

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle, die während einer vereinbarten Wartezeit eingetreten sind:

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

§ 2 Welche Beeinträchtigungen von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten sind versichert (Versicherungsfall)?

(1) Voraussetzung für unsere Leistungspflicht ist, dass bei der versicherten Person mindestens eine der in § 2 Absatz 2 a) bis q) AVB konkret definierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Verlust der jeweiligen Grundfähigkeit) in dem dort beschriebenen Umfang oder eine Beeinträchtigung nach § 2 Absatz 3 AVB oder nach § 2 Absatz 4 AVB eingetreten ist.

Im Hinblick auf die in § 2 Absatz 2 a) bis q) AVB definierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen gilt:

- Versichert ist der Verlust der jeweiligen Grundfähigkeit, weshalb Versicherungsschutz nur dann besteht, wenn die versicherte Person vor Eintritt des Versicherungsfalles über die entsprechende Grundfähigkeit verfügt hat.
- Der Grad der Beeinträchtigung wird unter Berücksichtigung geeigneter Hilfsmittel ermittelt (vgl. § 12 Absatz 4).
- Die Beeinträchtigung muss zudem voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen andauern oder bereits seit sechs Monaten ununterbrochen vorliegen.
- Die in § 2 Absatz 2 a) bis q) AVB definierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind nur dann versichert, wenn sie sich durch entsprechende medizinische Befunde erklären lassen. Daher muss die Beeinträchtigung auf Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfall zurückzuführen und durch dem aktuellen medizinischen Wissensstand entsprechende Befunde eines Facharztes der entsprechenden Fachrichtung nachgewiesen sein. Soweit ergänzend im konkreten Fall spezielle Anforderungen an den Nachweis der Beeinträchtigung gestellt werden, wird in den betroffenen Definitionen ausdrücklich darauf hingewiesen.

(2) Folgende gesundheitliche Beeinträchtigungen sind versichert:

- a) **Verlust der Grundfähigkeit des Sehens**
Ein Verlust der Grundfähigkeit des Sehens liegt bei einem Verlust der Sehkraft auf beiden Augen bei der versicherten Person vor. Das Ausmaß des Sehkraftverlustes muss derart sein, dass bei der Untersuchung unter Verwendung von Sehhilfen die Sehschärfe des besseren Auges 3/60 oder weniger auf der Snellen-Sehprobentafel beträgt. Dies bedeutet, dass die versicherte Person bei der Untersuchung einen Gegenstand in bis zu einem Meter Entfernung sehen kann, den eine Person mit voller Sehkraft sehen könnte, wenn dieser sich in einem Abstand von 20 Metern befände. Außerdem liegt ein Verlust der Grundfähigkeit des Sehens vor, wenn unter Verwendung von Sehhilfen eine Einschränkung des Gesichtsfeldes des besseren Auges auf höchstens 15 Grad Abstand vom Zentrum besteht.
- b) **Verlust der Grundfähigkeit des Hörens**
Ein Verlust der Grundfähigkeit des Hörens liegt vor, wenn bei der versicherten Person eine Schwerhörigkeit auf beiden Ohren derart besteht, dass im Frequenzbereich des gesprochenen Wortes bei 1.000 bis 3.000 Hz, mittels Tonaudiogramm (Knochenleitung) ein Hörverlust von mindestens 80 % nachgewiesen wird. Der Verlust der Grundfähigkeit des Hörens muss außerdem durch ein

weiteres anerkanntes Testverfahren (zum Beispiel BERA) bestätigt werden.

c) **Verlust der Grundfähigkeit des Sprechens**

Ein Verlust der Grundfähigkeit des Sprechens liegt vor, wenn die versicherte Person aufgrund körperlicher Ursachen die Fähigkeit verloren hat, eine verständliche und sinngebende Sprache zu produzieren oder Worte spricht, die ohne jegliche Bedeutung oder Vorkommen in jeglicher bekannten gesprochenen Sprache sind und von einem unabhängigen Dritten nicht mehr verstanden werden.

Nicht von dieser Regelung erfasst und somit ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgenommen sind alle psychischen Ursachen des Sprachverlusts.

d) **Verlust der Grundfähigkeit des Gebrauchs einer Hand**

Ein Verlust der Grundfähigkeit des Gebrauchs einer Hand liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, mit der linken oder mit der rechten Hand

- eine geöffnete Flasche mit Schraubverschluss zu schließen und wieder zu öffnen oder
- eine bereits auf einem Gewinde sitzende Flügel-schraube der DIN 316 D mit einer Gewindegröße M10 fünf weitere Umdrehungen ein- und anschließend wieder herauszudrehen oder
- eine handelsübliche Halogen-Glühbirne oder ein handelsübliches LED-Leuchtmittel in den dazugehörigen Schraubsockel (E27-Sockel) einer Tischlampe zu stecken und so weit hineinzudrehen, dass die Glühbirne leuchtet und anschließend wieder vollständig herauszudrehen oder
- mit einer handelsüblichen Papierschere ein vorgezeichnetes Quadrat mit einer Seitenlänge von 10 cm aus einem handelsüblichen DIN-A4-Papier auszuscheiden.

e) **Verlust der Grundfähigkeit des Greifens und Haltens**

Ein Verlust der Grundfähigkeit des Greifens und Haltens liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, mit der linken oder mit der rechten Hand einen maximal 200 Gramm schweren Gegenstand zu greifen und fünf Minuten lang ununterbrochen, auch unter Ablage des Unterarms, zu halten.

f) **Verlust der Grundfähigkeit des Schreibens**

Ein Verlust der Grundfähigkeit des Schreibens liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, mit der linken oder mit der rechten Hand mit einem Schreibstift mindestens fünf Wörter mit jeweils mindestens zehn Buchstaben in Druckbuchstaben so zu schreiben, dass ein unabhängiger Dritter diese Wörter lesen kann.

g) **Verlust der Grundfähigkeit des Benutzens einer Tastatur**

Der Verlust der Grundfähigkeit des Benutzens einer Tastatur liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, mindestens fünf Wörter mit jeweils mindestens zehn Buchstaben zu tippen oder abzutippen.

h) **Verlust der Grundfähigkeit des Gebrauchs eines Armes**

Ein Verlust der Grundfähigkeit des Gebrauchs eines Armes liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist,

- einen 200 Gramm schweren Gegenstand auf einem Regal in Brusthöhe der versicherten Person zu platzieren und wieder herunterzunehmen oder
- den rechten oder linken Arm in gestreckter Armhaltung seitwärts bis auf Schulterhöhe zu heben und 10 Sekunden lang in dieser Position zu halten oder
- den rechten oder linken Arm in gestreckter Armhaltung nach vorne bis auf Schulterhöhe zu heben und 10 Sekunden lang in dieser Position zu halten.

i) **Verlust der Grundfähigkeit des Hebens und Tragens**

Ein Verlust der Grundfähigkeit des Hebens und Tragens liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, einen zwei Kilogramm schweren Gegenstand von einem Tisch zu heben und fünf Meter weit zu tragen.

j) **Verlust der Grundfähigkeit, sich zu knien oder zu bücken**

Ein Verlust der Grundfähigkeit des Kniens oder Bückens liegt vor, wenn die versicherte Person nicht fähig ist,

- sich auf den Boden niederzuknien und sich dann wieder aufzurichten oder
- sich so weit zu bücken, dass sie einen Bleistift vom Boden aufheben könnte und sich dann wieder aufzurichten.

k) **Verlust der Grundfähigkeit des Gebrauchs der Beine**

Ein Verlust der Grundfähigkeit des Gebrauchs der Beine liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, alleine eine Entfernung von 400 Metern auf einem festen und ebenen Boden gehend zurückzulegen, ohne dabei mehr als einmal eine ununterbrochene Pause von mehr als einer Minute einzulegen. Ein Rollator, beidseitig geführte Unterarmgehstützen oder Prothesen gelten hierbei nicht als geeignete Hilfsmittel.

l) **Verlust der Grundfähigkeit des Treppensteigens**

Ein Verlust der Grundfähigkeit des Treppensteigens liegt vor, wenn die versicherte Person auch unter Verwendung eines Treppengeländers nicht mehr in der Lage ist, alleine eine Treppe von 12 Stufen (maximale Stufenhöhe 20 Zentimeter) hinauf und hinunter zu gehen, ohne dabei mehr als einmal eine ununterbrochene Pause von mehr als einer Minute einzulegen.

m) **Verlust der Grundfähigkeit des Stehens**

Ein Verlust der Grundfähigkeit des Stehens liegt vor, wenn die versicherte Person auch mit Veränderung der Körperhaltung nicht mehr in der Lage ist, alleine zehn Minuten lang ununterbrochen auf festem und ebenem Boden zu stehen, ohne sich abzustützen.

