



ARAG Lebensversicherung Bedingungen für die Zusatzversicherung

Stand 2.2014

Inhalt

Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung Reine Beitragsbefreiung (B158)	3
Bedingungen für die Berufs- und Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit Absicherung Ihrer Schulunfähigkeit (B159).....	15
Bedingungen für die Unfalltod-Zusatzversicherung (B142).....	31
Bedingungen für die Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung (B 143).....	37
Bedingungen für die Risiko-Zusatzversicherung (B144)	42

Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung

Reine Beitragsbefreiung (B158)

Sehr geehrter Kunde,

mit den nachfolgenden Bedingungen wollen wir Sie über die Regelungen informieren, die für das Vertragsverhältnis zwischen Ihnen als Versicherungsnehmer und uns gelten.

Diese Zusatzversicherung hat die Besonderheit, dass keine Gesundheitsfragen beantwortet werden müssen. Dies setzt aber voraus, dass eine Beitragsbefreiung nur bis zur Höhe eines Jahresregelbeitrags beziehungsweise eines Jahresbeitrags von maximal 2.400 Euro abgeschlossen werden kann. Diese Grenze ist auch zu beachten, wenn schon mehrere Versicherungen bestehen oder abgeschlossen werden sollen.

Weiterhin ist als Ausgleich für den Verzicht auf eine Gesundheitsprüfung eine Wartezeit von drei Jahren ab Versicherungsbeginn für den Bezug von Versicherungsleistungen einzuhalten.

Versicherungsnehmer ist derjenige, der die Versicherung beantragt hat und als solcher im Vertragsdokument genannt ist. Dieser ist damit unser direkter Vertragspartner. Die in den Bedingungen und anhängenden Textteilen festgelegten Rechte und Pflichten betreffen ihn unmittelbar.

Sind Sie versicherte Person, aber nicht gleichzeitig Versicherungsnehmer (zum Beispiel weil Ihre Eltern auf Ihre Berufsunfähigkeit die Versicherung abgeschlossen haben), dann können Ihnen ebenfalls Rechte zustehen beziehungsweise Pflichten treffen.

Unter dem Begriff des Berufes verstehen wir eine auf Dauer angelegte, in der Regel eine Ausbildung oder langjährige Erfahrung voraussetzende Betätigung, die der Erzielung eines Einkommens dient.

Der Versicherungsjahrestag bezieht sich immer auf den Ablaufmonat der Versicherung.

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Was ist versichert?
- § 2 Was ist Berufsunfähigkeit und Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?
- § 3 Was gilt für die Erhöhung der Versicherungsleistungen im Leistungsbezug?
- § 4 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
 - 1. Wann liegt vorvertragliche Anzeigepflicht vor?
 - 2. Wer ist für die Beantwortung der Fragen zuständig?
 - 3. Was bedeutet der Rücktritt?
 - 4. Welche Folgen hat die Erklärung des Rücktritts?
 - 5. Wann können wir Ihren Vertrag kündigen?
 - 6. Welche Folgen hat unsere Kündigungserklärung?
 - 7. Wann dürfen wir Ihren Vertrag rückwirkend anpassen?
 - 8. Ausübung unserer Rechte
 - 9. Welche Fristen sind zu beachten?
 - 10. Wann können wir das Vertragsverhältnis anfechten?
 - 11. Leistungserweiterung oder Wiederherstellung der Versicherung
 - 12. Wer ist der Empfänger der Erklärungen zu unseren Rechten?
 - 13. Stellvertretung durch eine andere Person
- § 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- § 6 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen verlangt werden?
- § 7 Was gilt für Anordnungen, die ein Arzt oder Heilbehandler trifft?
- § 8 Wo haben Sie Versicherungsschutz?
- § 9 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab und welche Ansprüche haben Sie daraus?
- § 10 Welche Leistungen erhalten Sie bei Wiedereingliederungsmaßnahmen?
- § 11 Welche Hilfen in besonderen Fällen können Sie beanspruchen?
- § 12 Was gilt bei Einstellung von Krankentagegeld wegen Berufsunfähigkeit durch die ARAG-Krankenversicherung?
- § 13 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?
- § 14 Was gilt bei der Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?
- § 15 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?
- § 16 Wie ist Ihre Versicherung am Überschuss beteiligt?
- § 17 Wer erhält die Versicherungsleistungen?