Gehstöcke oder Unterarmgehstützen gelten hierbei nicht als geeignete Hilfsmittel.

n) **Verlust der Grundfähigkeit Gleichgewichtssinn**

Ein Verlust der Grundfähigkeit Gleichgewichtssinn liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage

ist,

- zehn Meter mit geschlossenen Augen entlang einer imaginären geraden Linie („Strichgang“) ohne Fallneigung auf festem und ebenem Boden zu gehen, oder
- 50 Schritte auf fester und ebener Stelle mit geschlossenen Augen zu treten, ohne sich dabei um mehr als 45 Grad zur Seite zu drehen, oder
- mit geschlossenen Augen bei parallelem Fußstand mehr als 60 Sekunden auf fester und ebener Stelle zu stehen, ohne Fallneigung zu bekommen.

Der Verlust der Grundfähigkeit muss auf einer Verletzung oder Erkrankung des Gehirns (z. B. Multiple Sklerose, Schädelhirntrauma, Schlaganfall, Hirntumor, Epilepsie) oder einer Schädigung des Gleichgewichtsorgans beruhen.

o) Verlust der Grundfähigkeit des Sitzens

Ein Verlust der Grundfähigkeit des Sitzens liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, 20 Minuten lang ununterbrochen auf einem Stuhl mit Rücken- und Armlehnen zu sitzen, auch nicht mit Änderung der Sitzposition oder mit Abstützen auf Armlehnen.

p) Verlust der Eignung, ein Auto zu führen

Ein Verlust der Eignung, ein Auto zu führen liegt vor, wenn und solange die versicherte Person ausschließlich aus körperlichen Gründen zum Führen von Personenkraftwagen Klasse B (PKW) gemäß Fahrerlaubnisverordnung in der jeweils geltenden Fassung (FeV) nicht oder nicht mehr geeignet ist.

Es muss nachgewiesen werden,

- dass bei der versicherten Person die Voraussetzungen für den Entzug oder die Nichterteilung der Fahrerlaubnis für PKW gemäß FeV vorliegen und
- dass die Fahrerlaubnis ihr ausschließlich aus körperlichen Gründen gemäß FeV entzogen oder nicht erteilt worden ist oder durch die versicherte Person freiwillig abgegeben wurde.

Es liegt kein Verlust der Grundfähigkeit vor, wenn die Fahrerlaubnis für PKW unter Anordnung von Beschränkungen oder Auflagen erteilt oder weiterhin gewährt wird.

Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist der Verlust der Eignung ein Auto zu führen, wenn

- die versicherte Person noch nie eine Fahrerlaubnis besessen hat und sie zum Zeitpunkt der Nichterteilung das 40. Lebensjahr bereits vollendet hat, oder
- der Verlust auf eine psychische oder psychosomatische Erkrankung zurückzuführen ist, oder
- der Verlust auf Alkoholmissbrauch oder den Konsum von Drogen oder Medikamenten zurückzuführen ist, soweit diese nicht im Rahmen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung auf ärztlichen Rat hin eingenommen worden sind.

q) Verlust der geistigen Leistungsfähigkeit

Ein Verlust der geistigen Leistungsfähigkeit der versicherten Person liegt vor, wenn diese in Bezug auf das Gedächtnis, das Konzentrationsvermögen, die Aufmerksamkeit, die Auffassungsgabe, die Orientierungsfähigkeit oder die Handlungsplanung so erheblich eingeschränkt ist, dass sie nicht mehr in der Lage ist, alltagsrelevante Tätigkeiten auszuüben.

Es muss mittels eines anerkannten Testverfahrens, das die geistige Leistungsfähigkeit misst, nachgewiesen werden, dass die versicherte Person hinsichtlich ihrer geistigen Leistungsfähigkeit in die Gruppe der unteren 10 % der Bevölkerung einzuordnen ist.

(3) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen so hilflos ist, dass sie für mindestens drei der nachfolgend genannten Verrichtungen auch bei Einsatz geeigneter Hilfsmittel (vgl. § 12 Absatz 4) täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen. Bewertungsmaßstab für die Einstufung der Pflegebedürftigkeit sind Art und Umfang der täglichen persönlichen Hilfe. Dabei werden folgende Verrichtungen zugrunde gelegt:

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim...

• Fortbewegen im Zimmer

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt.

• Aufstehen und Zubettgehen

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

• An- und Auskleiden

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.

• Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken

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

• Waschen, Kämmen oder Rasieren

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.

• Verrichten der Notdurft

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann, ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen

ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor

Unabhängig von der Bewertung aufgrund der oben genannten Kriterien liegt Pflegebedürftigkeit vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf.

Das Gleiche gilt, wenn die versicherte Person dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann oder wenn die versicherte Person der Bewahrung bedarf. Bewahrung liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder einer geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann.

(4) Eine gerichtlich angeordnete Betreuung ist versichert, wenn für die versicherte Person durch ein deutsches Gericht für mindestens sechs Monate ununterbrochen ein Betreuer mit dem Aufgabenkreis der Aufenthaltsbestimmung bestellt wurde. Die Notwendigkeit der Betreuerbestellung muss in jedem Fall durch ein ärztliches Gutachten nachgewiesen sein.

§ 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

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

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

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

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

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

(3) Ihre Versicherung gehört zum Gewinnverband 569 in der Bestandsgruppe 14. Jede einzelne Versicherung innerhalb dieses Gewinnverbandes erhält Anteile an den Überschüssen der Bestandsgruppe, soweit auf sie Überschüsse entfallen. Die Höhe dieser Anteile wird vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des verantwortlichen Aktuars unter Beachtung der maßgebenden aufsichtsrechtlichen Bestimmungen jährlich festgelegt und im Geschäftsbericht veröffentlicht. Die Mittel für diese Überschussanteile werden den Überschüssen des Geschäftsjahres oder der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. In einzelnen Versicherungsjahren, insbesondere etwa im ersten Versicherungsjahr, kann eine Zuteilung entfallen, sofern dies sachlich gerechtfertigt ist.

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

Beitragsverrechnung

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

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

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

Grundfähigkeits-Bonus (GF-Bonus)

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

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

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

Überschussbeteiligung im Leistungsfall

(5) Während des Leistungsbezugs erhalten Sie zu Beginn eines Versicherungsjahres einen Grundüberschussanteil. Voraussetzung ist, dass auch Überschüsse entstanden sind. Ein Grundüberschussanteil wird aber nicht vor Beginn des Versicherungsjahres gewährt, das auf das Versicherungsjahr des Eintritts unserer Leistungspflicht folgt. Bezugsgröße hierfür ist die Rente des vorhergehenden Versicherungsjahres.

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

§ 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

(1) Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag abgeschlossen worden ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung (vgl. § 7 Absatz 3 und 4 und § 8).

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

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

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zur Beeinträchtigung körperlicher oder geistiger Fähigkeiten gemäß § 2 gekommen ist.

(2) Wir leisten jedoch nicht, wenn die Beeinträchtigung körperlicher oder geistiger Fähigkeiten gemäß § 2 verursacht ist:

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

- lungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
- e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Beeinträchtigung der versicherten Person herbeigeführt haben;
- f) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden oder schädigen, dass Maßnahmen einer Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbarer Einrichtungen erforderlich sind;
- g) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Leistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird.

(3) Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

§ 6 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

(1) Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Vertragsabschluss in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden.

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

Rücktritt

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

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

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

Kündigung

(6) Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Im Falle unverschuldeter Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht verzichten wir auf das Recht zur Kündigung.

(7) Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

(8) Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung gemäß § 9 Absatz 4 bis 6 um, sofern die beitragsfreie Rente den Mindestbetrag von 600 EUR jährlich erreicht. Wird dieser Betrag nicht erreicht, erlischt der Vertrag erstatten wir – soweit vorhanden – den Rückkaufswert gemäß § 169 VVG.

Rückwirkende Vertragsanpassung

(9) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Dies kann also dazu führen, dass wir rückwirkend den Versicherungsschutz in einem bestimmten Umfang einschränken und deshalb kein Versicherungsschutz besteht. Im Falle unverschuldeter Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten verzichten wir auf das Recht den Vertrag anzupassen.

(10) Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen. In der Mitteilung werden wir Sie auf das Kündigungsrecht hinweisen.

Ausübung unserer Rechte

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

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

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

Anfechtung

(14) Wir können den Vertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmehentscheidung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Die Absätze 5 und 6 gelten entsprechend. Im Falle einer Anfechtung sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

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

Erklärungsempfänger

(16) Die Ausübung unserer Rechte erfolgt durch eine schriftliche Erklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist.

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

§ 7 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

(1) Die Beiträge zu Ihrer Versicherung werden durch laufende Beitragszahlungen entrichtet.

(2) Nach Vereinbarung können Sie die Beiträge in jährlichen, halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Abständen zahlen. Die Beiträge werden zu Beginn einer jeden Versicherungsperiode fällig. Die Versicherungsperiode beträgt entsprechend der vereinbarten und im Versicherungsschein angegebenen Zahlungsweise ein Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr.