§1 Was ist versichert?

1. Wir erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen dieser Versicherung, wenn Sie während der Dauer dieser Zusatzversicherung nach § 2 dieser Bedingungen berufsunfähig geworden sind.

2. Wartezeit

Da für den Abschluss des Versicherungsvertrages keine Gesundheitsprüfung notwendig ist, ist eine Wartezeit von drei Jahren ab Versicherungsbeginn dieser Zusatzversicherung einzuhalten.

Tritt der Versicherungsfall der Berufsunfähigkeit in der Wartezeit ein, werden keine Leistungen fällig. Dies gilt auch, wenn der Versicherungsfall rückwirkend anerkannt wurde und daher in die Wartezeit fällt.

Die Wartezeit entfällt generell, wenn die Berufsunfähigkeit auf einen Unfall zurückzuführen ist.

Wollen Sie Ihren Versicherungsvertrag erhöhen, ist für die Erhöhungssumme ebenfalls die entsprechende Wartezeit einzuhalten. Dies gilt nicht für Erhöhungen aufgrund der eingeschlossenen ARAGpro-dynamik.

Tritt der Versicherungsfall in der Wartezeit einer Erhöhung – außer bei der ARAGpro-dynamik – ein, haben Sie die Möglichkeit, die Versicherung auf den Wert vor der letzten Erhöhung reduzieren zu lassen oder den Beitragsanteil für die in der Wartezeit erfolgten Erhöhungen selbst weiter zu zahlen.

3. Sie erhalten im Falle der Berufsunfähigkeit folgende Versicherungsleistungen:

a) Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht.
Weder für die zugrunde liegende Hauptversicherung noch für weitere eingeschlossene Zusatzversicherungen sind Beiträge in der Zeit der von uns anerkannten Leistungspflicht zu zahlen.

b) Jährliche Erhöhung der Versicherungssummen
Die Beiträge für die Versicherungssummen der Haupt- und weiterer eingeschlossener Zusatzversicherungen erhöhen wir auf unsere Kosten im Rahmen des § 3 dieser Bedingungen.

c) Leistungen aus der Überschussbeteiligung
Außer den im Versicherungsschein garantierten Leistungen erhalten Sie noch eine Überschussbeteiligung nach § 16 dieser Bedingungen.

4. Werden Sie während der Dauer dieser Zusatzversicherung infolge Pflegebedürftigkeit (vgl. § 2 Ziffer 2) berufsunfähig, so erbringen wir die volle Leistung.

5. Haben wir Ihre Berufsunfähigkeit im Sinne von § 2 dieser Bedingungen anerkannt, erhalten Sie die Versicherungsleistungen vorbehaltlich der allgemeinen Verjährungsvorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) rückwirkend nach Ablauf des Monats, in dem Sie berufsunfähig geworden sind.

6. Wir stellen unsere Leistungen dann wieder ein, wenn,

- Ihre bisherige Lebensstellung im Falle Ihrer Berufsunfähigkeit (siehe zu diesem Begriff die Ausführungen zu § 2 Ziffer 2 a) wiederhergestellt ist,
- bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit die Pflegebedürftigkeit unter die Drei-Punktegrenze fällt, wenn die versicherte Person stirbt,
- die vertragliche Leistungsdauer abläuft,
- beziehungsweise diese Zusatzversicherung endet, weil die Hauptversicherung endet (siehe § 17, Ziffer 1).

7. Sie können bei Vertragsbeginn vereinbaren, dass anerkannte Leistungen über die vertraglich vereinbarte Versicherungsdauer dieser Zusatzversicherung hinaus erbracht werden müssen (wir sprechen hier dann von der Leistungsdauer). Sie enden aber spätestens mit dem Ende der Versicherungsdauer der Hauptversicherung bzw. dem Garantiezeitpunkt bei der fondsgebundenen Rentenversicherung.

Haben wir die Leistungen nach der Vertragsdauer dieser Zusatzversicherung, aber während der Leistungsdauer eingestellt, weil zum Beispiel der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 Prozent gesunken ist, zahlen wir Ihnen die Leistungen innerhalb der Leistungsdauer dennoch wieder bis maximal zum Ende der Versicherungsdauer der Hauptversicherung, wenn Sie wegen der ursprünglichen Ursache erneut berufsunfähig werden.

Die Bestimmung des § 6 gilt entsprechend.

8. Bis zu unserer Entscheidung über die Leistungspflicht sind die Beiträge in vertragsgemäßer Höhe weiter zu entrichten. Wir zahlen Ihnen diese aber ab Anerkennung der Leistungspflicht zurück.

Auf Antrag werden wir die Beiträge bis zur endgültigen Entscheidung über unsere Leistungspflicht stunden und hierfür keine Stundungszinsen erheben.

Sollten die Voraussetzungen für unsere Leistungspflicht nicht gegeben sein, haben Sie für die Begleichung des aufgelaufenen Beitragsrückstandes folgende Möglichkeiten:

- Sie können die gestundeten Beiträge in einer Summe zurückzahlen,
- Sie können diese Beträge nach einer entsprechenden Vereinbarung mit uns innerhalb von 12 Monaten ratenweise zurückzahlen,
- Sie können sie mit bestehenden Dividendenguthaben verrechnen.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit und Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

1. Welche Voraussetzungen müssen für das Vorliegen der Berufsunfähigkeit gegeben sein?

Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder über das normale Alter hinausgehenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen ausgestaltet war, nicht mehr zu mindestens 50 Prozent ausüben kann, und auch keine andere Tätigkeit ausübt, die auf Grund ihrer Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht (konkrete Verweisung).

Ist die versicherte Person mindestens sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder über das normale Alter hinausgehenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, zu mindestens 50 Prozent außer Stande gewesen, ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen ausgestaltet war, auszuüben und hat sie in dieser Zeit auch keine andere Tätigkeit ausgeübt, die auf Grund ihrer Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht, so gilt dieser Zustand als vollständige Berufsunfähigkeit von Beginn an.

a) Was verstehen wir unter dem Begriff der Lebensstellung?

Die bisherige Lebensstellung in diesem Sinne ist gewahrt, wenn diese andere Tätigkeit (Vergleichstätigkeit) dasselbe Ansehen und dieselbe soziale Wertschätzung wie der zuletzt vom Versicherten ausgeübte Beruf genießt und das dabei erzielte Bruttoeinkommen nicht unter 75 Prozent des zuletzt erzielten Bruttoeinkommens sinkt.

Bei der Prüfung der Frage, ob auch bereits bei einem geringeren Absinken die bisherige Lebensstellung beeinträchtigt ist, berücksichtigen wir immer Ihre spezielle Situation unter Beachtung der Richtlinien der jeweils aktuellen Rechtsprechung.

b) Was gilt für Selbstständige und Angestellte mit Weisungs- und Direktionsbefugnis?

Bei Selbstständigen und Angestellten mit Weisungs- und Direktionsbefugnis liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn sie ihren zuletzt ausgeübten Beruf auch nach zumutbarer Umorganisation oder Umgestaltung des bisherigen Tätigkeitsbereichs nicht mehr ausüben können.

Unter einem Angestellten mit Weisungs- und Direktionsbefugnissen verstehen wir mitarbeitende Unternehmer, Betriebs- und Geschäftsinhaber, beherrschende Gesellschafter-Geschäftsführer und freiberuflich Tätige, die hinsichtlich ihrer Berufsausübung keiner Fremdbestimmung unterliegen

Eine Umorganisation oder Umgestaltung des bisherigen Arbeitsplatzes oder Tätigkeitsbereiches ist zumutbar, wenn sie

- wirtschaftlich sinnvoll ist,
- keinen erheblichen Kapitaleinsatz erfordert,
- von der versicherten Person realisiert werden kann,
- die Stellung der versicherten Person im Betrieb erhalten bleibt,
- die versicherte Person nach einer Umorganisation oder Umgestaltung ihre bisherige Lebensstellung beibehält,
- sich keine auf Dauer ins Gewicht fallenden Einkommenseinbußen ergeben.