(3) Der erste Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind innerhalb eines Monats, bei monatlicher Zahlungsweise innerhalb von zwei Wochen, jeweils ab Fälligkeitstag an uns zu zahlen.

(4) Sie haben den Beitrag **rechtzeitig** gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag (vgl. Absatz 3) alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Wenn die Einziehung des Beitrags

von einem Konto vereinbart wurde, gilt die Zahlung in folgendem Fall als rechtzeitig:

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

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

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

(6) Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

(7) Für eine Stundung der Beiträge ist eine Vereinbarung in Textform mit uns erforderlich.

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

Einlösungsbeitrag

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

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

Folgebeitrag

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

Sind Sie nach Ablauf dieser Frist mit der Zahlung in Verzug, so haben Sie für Versicherungsfälle, die nach Ablauf dieser Frist

eintreten, keinen Versicherungsschutz, wenn wir Sie in der Mahnung auf diese Rechtsfolgen ausdrücklich hingewiesen haben.

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

In diesem Fall wird die Kündigung zum Fristablauf wirksam, wenn

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

Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn Sie

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

Jedoch besteht kein Versicherungsschutz für einen zwischenzeitlich eingetretenen Versicherungsfall.

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

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

Kündigung und Auszahlung nicht verbrauchter Beitragsteile

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

(2) **Kündigen Sie Ihre Versicherung nur teilweise, so ist die Kündigung unwirksam, wenn die verbleibende Rente weniger als 600 EUR jährlich beträgt. Wenn Sie in diesem Falle Ihre Versicherung beenden wollen, müssen Sie also vollständig kündigen.**

(3) **Die Kündigung Ihrer Versicherung kann mit Nachteilen verbunden sein. Bei der Versicherung zur Absicherung von Grundfähigkeiten handelt es sich um eine Risikoversicherung, bei der in jeder Versicherungsperiode die zu entrichtenden Beiträge zur Deckung der eintretenden Versicherungsfälle und der Kosten grundsätzlich in vollem Umfang verbraucht werden. Daher steht ein Rückkaufswert nicht zur Verfügung. Sofern dennoch nicht verbrauchte Beitragsteile zur Verfügung stehen, erstatten wir diese. Sie entsprechen dem mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechneten Deckungskapital der Versicherung, das sich bei sofortiger Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten mit den eingehenden Beiträgen ergibt. Von dem so ermittelten Betrag wird ein Abzug einbehalten. Der Abzug**

beträgt 75 %, mindestens jedoch 6 % der garantierten jährlichen Rente.

Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Beitragsfreistellung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er. Rückständige Beiträge werden verrechnet.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

(4) Anstelle einer Kündigung nach Absatz 1 können Sie sich unter Beachtung der dort genannten Termine und Fristen, ganz oder teilweise von Ihrer Beitragszahlungspflicht befreien lassen, soweit nicht verbrauchte Beitragsteile zur Verfügung stehen. In diesem Fall setzen wir die versicherte Rente ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Rente herab, die nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation unter Zugrundelegung der nicht verbrauchten Beitragsteile und des in Absatz 3 beschriebenen Abzugs für den Beitragsfreistellungstermin errechnet wird.

Rückständige Beiträge werden verrechnet.

Unter den gleichen Voraussetzungen können Sie auch eine befristete Beitragsfreistellung für eine Dauer von maximal 36 Monaten verlangen. Zum Ende dieser mit uns vereinbarten Dauer wird der Vertrag dann automatisch mit den bisherigen Beiträgen wieder in Kraft gesetzt. Die versicherte Rente wird für den Zeitpunkt des Beginns der befristeten Beitragsfreistellung sowie der Wiederaufnahme der Beitragszahlung nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik errechnet. Die Leistungen werden auf Basis der Veränderung der Beitragszahlung angepasst. Rückständige Beiträge werden verrechnet.

(5) Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung kann mit Nachteilen verbunden sein. Bei der Versicherung zur Absicherung von Grundfähigkeiten handelt es sich um eine Risikoversicherung, bei der in jeder Versicherungsperiode die zu entrichtenden Beiträge zur Deckung der eintretenden Versicherungsfälle und der Kosten grundsätzlich in vollem Umfang verbraucht werden. Daher steht eine beitragsfreie Versicherungsleistung grundsätzlich nicht zur Verfügung. Sofern dennoch nicht verbrauchte Beitragsteile zur Verfügung stehen, etwa bei Versicherungen mit erheblich abgekürzter Beitragszahlungsdauer, erfolgt eine Beitragsfreistellung der Versicherung nach Maßgabe des Absatzes 4.

(6) Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt und erreicht die nach Absatz 4 zu berechnende beitragsfreie Rente den Mindestbetrag von 600 EUR jährlich nicht, ist eine vollständige Beitragsfreistellung des Vertrags nicht möglich. Sie können in diesem Fall den Vertrag nur ggf. teilweise beitragsfrei stellen oder kündigen. Im Falle der Kündigung erstatten wir Ihnen die nicht verbrauchten Beitragsteile, wie in Absatz 3 beschrie-

ben.

Haben Sie eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt, so ist der Antrag nur wirksam, wenn die Rente den Mindestbetrag von 600 EUR jährlich erreicht und der Mindestbeitrag²⁾ nicht unterschritten wird.

Kündigung bei Beeinträchtigung körperlicher oder geistiger Fähigkeiten gemäß § 2

(7) War die versicherte Person in ihren körperlichen oder geistigen Fähigkeiten gemäß § 2 bereits zum Zeitpunkt der Kündigung beeinträchtigt, bleiben Ansprüche auf die Rentenleistung durch die Kündigung unberührt. Bei gegebener Leistungspflicht werden wir die Rentenzahlungen dann maximal bis zum Ablauf der Leistungsdauer erbringen. Mit dem Ende der Rentenzahlung erlischt der Vertrag.

Beitragsrückzahlung

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

Wiederinkraftsetzung

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

- Die Beiträge für das erste Versicherungsjahr sind vollständig gezahlt.
- Das Recht wird innerhalb von sechs Monaten nach Wirksamwerden der Kündigung bzw. innerhalb von 12 Monaten nach Wirksamwerden der Beitragsfreistellung gegenüber uns geltend gemacht.
- Sie zahlen die ausstehenden Beiträge innerhalb eines Monats nach Mitteilung der jeweiligen Höhe nach. Sollten wir Ihnen nicht verbrauchte Beitragsteile erstattet haben, zahlen Sie diese ebenfalls innerhalb dieser Frist zurück.
- Zum Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung liegt keine Beeinträchtigung körperlicher oder geistiger Fähigkeiten gemäß § 2 vor.

Gleiches gilt auch, wenn eine befristete Beitragsfreistellung gemäß Absatz 4 vor Erreichen der vereinbarten Dauer beendet werden soll.

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

Beitragsstundung

(10) Wenn Sie in Zahlungsschwierigkeiten geraten sind, haben Sie unter folgenden Voraussetzungen Anspruch auf eine Stundung der Beiträge bis zu 24 Monaten bei vollem Versicherungsschutz:

- Die Beiträge für die ersten beiden Versicherungsjahre sind vollständig gezahlt.
- Der Vertrag ist zum Zeitpunkt der Geltendmachung des Anspruchs nicht gekündigt.

Die Nachzahlung der gestundeten Beiträge erfolgt in einem Betrag am Ende des Stundungszeitraumes. Wir werden die

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

Für Stundungszeiträume von mehr als sechs Monaten werden wir einen Stundungszins erheben. Die Modalitäten ergeben sich im Einzelnen aus einem Stundungsangebot, das wir Ihnen unterbreiten.

§ 10 Wann können Sie in eine selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung wechseln?

(1) Sie haben die Möglichkeit, bei Vorliegen der in Absatz 2 beschriebenen Voraussetzungen ohne erneute Gesundheitsprüfung von Ihrer Versicherung für die Absicherung von Grundfähigkeiten in eine selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung (Anschlussvertrag) zu wechseln.

(2) Für die Ausübung der Wechseloption müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein

- Bei Abschluss der Versicherung für die Absicherung von Grundfähigkeiten war die versicherte Person zwischen 5 und 14 Jahre (rechnungsmäßiges Alter³⁾) alt.
- Die versicherte Person nimmt erstmalig eine auf mindestens 12 Monate befristete oder unbefristete berufliche Tätigkeit nach
 - erfolgreichem Abschluss einer Berufsausbildung oder
 - erfolgreichem Abschluss eines staatlich anerkannten Studiumsauf und stellt innerhalb von sechs Monaten nach diesem Ereignis einen entsprechenden Neuantrag über ihren Vermittler. Den Eintritt dieses Ereignisses müssen Sie unverzüglich durch geeignete Unterlagen nachweisen, die wir bei Bedarf von Ihnen anfordern werden.
- Die versicherte Person stimmt diesem Wechsel zu.
- Bei Ausübung der Wechseloption hat die versicherte Person das 30. Lebensjahr noch nicht vollendet (rechnungsmäßiges Alter³⁾).
- Es ist während der Laufzeit der Versicherung für die Absicherung von Grundfähigkeiten kein Leistungsfall aus einer Grundfähigkeits-, Pflege-, Erwerbsunfähigkeits- oder Berufsunfähigkeitsversicherung eingetreten. Darüber hinaus darf bis zum Versicherungsbeginn des Anschlussvertrages kein Antrag auf Grundfähigkeits-, Pflege-, Erwerbsunfähigkeits- oder Berufsunfähigkeitsleistungen gestellt worden sein.
- Die Wechseloption ist nicht durch eine individuelle Vereinbarung ausgeschlossen.
- Zum Zeitpunkt des Vertragsbeginns des Anschlussvertrages steht ein Tarif unserer selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung für Neuverträge offen.
- Der von der versicherten Person ausgeübte Beruf ist gemäß unseren Annahmerichtlinien versicherbar.

(3) Für den Abschluss des neuen selbständigen Berufsunfähigkeitsvertrages (Anschlussvertrag) ist ein Neuantrag erforderlich. Der Anschlussvertrag kommt nach den allgemeinen versicherungsrechtlichen Regeln zustande, wobei unsere Annahmerichtlinien Berücksichtigung finden; wir verzichten insoweit lediglich auf eine erneute Gesundheitsprüfung.

Dabei gilt insbesondere:

- Die Versicherung für die Absicherung von Grundfähigkeiten endet mit Beginn des Anschlussvertrages. Die Höhe der nicht verbrauchten Beitragsteile zum Vertragsende wird entsprechend § 9 Absatz 3 berechnet, wobei die Regelungen zu dem dort genannten Abzug ebenfalls Anwendung finden. Der verbleibende Betrag wird nicht ausgezahlt, sondern dem Deckungskapital des Anschlussvertrages gutgeschrieben.
- Die Höhe der Beiträge für den Anschlussvertrag richtet sich nach dem zum Beginn des Anschlussvertrages erreichten rechnermäßigen Alter und dem für den Neuzugang offenen Tarif auf Basis der dann gültigen Rechnungsgrundlagen.
- Alle dem Vertrag für die Absicherung von Grundfähigkeiten zugrunde liegenden besonderen Vereinbarungen, wie Risikozuschläge, Risikoausschlüsse und Klauseln, sowie Besondere Bestimmungen werden auch Teil des Anschlussvertrages.
- Die Höhe der Berufsunfähigkeitsrente entspricht grundsätzlich der vereinbarten Grundfähigkeitsrente zum Zeitpunkt des Wechsels, maximal 1.500 Euro pro Monat. Die Höhe der versicherbaren Rentenleistung im Anschlussvertrag hängt jedoch immer zusätzlich von einer finanziellen Risikoprüfung ab, die den konkreten Beruf und die berufliche Stellung der versicherten Person berücksichtigt.
- Das Alter zum Ende der Versicherungs-, Beitragszahlungs- und Leistungsdauer im Anschlussvertrag darf nicht höher sein als im Vertrag für die Absicherung von Grundfähigkeiten. Lassen die Annahmerichtlinien für die zum Zeitpunkt des Wechsels ausgeübte berufliche Tätigkeit der versicherten Person nur ein niedrigeres Endalter zu, dann ist der Anschlussvertrag nur bis zu dem niedrigeren Endalter möglich.
- Eine im Vertrag für die Absicherung von Grundfähigkeiten eingeschlossene Option auf Nutzung des Lebensphasenkonzepts wird in den Anschlussvertrag übernommen.

§ 11 Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet?

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

(2) Für Ihren Vertrag ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung (Zillmerverfahren) maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit sie nicht für Leistungen im Versicherungsfall und Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung der Deckungsrückstellung aufgrund von § 25 Absatz 2 RechVersV bestimmt sind. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt. Soweit auf Vorschriften in Verordnungen Bezug genommen

wird, erstrecken sich die Bezugnahmen auch auf die diese in der Zukunft ersetzenden Vorschriften.

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

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

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

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

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

- den Versicherungsschein;
- eine Darstellung der Beeinträchtigung körperlicher oder geistiger Fähigkeiten gemäß § 2;
- ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie zum Nachweis über den Umfang der Beeinträchtigung körperlicher oder geistiger Fähigkeiten gemäß § 2;
- im Fall des Verlustes der Eignung ein Auto zu führen (vgl. § 2 Absatz 2) wegen Entzugs oder Nichterteilung der Fahrerlaubnis zusätzlich ein medizinisches Gutachten, das dem Verwaltungsakt zugrunde liegt. Sofern die Fahrerlaubnisbehörde auf die Erstellung eines solchen Gutachtens aus Ermessensgründen verzichtet hat, ist uns eine Bestätigung der zuständigen Behörde vorzulegen, dass die Fahrerlaubnis ausschließlich aus medizinischen Gründen entzogen oder nicht erteilt worden ist;
- im Fall des Verlustes der Eignung ein Auto zu führen (vgl. § 2 Absatz 2) wegen freiwilliger Abgabe der Fahrerlaubnis zusätzlich ein medizinisches Gutachten das bestätigt, dass bei der versicherten Person die Voraussetzungen für den Entzug der Fahrerlaubnis für PKW gemäß FeV vorliegen sowie eine Bestätigung der zuständigen Behörde, dass die Fahrerlaubnis für PKW durch die versicherte Person abgegeben wurde;
- im Fall der Pflegebedürftigkeit (vgl. § 2 Absatz 3) zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege;

- im Fall der gerichtlich angeordneten Betreuung (vgl. § 2 Absatz 4) zusätzlich die gerichtliche Entscheidung über die Anordnung der Betreuung.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Ansprucherhebende zu tragen.

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

Die versicherte Person hat zu ermöglichen, dass der Versicherer von allen Ärzten oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs, Pflegepersonen sowie Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, Sozialversicherungsträgern, gesetzlichen sowie privaten Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden sachdienliche Auskünfte, insbesondere über Gesundheitsdaten, erhalten kann. Dies kann durch eine pauschale, jederzeit widerrufliche Ermächtigung, durch Einzelermächtigungen oder durch Beschaffung der Informationen durch die versicherte Person selbst erfolgen; in den beiden letzten Fällen entstehende Mehrkosten im Vergleich zu einer pauschalen Ermächtigung haben die versicherte Person bzw. der Anspruchsteller zu tragen. Über diese Möglichkeiten informieren wir die versicherte Person im Rahmen der Prüfung eines geltend gemachten Anspruchs.

(4) Lässt die versicherte Person ärztlich angeordnete oder empfohlene, insbesondere operative Maßnahmen zur Heilung oder Minderung der bestehenden Einschränkung, nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung des Leistungsanspruchs aus dieser Versicherung grundsätzlich nicht entgegen.

Hiervon ausgenommen sind Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und sichere Aussicht auf Besserung des Gesundheitszustandes bieten.

Außerdem ist die versicherte Person verpflichtet, geeignete Hilfsmittel zu verwenden. Geeignet ist ein Hilfsmittel, wenn

- die versicherte Person es in der Vergangenheit bereits verwendet hat, derzeit verwendet oder verwenden kann und
- das Hilfsmittel zu einer Besserung der Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten führt.

(5) Unsere Geldleistungen überweisen wir dem Empfangsbe-

rechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.

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

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

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

(3) In Einzelfällen können wir einmalig ein zeitlich befristetes Anerkenntnis von bis zu 12 Monaten aussprechen, wenn ein sachlicher Grund vorliegt. Ein sachlicher Grund kann sich aus uneindeutigen Nachweisen über das Vorliegen, den Beginn und die Dauer der Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten ergeben. Ein sachlicher Grund kann ferner gegeben sein, wenn aus medizinischen Gründen eine Besserung der Beeinträchtigungen innerhalb des Befristungszeitraums objektiv zu erwarten ist (z. B. Reha-Maßnahme, fortschreitender Heilungsprozess), so dass die Anspruchsvoraussetzungen wegfallen.

Eine Nachprüfung ist für die Zeit der Befristung ausgeschlossen. Die in diesem Zeitraum erbrachten Leistungen fordern wir auch dann nicht zurück, wenn sich im Nachhinein herausstellen sollte, dass sich ein bedingungsgemäßer Anspruch nicht nachweisen ließ.

(4) Wir werden Sie bereits vor Ablauf der Befristung darüber informieren, dass wir nach Ablauf der Befristung das Vorliegen einer bedingungsgemäßen Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten prüfen werden, soweit Sie dieses wünschen. Die erforderlichen Unterlagen werden wir dann von Ihnen anfordern. Für diese erneute Prüfung gelten die Grundsätze der Erstprüfung.

§ 14 Was gilt für die Nachprüfung unserer Leistungspflicht?

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Beeinträchtigung körperlicher oder geistiger Fähigkeiten gemäß § 2 nachzuprüfen. Für die Dauer eines zeitlich befristeten Anerkenntnisses nach § 13 erfolgt keine Nachprüfung.