Weisungsgebundene Mitarbeiter haben keine solche Verpflichtung zur zumutbaren Umorganisation oder Umgestaltung ihres Arbeitsplatzes.

c) Welchen Einfluss hat die Zahlung einer gesetzlichen Rente?

Berufsunfähigkeit liegt ebenfalls vor, wenn ein Träger der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland allein aus medizinischen Gründen eine unbefristete Rente wegen voller Erwerbsminderung anerkannt hat.

d) Was gilt bei einem Berufswechsel?

aa) Einen Berufswechsel während der Versicherungsdauer müssen Sie uns grundsätzlich nicht anzuzeigen außer er war bei Vertragsabschluss schon absehbar.

bb) Bei Berufswechsel innerhalb der letzten 24 Monate vor Antragstellung auf Leistungen kann aber der davor ausgeübte Beruf bei der Prüfung der Invalidität nach § 2 Ziffer 2 Satz 1 herangezogen werden, wenn Ihnen die für den Eintritt der Invalidität ursächlichen Gesundheitsstörungen bereits bei Aufgabe des früheren Berufes bekannt waren (Vermeidung von Missbrauch).

cc) Ein Berufswechsel wird dagegen nicht berücksichtigt, wenn

- sich die Lebensstellung durch den Berufswechsel verbessert hat,
- der Berufswechsel aus gesundheitlichen Gründen und auf ärztliche Anordnung notwendig wurde
- oder wegen unfreiwilligem Wegfall der früheren Tätigkeit erfolgte.

- e) Was gilt für Hausfrauen/Hausmänner, Auszubildenden und Studenten?
Die Tätigkeit von Hausfrauen/-männern, von Schülern, Studenten und Auszubildenden sehen wir als Beruf an. Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung.
- f) Was gilt für Human- und Zahnmediziner auf Grund einer Infektionsgefahr?
Bei Human- und Zahnmedizinern liegt Berufsunfähigkeit dann vor, wenn eine Rechtsvorschrift oder eine behördliche Anordnung dem Versicherten verbietet, wegen einer Infektionsgefahr Patienten zu behandeln (vollständiges Tätigkeitsverbot), und sich dieses vollständige Tätigkeitsverbot auf einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erstreckt.

Zum Nachweis des Vorliegens eines vollständigen Tätigkeitsverbotes ist uns die Verfügung im Original oder amtlich beglaubigt vorzulegen.

Liegt ein solches Verbot nicht vor, wird die Ansteckungsgefahr nach objektiven Kriterien und dem Stand der medizinischen Wissenschaft beurteilt, wobei im Zweifelsfalle dazu ein Gutachten eines renommierten Hygienikers eingeholt würde.

- g) Was gilt bei Ausscheiden aus dem Berufsleben?
- aa) Scheidet die versicherte Person nicht nur vorübergehend aus dem Berufsleben aus und werden später Leistungen nach dieser Ziffer 2 beantragt, so kommt es darauf an, dass sie außerstande ist, eine Tätigkeit auszuüben, die aufgrund ihrer Kenntnisse und Fähigkeiten ausgeübt werden kann und ihrer Lebensstellung (zu diesem Begriff siehe oben) zum Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem Berufsleben entspricht.
- bb) Scheidet die versicherte Person nur vorübergehend – maximal drei Jahre – aus ihrem Beruf aus, ist aber zu diesem Zeitpunkt bereits eine Wiederaufnahme vorgesehen (zum Beispiel nach dem Mutterschutz oder dem Erziehungsurlaub), so gilt die unterbrochene berufliche Tätigkeit als zuletzt ausgeübter Beruf. Dabei wird die bei Ausscheiden aus dem Beruf erreichte Lebensstellung (zu diesem Begriff siehe oben) berücksichtigt.
- cc) Berufe, die vor Abschluss dieser Zusatzversicherung ausgeübt wurden, werden bei Ausscheiden aus dem Berufsleben nicht berücksichtigt.

2. Welche Voraussetzungen gelten bei Pflegebedürftigkeit?

Ist die versicherte Person während der Dauer dieser Zusatzversicherung sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig geworden und benötigt sie täglich persönliche Hilfe bei mindestens 3 der nachfolgenden genannten Verrichtungen, so gilt dieser Zustand als vollständige Berufsunfähigkeit.