(2) Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich eine Untersuchung der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Kosten der Arzthonorare tragen wir. Die Bestimmungen des § 12 Absätze 1 und 3 gelten entsprechend.

(3) Eine Minderung der Beeinträchtigung körperlicher oder geistiger Fähigkeiten gemäß § 2 müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

(4) Ist die Beeinträchtigung körperlicher oder geistiger Fähigkeiten gemäß § 2 entfallen, können wir unsere Leistungen einstellen. In diesem Fall legen wir Ihnen die Veränderung in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden, falls es sich um einen beitragspflichtigen Vertrag handelt und die Beitragszahlungsdauer noch nicht abgelaufen ist. Stirbt die versicherte Person können wir die Leistungen bereits mit Ablauf des Monats einstellen, in welchem der Tod eingetreten ist.

(5) Liegt die Beeinträchtigung körperlicher oder geistiger Fähigkeiten gemäß § 2 in der Vergangenheit und ist sie bei Anmeldung der Ansprüche wieder weggefallen, so können wir unsere Leistungen schon mit Ablauf des Monats einstellen, in welchem sie weggefallen ist.

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

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 12 oder § 14 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchshebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechendem Verhältnis zu kürzen. Die Ansprüche aus diesem Vertrag bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. **Bei Vereinbarung einer Karenzzeit sind wir jedoch frühestens nach Ablauf der Karenzzeit zur Rentenzahlung verpflichtet.**

§ 16 Wann können Sie Ihren Versicherungsschutz verlängern?

Verlängerung der vereinbarten Versicherungsdauer bei Erhöhung der Regelaltersgrenze in der Deutschen Rentenversicherung

Wenn die Regelaltersgrenze in der Deutschen Rentenversicherung erhöht wird, können Sie beantragen, dass die Versicherungsdauer Ihrer Versicherung um die Zeitspanne verlängert wird, um die die Regelaltersgrenze erhöht wurde. Mit der Verlängerung der Versicherungsdauer verlängert sich auch die vereinbarte Leistungsdauer entsprechend.

Die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Verlängerungsoption sind:

- Sie beantragen die Verlängerung der Versicherungsdauer Ihrer Versicherung innerhalb von 12 Monaten nach Inkrafttreten der gesetzlichen Änderung zur Erhöhung der Regelaltersgrenze in der Deutschen Rentenversicherung.

- Die versicherte Person darf bei der Beantragung der Verlängerung der Versicherungsdauer höchstens 50 Jahre alt sein.
- Bei Ihrer Versicherung ist die Versicherungsdauer mindestens bis zum Endalter von 63 Jahren vereinbart.
- Ihre Versicherung ist nicht beitragsfrei gestellt.
- Die versicherte Person hat während der Laufzeit des Vertrags keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder teilweiser oder vollständiger Erwerbsminderung oder einer Grundfähigkeitsabsicherung erhalten und solche auch nicht beantragt.
- Die versicherte Person war während der Laufzeit des Vertrags, höchstens in den zurückliegenden zehn Jahren vor Beantragung der Verlängerung der Versicherungsdauer nicht länger als sechs Monate ununterbrochen arbeitsunfähig erkrankt.

Ab dem Zeitpunkt der Verlängerung legen wir den Beitrag bezogen auf die neue Versicherungsdauer nach den dann für die Vertragsverlängerung gültigen versicherungsmathematischen Grundsätzen neu fest.

§ 17 Können die Beiträge angepasst werden?

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

Im Hinblick auf Steuern und öffentliche Abgaben gilt § 22 Absatz 4 und 5.

§ 18 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

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

(2) In den Fällen des § 20 Absatz 4 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die Anzeige des bisherigen Berechtigten in Textform vorliegt.

§ 19 Wer erhält die Versicherungsleistung?

Widerrufliches Bezugsrecht

(1) Die Leistung aus dem Vertrag erbringen wir grundsätzlich an Sie als unsere(n) Versicherungsnehmer(in) oder an Ihre Erben. Sie können uns aber auch eine andere Person benennen, die bei Eintritt des Versicherungsfalles die Ansprüche aus dem Vertrag erwerben soll (Bezugsberechtigter). Bis zum Eintritt des Versicherungsfalles können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen.

Unwiderrufliches Bezugsrecht

(2) Wenn Sie ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte die Ansprüche aus dem Vertrag unwiderruflich und damit sofort erwerben soll, werden wir Ihnen schriftlich bestätigen, dass der Widerruf des Bezugsrechts ausgeschlossen ist. Bis Sie unsere Bestätigung erhalten haben, ist das

Bezugsrecht widerruflich. Sobald Ihnen unsere Bestätigung zugegangen ist, kann das unwiderrufliche Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.

Mögliche Bezugsberechtigte

(3) Es gilt eine Einschränkung der Regelungen in Absatz 1 und 2. Es können die dort genannten Bezugsrechte nur zu Gunsten der versicherten Person oder zu Gunsten eines der folgenden Angehörigen der versicherten Person vereinbart werden:

- Ehegatten / eingetragene Lebenspartner,
- Verwandte in gerader Linie z.B. Eltern, (Adoptiv-)Kinder, (Ur-)Enkel, (Ur-)Großeltern,
- Geschwister und deren Ehegatten / eingetragene Lebenspartner,
- Geschwister der Ehegatten / eingetragenen Lebenspartner,
- Kinder der Geschwister,
- Pflegeeltern / -kinder,
- Verschwägerte in gerader Linie z.B. Schwieger- / Stiefeltern, Schwieger- / Stiefkinder,
- Pflegekinder des Ehegatten / eingetragenen Lebenspartners,
- Geschwister der Eltern.

Abtretung/Verpfändung

(4) Soweit derartige Verfügungen rechtlich möglich sind, können Sie Ihre Rechte aus dem Vertrag auch abtreten oder verpfänden.

Anzeigepflicht

(5) Die Einräumung und der Widerruf eines widerruflichen Bezugsrechts (vgl. Absatz 1 und Absatz 2 Satz 2) sowie eine Abtretung oder Verpfändung von Ansprüchen aus dem Vertrag sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie; es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits vorher Verfügungen vorgenommen haben.

Rechtsnachfolge

(6) Sind Versicherungsnehmer und versicherte Person nicht identisch, gilt bei Tod des Versicherungsnehmers während der Laufzeit des Vertrages grundsätzlich die gesetzliche Erbfolge. Wurde eine erbrechtliche Verfügung getroffen, gilt diese anstelle der gesetzlichen Erbfolge. Abweichungen von den erbrechtlichen Gegebenheiten können sich ergeben, wenn Sie zu Lebzeiten etwas anderes verfügt haben. Solch eine Verfügung erkennen wir nur und erst dann als wirksam an, wenn sie uns in Textform angezeigt wird.

Gefahrtragung

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

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

(1) Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen,

müssen stets in Textform erfolgen Für uns bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie uns zugegangen sind.

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

(3) Bei Änderung Ihres Namens gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend.

§ 21 Welche Besonderheiten gelten bei einem Umzug in das Ausland?

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

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

(3) Dieser Vertrag ist auf die gesetzlichen und steuerlichen Anforderungen von Versicherungsnehmern mit Wohnsitz in Deutschland zugeschnitten. Sollten Sie während der Vertragslaufzeit in ein anderes Land umziehen, könnte der Vertrag unter Umständen nicht mehr für Ihre persönlichen Bedürfnisse und Verhältnisse geeignet sein. Ihr Einverständnis vorausgesetzt werden wir in diesem Fall Ihre Kontaktdaten an ein anderes Unternehmen der Gruppe Zurich Insurance Group weiterleiten, um zu prüfen, ob ein anderes Unternehmen der Gruppe Zurich Insurance Group einen Vertrag anbieten kann, der auf Ihre neue Situation und Ihren neuen Wohnsitz zugeschnitten ist.

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

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

- Ausstellung eines neuen Versicherungsscheins
- schriftlicher Fristsetzung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen
- Rückläufeln im SEPA-Lastschriftverfahren
- Bearbeitung von Abtretungen und Verpfändungen.

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

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

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

(3) 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.

(4) Die vereinbarten Leistungen sind kalkuliert auf der Grundlage der bei Abschluss des Vertrages für diesen geltenden Gebühren, Steuern oder sonstigen öffentlichen Abgaben (nachfolgend vereinfacht: Abgaben). Sollten nach Abschluss dieses Vertrages neue Abgaben eingeführt werden, die den Vertrag betreffen und/oder sich auf ihn auswirken, gilt Folgendes:

Beziehen sich die Abgaben auf den Beitrag, sind wir berechtigt, diese zusätzlich in Rechnung zu stellen. Beziehen sich die Abgaben auf die Leistung, sind wir berechtigt, diese mit den Abgaben zu belasten. Diese Rechte bestehen nicht, wenn die gesetzlichen Grundlagen, mit denen die jeweilige Abgabe eingeführt wird, bindende Vorgaben dafür enthalten, wie mit der jeweiligen Abgabe in Bezug auf den Vertrag zu verfahren ist.

(5) Absatz 4 Sätze 3 bis 5 gelten entsprechend, wenn sich durch die Änderung der tatsächlichen Verhältnisse während der Laufzeit des Vertrages bei Ihnen oder der versicherten Person (beispielsweise durch einen Umzug) Abgaben ergeben, die bei Abschluss des Vertrages nicht bestanden haben.

§ 23 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 24 Wo ist der Gerichtsstand?

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

(2) Sind Sie eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem

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

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

§ 25 Wann verjähren die Ansprüche aus der Versicherung?

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

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

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

§ 27 Wie können Sie sich beschweren?

(1) Bei Beanstandungen, die in Zusammenhang mit Ihrer Versicherung stehen, können Sie sich direkt an uns wenden.

(2) Darüber hinaus haben wir uns als Mitglied des Versicherungsombudsmann e. V. dazu verpflichtet, an einem Verfahren zur Streitbeilegung vor einer Verbraucherschlichtungsstelle teilzunehmen. Den Ombudsmann für Versicherungen erreichen Sie derzeit wie folgt:

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

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle.

(3) Wenn Sie diesen Vertrag als Verbraucher online (z. B. über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben, können Sie für Ihre Beschwerde derzeit auch online die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> nutzen. Die Plattform wird von der Europäischen Kommission bereitgestellt.

(4) Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, an

die Sie sich bei Beschwerden wenden können. Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

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

-
- 1) Die Versicherungsdauer ist der Zeitraum, innerhalb dessen der jeweilige Versicherungsschutz besteht.
 - 2) Je nach Beitragszahlungsweise werden derzeit folgende Mindestbeiträge als angemessen angesehen:

bei monatlicher Zahlung:	10 EUR
bei vierteljährlicher Zahlung:	15 EUR
bei halbjährlicher Zahlung:	30 EUR
bei jährlicher Zahlung:	60 EUR
 - 3) Das rechnungsmäßige Alter der versicherten Person ist die Differenz zwischen dem jeweiligen Kalenderjahr und dem Geburtsjahr.

Besondere Bedingungen für die Anpassungsversicherung

in der Absicherung von Grundfähigkeiten
– Private Vorsorge (Schicht 3)

mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung

Inhaltsverzeichnis

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

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

Erhöhungen vor Leistungsbeginn

(1) Der Beitrag für diese Versicherung erhöht sich jeweils um den vereinbarten Prozentsatz des Vorjahresbeitrags.

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

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

Erhöhungen im Rentenbezug

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

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

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

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?

(1) Die Erhöhung des Beitrags erfolgt jeweils zur Hauptfälligkeit (Jahrestag des Versicherungsbeginns).

(2) Bei Vereinbarung einer planmäßigen Erhöhung der garantierten Renten im Rentenbezug erfolgt eine dynamische Erhöhung um den vereinbarten Prozentsatz jeweils jährlich zur

Hauptfälligkeit, die auf den Monat folgt, in dem der Leistungsfall eingetreten ist.

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

§ 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?

Erhöhungen vor Leistungsbeginn

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

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

Erhöhungen im Rentenbezug

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

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

(1) Alle im Rahmen des Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), sowie die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich auch auf die Erhöhung der Leistungen. Die Regelungen der AVB zu den Abschlusskosten finden bei der planmäßigen Erhöhung entsprechende Anwendung.

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

§ 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

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

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

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

Allgemeine Steuerhinweise

für die Absicherung von Grundfähigkeiten – Private Vorsorge (Schicht 3)

gültig für die Bundesrepublik Deutschland (Stand 07/2023)
Eventuelle Gesetzesänderungen sind in den nachfolgenden Ausführungen nicht berücksichtigt.

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

A. Einkommensteuer

Versicherungen für die Absicherung von Grundfähigkeiten

Rentenleistungen aus Versicherungen für die Absicherung von Grundfähigkeiten sind als zeitlich begrenzte Leibrenten mit dem Ertragsanteil aus § 55 EStDV zu versteuern.

Die Beiträge für die Grundfähigkeitsabsicherung können nicht als Sonderausgaben abgezogen werden.

Rentenbezugsmitteilung

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

B. Erbschaftsteuer

Für Leistungen aus Versicherungen für die Absicherung von Grundfähigkeiten fällt keine Erbschaftsteuer an.

C. Versicherungsteuer

Die Beiträge (Versicherungsentgelte) zu dieser Versicherung sind nach § 4 Absatz 1 Nr. 5 Buchstabe b Versicherungsteuergesetz (VersStG) von der Versicherungsteuer befreit, sofern die Ansprüche aus der Versicherung der Versorgung

- der natürlichen Person, bei der sich das versicherte Risiko realisiert („Risikoperson“ bzw. „versicherte Person“) oder
- von deren nahen Angehörigen im Sinne des § 7 Pflegezeitgesetz oder Angehörigen im Sinne des § 15 Abgabenordnung

dienen.

Erlischt gemäß § 4 Absatz 2 VersStG die Steuerbefreiung, so ist nach § 9 Absatz 5 VersStG die Steuer nachzuentrichten, soweit Versicherungsentgelt für einen Zeitraum nach Entfallen der Steuerbefreiung gezahlt worden ist.

Ist Steuer nach § 9 Absatz 5 VersStG nachzuentrichten, so ist der Versicherer zum Zweck der Steuerentrichtung berechtigt, die Steuer beim Versicherungsnehmer nachträglich einzufordern oder im Leistungsfall die Versicherungsleistung entsprechend zu kürzen.

Besondere Bedingungen für das Lebensphasenkonzept in der Absicherung von Grundfähigkeiten

Erhöhung der Versicherungsleistung ohne erneute Gesundheitsprüfung

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Welche Möglichkeiten eröffnet Ihnen das Lebensphasenkonzept?
- § 2 Wann können Sie ihren Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen?
- § 3 Unter welchen Voraussetzungen ist eine Anpassung des Versicherungsschutzes ohne erneute Gesundheitsprüfung möglich?
- § 4 In welchem Umfang können Sie Erhöhungen ohne eine erneute Gesundheitsprüfung vornehmen?
- § 5 Welche Höhe kann die gesamte Versicherungsleistung annehmen?
- § 6 Wie können Sie eine Erhöhung ohne erneute Gesundheitsprüfung veranlassen? Was müssen Sie beachten? Welche Fristen gelten?
- § 7 Welche Besonderheiten sind zu beachten?
- § 8 Welche zusätzlichen Besonderheiten sind zu beachten, wenn die Erhöhung des Versicherungsschutzes im Basisvertrag erfolgt?

§ 1 Welche Möglichkeiten eröffnet Ihnen das Lebensphasenkonzept?

Mit dem Lebensphasenkonzept können Sie den Versicherungsschutz für die versicherte Person aus der Grundfähigkeitsabsicherung (Basisvertrag) ohne erneute Gesundheitsprüfung in Form von zusätzlichen selbständigen Ergänzungsverträgen erhöhen, sofern die in diesen Besonderen Bedingungen beschriebenen Voraussetzungen vorliegen.

Anstelle eines zusätzlichen selbständigen Ergänzungsvertrages kann auch eine Erhöhung des Versicherungsschutzes innerhalb des Basisvertrages erfolgen. Hierbei sind die in § 8 beschriebenen Besonderheiten zu beachten.

§ 2 Wann können Sie ihren Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen?

(1) Innerhalb der in den §§ 3 bis 8 genannten Rahmenbedingungen können Sie den Versicherungsschutz erhöhen, wenn folgende besondere Ereignisse bei der versicherten Person eintreten:

- Erreichen der Volljährigkeit.
- Aufnahme einer nicht-selbstständigen beruflichen Tätigkeit nach Abschluss einer Berufsausbildung.
- Aufnahme einer nicht-selbstständigen beruflichen Tätigkeit nach Abschluss einer akademischen Ausbildung.

- Erfolgreiches Ablegen einer Meisterprüfung.
- Übergang aus einem mindestens ein Jahr ununterbrochen andauernden Teilzeitarbeitsverhältnis in eine Vollzeitstelle
- Übergang aus einem befristeten Arbeitsverhältnis in ein unbefristetes Arbeitsverhältnis.
- Erhalt der Prokura.
- Aufnahme einer selbstständigen hauptberuflichen Tätigkeit.
- Wegfall der Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Rentenversicherung.
- Wegfall oder Reduzierung einer Versorgung aus einem berufsständischem Versorgungswerk.
- Heirat bzw. Registrierung nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG), wobei die Heirat eines früheren Ehepartners bzw. Registrierung mit einem früheren Lebenspartner kein Nachversicherungsrecht auslöst.
- Scheidung bzw. Aufhebung einer Lebenspartnerschaft.
- Geburt eines eigenen Kindes.
- Adoption eines Kindes.
- Tod des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners.
- Erwerb von eigengenutztem Wohneigentum.
- Abschluss eines Darlehensvertrages in Verbindung mit dem Erwerb von eigengenutztem Wohneigentum sowie von fremd- oder gewerblich genutzten Immobilien.
- Gehaltssteigerung von mindestens 10 % des letzten Bruttojahreseinkommens aus nichtselbstständiger (Festgehalt ohne Tantiemen) und/oder selbstständiger Tätigkeit (Gewinn vor Steuern aus Praxis oder Gewerbe nach Abzug aller Betriebsausgaben und betrieblichen Steuern).
- Gehalt übersteigt erstmalig die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung.
- Wegfall oder Reduzierung einer betrieblichen Altersversorgung.
- Aufnahme eines Darlehens von mindestens 50.000 EUR zur Neugründung bzw. Übernahme einer bestehenden Praxis bzw. Kanzlei oder Einstieg als Partner in eine bestehende Praxis bzw. Kanzlei.