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls so hilflos ist, dass sie für die nachfolgend genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

Bewertungsmaßstab für die Einstufung des Pflegefalls ist der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung wird die nachstehende Punktetabelle zugrunde gelegt.

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

Fortbewegen im Zimmer Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt.	1 Punkt
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.	1 Punkt
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.	1 Punkt
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 oder trinken kann.	1 Punkt
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.	1 Punkt
Verrichten der Notdurft Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie <ul style="list-style-type: none"> • sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann, • ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil • der Darm beziehungsweise die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann. 	1 Punkt

Besteht allein eine Inkontinenz des Darms beziehungsweise 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 auf Grund der Punktetabelle liegt vollständige Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person wegen einer geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb ständiger Beaufsichtigung bedarf.

Unabhängig von der Bewertung auf Grund der Punktetabelle liegt vollständige Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person der Bewahrung bedarf.

Bewahrung liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann.

Vorübergehende akute Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung. Vorübergehende Besserungen bleiben ebenfalls unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

§ 3 Was gilt für die Erhöhung der Versicherungsleistungen im Leistungsbezug?

1. Werden Leistungen in Anspruch genommen, erhöhen wir den Beitrag für die Hauptversicherung und weiterer eingeschlossener Zusatzversicherungen, aus denen keine Leistungen bezogen werden, jährlich um 5 Prozent. Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen.
2. Die Erhöhung des Beitrags und der Versicherungsleistungen erfolgen erstmals zum nächsten Versicherungsjahrestag, der auf den Beginn der Leistungspflicht aus dieser Zusatzversicherung folgt, aber frühestens 12 Monate nach Versicherungsbeginn.

Sie enden spätestens mit Erreichen der Vertragsdauer dieser Zusatzversicherung.

Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

3. Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten Alter der versicherten Person, der restlichen Beitragszahlungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag.

Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge.

Sind weitere Zusatzversicherungen eingeschlossen, so werden ihre Versicherungsleistungen im selben Verhältnis wie die Hauptversicherung erhöht.

4. Alle im Rahmen des Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen, auch Bezugsrechtsverfügungen, erstrecken sich auch auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen.
5. Endet unsere Leistungspflicht aus dieser Zusatzversicherung und lebt Ihre Pflicht zur Zahlung der Beiträge wieder auf, sind von Ihnen die Beiträge zu zahlen, die sich einschließlich der Erhöhungen und zuzüglich der Beitragsteile für diese Zusatzversicherung ergeben.
6. Sie haben aber das Recht, innerhalb von drei Monaten zu verlangen, dass die zu zahlenden Beiträge wieder auf die Beiträge herabgesetzt werden, die vor Eintritt des Leistungsbeginns galten.

Die Frist für diesen Antrag beginnt mit dem Zugang unseres Schreibens, in dem wir Ihnen das Ende unserer Leistungspflicht und die Höhe des künftig zu zahlenden Beitrages mitteilen.

Werden die Beiträge herabgesetzt, haben Sie dennoch keinen Verlust: Wir verwenden nämlich die zwischenzeitlich von uns gezahlten höheren Beiträge dazu, Ihre Versicherungsleistungen aus der Hauptversicherung nach den Grundsätzen der Versicherungsmathematik entsprechend anzuheben.

§ 4 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

1. Wann besteht die vorvertragliche Anzeigepflicht?

Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Vertragsabschluss in Verbindung mit dem Versicherungsantrag in Textform (das sind vor allem das Antragsformular, aber auch Mails, Briefe oder Fax) gestellten Fragen – man spricht hier von gefahrerheblichen Umständen – bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht).

Dies gilt insbesondere für Fragen zu Ihrer beruflichen Tätigkeit.

Stellen wir nach Abgabe Ihrer Erklärung, aber noch vor Vertragsannahme noch weitere Fragen in Textform im Sinne des Satz 1, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

2. Wer ist für die Beantwortung der Fragen zuständig?

Soll die Schulunfähigkeit beziehungsweise Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit einer anderen Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der gestellten Fragen entsprechend der Ziffer 1 verantwortlich.

3. Was bedeutet der Rücktritt?

Wenn gefahrerhebliche Umstände im Sinne von Ziffer 1, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben und für unseren Entschluss, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind, von Ihnen oder der versicherten Person (vgl. Ziffer 2) zum Zeitpunkt der Abgabe Ihrer Vertragserklärung nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir entweder vom gesamten Versicherungsvertrag oder nur von diesem Zusatzversicherungsvertrag zurücktreten.

Wir werden den Rücktritt auf diesen Zusatzversicherungsvertrag beschränken, wenn die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht auf die zugrunde liegende Hauptversicherung und andere eingeschlossenen Zusatzversicherungen keine Auswirkung haben (teilweiser Rücktritt).

Erklären wir nur einen teilweisen Rücktritt, sind Sie berechtigt, das Versicherungsverhältnis bezüglich des übrigen Teils zu kündigen. Ihre Kündigung müssen Sie spätestens zum Schluss der Versicherungsperiode erklären, in welcher unser Rücktritt wirksam wird.

Der Rücktritt vom Vertrag ist jedoch nicht möglich, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist.

Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht ist jedoch dann ausgeschlossen, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

4. Welche Folgen hat die Erklärung des Rücktritts?

Im Falle des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Außerdem wird der Vertrag von Beginn an aufgehoben.

Wir sind dann nicht mehr zu einer Leistung verpflichtet.

Darüber hinaus bleiben Sie zur Weiterzahlung der Versicherungsbeiträge bis zum Wirksamwerden unserer Rücktrittserklärung verpflichtet.

Die Rückzahlung Ihrer bisher gezahlten Beiträge können Sie nicht verlangen.

All diese Folgen treten aber nicht ein, unsere Leistungspflicht bleibt vielmehr 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. Wann können wir Ihren Vertrag kündigen?

Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht, können wir die Zusatzversicherung unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Wir werden unser Kündigungsrecht auf diese Zusatzversicherung beschränken, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht auf die zugrunde liegende Hauptversicherung und eingeschlossener Zusatzversicherungen keine Auswirkung haben (teilweise Kündigung).

Auch in diesem Falle haben Sie das Recht, das Versicherungsverhältnis bezüglich des übrigen Teils zu kündigen.

Ihre Kündigung müssen Sie spätestens zum Schluss der Versicherungsperiode erklären, zu der unsere Kündigung wirksam wird.

Weiter verzichten wir auf unser Recht zur Kündigung des Versicherungsverhältnisses, wenn die Ihnen bei der Schließung des Vertrages obliegende Anzeigepflicht zwar verletzt worden ist, unser Rücktrittsrecht aber ausgeschlossen ist, weil Ihnen kein Verschulden zur Last fällt.

Das gleiche gilt, wenn bei der Schließung des Vertrages uns ein für die Übernahme der Gefahr erheblicher Umstand nicht angezeigt worden ist, weil er Ihnen nicht bekannt war.

6. Welche Folgen hat unsere Kündigungserklärung?

Im Falle der Kündigung besteht Versicherungsschutz nur bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Kündigung.

Auch hier sind Sie zur Weiterzahlung der Beiträge bis zu diesem Zeitpunkt verpflichtet.

Eine Rückzahlung der bisher gezahlten Beiträge ist auch hier nicht möglich.

Bei Kündigung der Zusatzversicherung wird der Rückkaufswert nach den allgemein gültigen Regeln der Versicherungsmathematik errechnet. Von diesem Wert wird ein Stornoabzug in Höhe von 50 Prozent abgezogen. Nach dem Stornoabzug werden eventuell rückständige Beiträge einbehalten, der verbleibende Betrag wird auf die Hauptversicherung übertragen.

Diese Folgen der Kündigungserklärung treten nicht ein, unsere Leistungspflicht bleibt vielmehr bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

7. Wann dürfen wir Ihren Vertrag anpassen?

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 Vertragsbestandteil.

Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Soweit diese anderen Bedingungen einen Ausschluss der Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand beinhalten (Leistungsausschluss), verlieren Sie insoweit rückwirkend den Versicherungsschutz. Dies bedeutet, dass für bereits eingetretene Versicherungsfälle unsere Leistungspflicht rückwirkend entfällt.