(2) Zusätzlich besteht unabhängig vom Eintritt eines der genannten Ereignisse einmalig bis zum Ablauf des 5. Versicherungsjahres ab Versicherungsbeginn die Möglichkeit, den Versicherungsschutz aus dem Basisvertrag innerhalb der in diesen Bedingungen festgelegten Grenzen ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen. Soll dabei der Versicherungsschutz erhöht werden, so gilt eine Wartefrist von sechs Monaten. Das heißt, dass für Versicherungsfälle, die in diesem Zeitraum eintreten, kein Anspruch auf Leistungen aus dem erhöhten Versicherungsschutz entsteht.

§ 3 Unter welchen Voraussetzungen ist eine Anpassung des Versicherungsschutzes ohne erneute Gesundheitsprüfung möglich?

(1) Im Rahmen des Lebensphasenkonzepts haben Sie die Möglichkeit, den Versicherungsschutz der versicherten Person ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen.

(2) Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein, um den Versicherungsschutz im Rahmen des Lebensphasenkonzepts erhöhen zu können:

- Die versicherte Person stimmt der Ausübung des Lebensphasenkonzepts zu.
- Die versicherte Person hat bei Wirksamwerden der Erhöhung das 15. Lebensjahr erreicht und das 50. Lebensjahr nicht vollendet.
- Die versicherte Person hat während der Laufzeit des Basisvertrags keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder teilweiser oder vollständiger Erwerbsminderung/ Erwerbsunfähigkeit erhalten und solche auch nicht beantragt. Dies unabhängig davon, ob die Leistungen durch uns oder andere Versicherer/Leistungsträger geschuldet oder dort beantragt waren.
- Die versicherte Person war während der Laufzeit des Basisvertrags, höchstens in den zurückliegenden zehn Jahren vor Beantragung der Erhöhung des Versicherungsschutzes im Rahmen des Lebensphasenkonzeptes nicht länger als sechs Monate ununterbrochen arbeitsunfähig erkrankt.
- Die versicherte Person hat während der Laufzeit des Basisvertrags keine Beeinträchtigungen von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten, die einen Anspruch auf Leistungen aus dem Basisvertrag begründen.

(3) In folgenden Fällen ist die Erhöhung ohne erneute Gesundheitsprüfung ausgeschlossen:

- Das Lebensphasenkonzept ist durch eine individuelle Vereinbarung ausgeschlossen.
- Es handelt sich bei dem Basisvertrag um einen Vertrag, der mit einer Obliegenheitserklärung der versicherten Person abgeschlossen worden ist.
- Es handelt sich bei dem Basisvertrag um einen Vertrag, der im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung abgeschlossen worden ist.
- Der Basisvertrag wurde beitragsfrei gestellt oder gekündigt.

(3) Darüber hinaus ist uns die Ablehnung eines Antrags auf Erhöhung der Versicherungsleistung unter Berücksichtigung Ihres Einkommens und der Gesamtrentenleistungen aus allen bei unserem Unternehmen bestehenden oder beantragten Versicherungen vorbehalten. In diesem Zusammenhang können wir von Ihnen die Vorlage von Dokumenten verlangen, die die Angemessenheit der Rentenhöhe im Verhältnis zum Einkommen belegen.

§ 4 In welchem Umfang können Sie Erhöhungen ohne eine erneute Gesundheitsprüfung vornehmen?

(1) Das späteste mögliche Ablaufdatum des Ergänzungsvertrages entspricht dem Ablaufdatum des Basisvertrages.

(2) Bei jedem besonderen Ereignis gemäß § 2 Absatz 1 sowie zu den in § 2 Absatz 2 genannten Zeitpunkten dürfen Sie die Versicherungsleistung um maximal 100 % der im Zeitpunkt der Erhöhung garantierten Versicherungsleistung erhöhen. Dabei darf die jährliche Rente aus dem Ergänzungsvertrag jedoch maximal 9.000 EUR betragen.

Bei mehreren Erhöhungen im Rahmen des Lebensphasenkonzeptes darf die Summe aller Erhöhungen die ursprünglich vereinbarte Versicherungsleistung nicht übersteigen.

(3) Die Erhöhung der monatlichen Rente muss – unter Berücksichtigung der beschriebenen Obergrenzen – mindestens 125 EUR betragen.

§ 5 Welche Höhe kann die gesamte Versicherungsleistung annehmen?

Die insgesamt aus allen Verträgen für die versicherte Person bei unserem Unternehmen vereinbarte, garantierte Versicherungsleistung aus Grundfähigkeits-, Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsabsicherung darf mit der Erhöhung 2.500 EUR pro Monat nicht überschreiten.

§ 6 Wie können Sie eine Erhöhung ohne erneute Gesundheitsprüfung veranlassen? Was müssen Sie beachten? Welche Fristen gelten?

Möchten Sie eine Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne Gesundheitsprüfung beantragen, weil sich die Lebensumstände der versicherten Person durch eines der in § 2 Abs. 1 beschriebenen Ereignisse geändert haben, so muss uns der Antrag innerhalb der ersten 12 Monate nach Eintritt des Ereignisses in Textform zugehen. Die Änderung der Lebensumstände ist uns nachzuweisen.

Möchten Sie eine Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne Gesundheitsprüfung innerhalb der ersten fünf Versicherungsjahre (§ 2 Abs. 2) beantragen, so können Sie den Antrag frühestens drei Monate vor der gewünschten Erhöhung des Versicherungsschutzes einreichen. Der Antrag muss uns in jedem Fall vor der gewünschten Erhöhung des Versicherungsschutzes, jedoch spätestens bis zum Ablauf des 5. Versicherungsjahres zugehen.

Außerhalb der genannten Fristen können wir einen Antrag auf Erhöhung des Versicherungsschutzes gem. § 2 Abs. 1 oder Abs. 2 nur unter dem Vorbehalt einer erneuten Gesundheitsprüfung berücksichtigen.

§ 7 Welche Besonderheiten sind zu beachten?

(1) Nachdem Sie eine Erhöhung des Versicherungsschutzes vorgenommen haben, senden wir Ihnen den Versicherungsschein für den Ergänzungsvertrag bzw. den geänderten Versicherungsschein oder Nachtrag des Basisvertrages zu.

(2) Die erstmalige Erhöhung des Versicherungsschutzes kann frühestens zu Beginn des 2. Versicherungsjahres erfolgen.

(3) Basis- und Ergänzungsvertrag bilden im Rahmen des Lebensphasenkonzeptes eine Einheit bzgl. der Risikoprüfung. Dies bedeutet, dass wir die uns zustehenden Rechte nach Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht bei Abschluss des Basisvertrages (Rücktritt, Vertragsanpassung, Anfechtung oder Kündigung (vgl. § 6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Absicherung von Grundfähigkeiten – Private Vorsorge (Schicht 3)) auch mit Wirkung für den/die nachfolgenden Ergänzungsverträge oder Erhöhungen des Basisvertrages aus dem Lebensphasenkonzept wahrnehmen können.

(4) Für jeden abgeschlossenen Ergänzungsvertrag gelten die jeweils aktuell zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Besonderen Bedingungen.

Für den Basisvertrag vereinbarte Risikozuschläge, Risikoausschlüsse und Klauseln sowie Besondere Bestimmungen werden auch Teil der Ergänzungsverträge bzw. Erhöhungen innerhalb des Basisvertrages im Rahmen des Lebensphasenkonzepts.

(5) Die Prämie für den Ergänzungsvertrag wird aus dem zum Zeitpunkt seines Abschlusses für den Neuzugang offenen Tarif unter Berücksichtigung der für den Basisvertrag vereinbarten Zuschläge, Ausschlüsse und Klauseln ermittelt. Die Prämie für die Erhöhung des Versicherungsschutzes innerhalb des Basisvertrages errechnet sich aus dem zum Zeitpunkt der Vertragsänderung erreichten rechnermäßigen Alter der versicherten Person, der Restlaufzeit sowie den ursprünglich vereinbarten Annahmebedingungen.