Wir verzichten auf unser Recht zur Anpassung der Bedingungen, wenn die Ihnen bei der Schließung des Vertrages obliegende Anzeigepflicht verletzt worden ist, Ihnen jedoch kein Verschulden zur Last fällt.

Das gleiche gilt, wenn bei der Schließung des Vertrages uns ein für die Übernahme der Gefahr erheblicher Umstand nicht angezeigt worden ist, weil er Ihnen nicht bekannt war.

Erhöht sich der Beitrag durch die Vertragsanpassung um mehr als 10 Prozent oder können wir die Gefahrabsicherung für den nicht oder nicht richtig angezeigten Umstand nur über eine Leistungsausschlussklausel in den Vertrag mit aufnehmen, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer entsprechenden Mitteilung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

In unserer Mitteilung weisen wir Sie auf dieses Kündigungsrecht hin.

8. Ausübung unserer Rechte

Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung oder Vertragsanpassung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir müssen unsere Rechte schriftlich innerhalb eines Monats geltend machen.

Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die die von uns geltend gemachten Rechte begründet, Kenntnis erhalten haben.

Dabei geben wir schriftlich die Umstände an, auf die wir unsere Erklärung stützen und weisen Sie auch auf die Folgen der Anzeigepflichtverletzung hin.

Weitere nachträglich bekannt gewordene Umstände zur Begründung unserer Rechte können wir nur dann noch anführen, wenn für diese die Einmonatsfrist noch nicht verstrichen ist.

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.

9. Welche Fristen sind zu beachten?

Die genannten Rechte können wir nur binnen fünf Jahren seit Abschluss des Vertrags ausüben. Haben Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

10. Wann können wir das Vertragsverhältnis anfechten?

Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, wenn durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmendeckung Einfluss genommen worden ist (arglistige Täuschung).

Haben Sie Ihre Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir zu keiner Leistung verpflichtet.

Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. In diesem Falle sind wir zu keinerlei Leistung verpflichtet.

Ziffer 9 gilt entsprechend.

11. Leistungserweiterung oder Wiederherstellung der Versicherung

Die Ziffern 1 bis 10 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternde Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen nach Ziffer 9 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

12. Wer ist der Empfänger der Erklärungen zu unseren Rechten?

Die Ausübung unserer Rechte erfolgt durch schriftliche Erklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist.

Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Ableben ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, so können wir den Inhaber des Versicherungsscheines zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

13. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen.

Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

1. Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zur Berufsunfähigkeit gekommen ist.

2. Soweit nicht etwas anderes vereinbart worden ist, leisten wir jedoch nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:

- a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs-, Bürgerkriegsereignisse oder innere Unruhen.
Diese Einschränkung gilt nicht, wenn
- die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen, Bürgerkriegsereignissen und inneren Unruhen berufsunfähig wird,
 - denen sie während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik ausgesetzt war und
 - an denen sie nicht aktiv beteiligt war oder auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.

Ereignisse im oben genannten Sinn sind solche, die Unfallcharakter haben und typischerweise mit Kriegs- und Kampfhandlungen verbunden sind, insbesondere durch Kriegswaffen oder mittelbar zum Beispiel durch Gebäudeeinstürze.

Einsätze von humanitären Hilfeleistungen sind vom Versicherungsschutz umfasst.

- b) durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person; bei fahrlässigen Verstößen wie sie zum Beispiel im Straßenverkehr eintreten können, besteht jedoch Versicherungsschutz;
- c) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder mehr als über das normale Alter hinausgehenden Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte vorsätzliche Selbsttötung.
- Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
- d) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Invalidität der versicherten Person herbeigeführt haben;
- e) 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 oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden.

Dieser Ausschluss gilt nicht, sofern der Einsatz dieser Waffen auf ungewollte Zufallsereignisse beruht und nicht gegen die Rechnungsgrundlagen laufende Häufung von Leistungsfällen verstößt.

- f) durch Strahlen, die die Gesundheit einer großen Anzahl von Menschen so stark schädigen können, dass zu deren Abwehr oder Bekämpfung der Einsatz staatlicher Einrichtungen wie eine Katastrophenschutzbehörde dringend erforderlich ist.