(6) Eine planmäßige Erhöhung der Versicherungsleistungen (Beitragsdynamik und/oder Rentendynamik) ist für den Erhöhungsteil dann möglich, wenn die jeweilige Dynamikoption bereits in Ihren Basisvertrag eingeschlossen ist. Der Einschluss einer Dynamik hängt immer zusätzlich von einer finanziellen Risikoprüfung durch uns ab.

§ 8 Welche zusätzlichen Besonderheiten sind zu beachten, wenn die Erhöhung des Versicherungsschutzes im Basisvertrag erfolgt?

(1) Erhöhungen des Versicherungsschutzes innerhalb des Basisvertrages werden mit Versicherungsbeginn des auf den Eingang der Meldung folgenden Beitragszahlungsabschnitts abgeschlossen.

(2) Eine Erhöhung des Versicherungsschutzes innerhalb des bestehenden Vertrages können wir ablehnen, wenn eine solche Vertragsänderung nicht mehr zulässig ist oder mit einer Umstellung auf eine neue Sterbetafel oder einen neuen Rechnungszins verbunden ist. In diesem Fall haben Sie das Recht, einen Ergänzungsvertrag abzuschließen.

Information zur Verwendung Ihrer Daten

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

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG
Deutzer Allee 1
50679 Köln
Telefon: 0221 7715-0
Fax: 0221 7715-7777
E-Mail: service@zurich.de

Unseren **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie unter folgender Adresse

Zurich Gruppe Deutschland
Konzerndatenschutz
50427 Köln
E-Mail: datenschutz@zurich.com

Herkunft und Kategorien personenbezogener Daten

Grundsätzlich erheben wir personenbezogene Daten direkt beim Betroffenen.

In bestimmten Fällen kann es jedoch sein, dass wir personenbezogene Daten von Dritten erhalten.

Beispiele:

- Bei Postrückläufern führen spezialisierte Dienstleister eine Adressrecherche durch, um aktuelle Anschriftdaten zu ermitteln.
- Daten zu Mitversicherten bzw. versicherten Personen erhalten wir über unseren Versicherungsnehmer, falls wir die Daten nicht direkt bei diesen Personen erheben können. Wir erheben z. B. den Namen, die Adresse und das Geburtsdatum. Die erforderlichen Daten für den Leistungsfall erheben wir direkt beim Betroffenen.
- Daten zu Bezugsberechtigten oder Begünstigten erhalten wir von unserem Versicherungsnehmer, z. B. den Namen, die Adresse und das Geburtsdatum, um den Betroffenen im Leistungsfall kontaktieren zu können.
- Daten zu Sicherungsgebern, Kreditgebern, Leasinggebern, Bürgschafts- bzw. Garantiegläubigern und Forderungsinhabern erhalten wir unter Umständen von unserem Versicherungsnehmer. Umgekehrt kann es sein, dass wir von jenen Daten zum Versicherungsnehmer erhalten, insbesondere Kontaktdaten und Angaben zum betroffenen Risiko.
- Außerdem erhalten wir Daten zu Ihrer Person über Ihren zuständigen Vermittler, z. B. im Rahmen der Antragsaufnahme.

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des

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

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

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

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

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

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

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

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall

die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

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

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei spezialisierten Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann.

Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang.

Mitversicherer (Konsortialpartner):

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

Vermittler:

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

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Zurich Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag bei einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In der Übersicht der Dienstleister der Zurich Gruppe Deutschland in Ihren Verbraucherinformatio-

nen sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.zurich.de/datenschutz finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister:

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

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

Weitere Empfänger:

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

Dauer der Datenspeicherung

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

Betroffenenrechte

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

Widerspruchsrecht

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

Beschwerderecht

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

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

Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft

Bei Abschluss einer Lebensversicherung fragen Zurich und andere Versicherungen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn hierfür ein berechtigtes Interesse besteht. Sofern hierfür Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben werden, geschieht dies nur auf Grundlage einer zuvor eingeholten Schweigepflichtentbindung. Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten.

Detaillierte Informationen zur informa HIS GmbH gemäß Art. 14 DSGVO, d. h. Informationen zum Geschäftszweck, zu Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zum Selbstauskunftsrecht, zum Anspruch auf Löschung oder Berichtigung etc. finden Sie unter folgendem Link:

www.informa-his.de

Bonitätsauskünfte

Sofern wir im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung in der Lebensversicherung eine Bonitätsauskunft einholen, geschieht dies nur mit Ihrer vorherigen Einwilligung.

Detaillierte Informationen über die infoscore Consumer Data GmbH gemäß Art. 14 DSGVO, d. h. Informationen zum Geschäftszweck, zu Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zum Selbstauskunftsrecht, zum Anspruch auf Löschung und Berichtigung etc. finden Sie auf folgender Internetseite:

<https://finance.arvato.com/icdinfoblatt>

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Detaillierte Information dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren

Dienstleistern in Drittländern finden Sie in der Übersicht der Dienstleister der Zurich Gruppe Deutschland in Ihren Verbrauchersicherungen sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter:

www.zurich.de/datenschutz

Aktualisierung der Datenschutzhinweise

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

www.zurich.de/datenschutz

Übersicht der Dienstleister der Zurich Gruppe Deutschland

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

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

An der zentralisierten Datenverarbeitung der Stammdaten teilnehmende Konzerngesellschaften

Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung Aktiengesellschaft	Zurich Insurance Europe AG Niederlassung für Deutschland
Zurich Life Legacy Versicherung AG (Deutschland)	DA Deutsche Allgemeine Versicherung Aktiengesellschaft
Deutscher Pensionsfonds Aktiengesellschaft	

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

Dienstleister	Gegenstand der Beauftragung
TDG Tele Dienste GmbH ¹⁾	Kundenservice (z. B. Telefonie)
Zürich Beteiligungs-Aktiengesellschaft (Deutschland) ¹⁾	Zentrale Dienstleistungen (z. B. Recht & Steuern, Revision, Compliance, Risikoprüfung, Vertragsverwaltung, Versicherungsvertrieb und Leistungsfallbearbeitung sowie IT-Dienstleistungen, Sanktions-Screening, Geldwäscheprävention)
Zurich Kunden Center GmbH ¹⁾	Kundenservice (z. B. Telefonie)

Dienstleister, die für Zurich Insurance Europe AG Niederlassung für Deutschland (1.–5., 7), die Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung AG und die Zurich Life Legacy Versicherung AG (Deutschland) (2. – 5.) sowie die DA Deutsche Allgemeine Versicherung AG (4. – 6.) tätig werden und bei denen die Datenverarbeitung Hauptgegenstand der Tätigkeit ist

Dienstleister	Gegenstand der Beauftragung
1. DKV Deutsche Krankenversicherung AG ¹⁾	Leistungsfallbearbeitung in der Auslandsreise-Krankenversicherung
2. Rheinland Versicherungs AG ¹⁾	Leistungsfallbearbeitung in der Restkreditversicherung mit eingeschlossener Zusatzversicherung (Arbeitsunfähigkeit/Arbeitslosigkeit)
3. AXA Partners SAS ¹⁾	Leistungsfallbearbeitung in der Restkreditversicherung für Baufinanzierungen (BaufiSchutz) bei der Arbeitslosigkeits- und Arbeitsunfähigkeitsversicherung
4. GDV Dienstleistungs-GmbH & Co KG	Diverse Service-Dienstleistungen (u. a. Not- und Zentralruf der dt. Autoversicherer, Verfahren zur elektr. Versicherungsbestätigung)
5. informa HIS GmbH	Hinweis- und Informationssystem (HIS)
6. Dentolo Deutschland GmbH	Zentrale Dienstleistungen in der Krankenzusatz-, Tierhalterhaftpflicht- und Tierkrankenversicherung: Vertragsverwaltung, Versicherungsvertrieb, Leistungsfallbearbeitung sowie IT-Dienstleistungen
7. Booking.com Transport Limited ^{1) 2)}	Vertrags- und Schadenbearbeitung im Rahmen von über booking.com geschlossener Versicherungsverträge (z.B. Car Hire Excess Insurance)

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

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

Übersetzer und Dolmetscher	Übersetzungen und ähnliche Unterstützungsleistungen
Wirtschaftsprüfer	Prüfdienstleistungen
Zahlungsdienstleister	Abwicklung von Zahlungen über Zahlungsdienstleister (z.B. Kreditkartenanbieter)

Hinweis: Eine Weitergabe findet *nicht an alle* Dienstleister statt, sondern ggf. an einzelne Dienstleister und nur soweit es erforderlich und durch eine Rechtsgrundlage abgedeckt ist. Informationen zu Ihren Rechten bzgl. Ihrer Daten (wie z. B. einem evtl. Widerspruchsrecht) finden Sie mit weiteren Informationen zum Datenschutz in dem Dokument „Information zur Verwendung Ihrer Daten“ Ihrer Vertragsgesellschaft jeweils aktuell auf der Seite www.zurich.de/datenschutz.
Stand: 03/2024