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

1. Werden Leistungen aus dieser Zusatzversicherung nach Eintritt des Versicherungsfalles beantragt, so können wir von Ihnen verlangen, uns jede Auskunft, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist, zu erteilen.

Wir können alle erforderlichen Belege verlangen, demzufolge sind uns folgende Unterlagen einzureichen:

- a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt Berufsunfähigkeit;
- b) ausführliche Berichte der Ärzte und Heilbehandler, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln beziehungsweise behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit oder über die Pflegestufe;
- c) Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;
- d) bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Anspruchserhebende zu tragen.

Steht das Recht auf unsere Leistungen einem Dritten zu, hat auch dieser die genannten Pflichten zu erfüllen.

2. Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise – auch über die beruflichen und wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen.

Die versicherte Person hat Ärzte, Heilbehandler, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder Pflege war oder sein wird, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen.

Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die anfallenden ärztlichen Untersuchungen in einem Mitgliedsstaat der EU durchgeführt werden. In diesem Falle übernehmen wir die Untersuchungskosten sowie übliche Reise- und Übernachtungskosten bis zu maximal 2.500 Euro. Wir werden jedoch nach Möglichkeit versuchen, die ärztlichen Untersuchungen in Wohnortnähe des Versicherten – auch im Ausland – vornehmen zu lassen.

3. Wenn uns die in Ziffer 1 und 2 genannten Unterlagen vom Versicherungsnehmer, dem Bezugsberechtigten beziehungsweise Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht vorgelegt werden, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung solange frei, bis dieser Verpflichtung nachgekommen wird.

Bei grob fahrlässiger Verletzung dieser Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, die Leistung in einem die Schwere Ihres Verschuldens entsprechendem Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflichten nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Ihre Ansprüche bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich ist. Dies gilt nicht, wenn Sie Ihre Verpflichtung arglistig verletzt haben.

Unsere vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 7 Was gilt für Anordnungen, die ein Arzt oder Heilbehandler trifft?

Die Befolgung von Anordnungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt beziehungsweise Heilbehandler nach gewissenhaftem Ermessen trifft, um die Heilung zu fördern und die Berufsunfähigkeit zu mindern, ist nicht Voraussetzung für die Anerkennung der Leistung aus dieser Versicherung.

Dies gilt insbesondere für genehmigungspflichtige Operationen, spezielle Therapien wie zum Beispiel Chemo- oder Strahlentherapie oder medikamentöse Behandlungen mit unangemessen hohen Nebenwirkungen.

Dagegen sind solche Anordnungen des Arztes oder Heilbehandlers zu befolgen, die nicht mit Gefahren oder Schmerzen verbunden sind und die Aussicht auf wesentliche Besserung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen bieten. Dazu gehört auch die Einnahme verordneter zumutbarer Medikamente oder die Verwendung gängiger und allgemein gebräuchlicher medizinisch-technischer Hilfsmittel wie zum Beispiel Seh- oder Hörhilfen.

§ 8 Wo haben Sie Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz aus dieser Versicherung gilt weltweit, auch wenn Sie sich nach Abschluss dieser Versicherung dauerhaft oder auch nur vorübergehend im Ausland aufhalten, sei es aus privaten oder beruflichen Gründen.

§ 9 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab und welche Ansprüche haben Sie daraus?

1. Nach Prüfung aller uns eingereichten sowie aller von uns nachgeforderten Unterlagen erklären wir innerhalb von zehn Arbeitstagen in Textform, ob wir unsere Leistungspflicht anerkennen.

Wir werden Ihnen innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Eingang der jeweils zur Prüfung eingereichten oder von uns angeforderten Unterlagen mitteilen, welche weiteren Schritte wir im Rahmen der Leistungsprüfung einleiten.

Über den Stand des Verfahrens erhalten Sie mindestens alle sechs Wochen eine Nachricht. Dies gilt insbesondere für die Anforderung von Unterlagen und deren eventuelle Erinnerung bei Dritten.

Bei Überschreiten dieser Fristen zahlen wir auf Antrag ab dem elften Arbeitstag nach Fristablauf Zinsen in Höhe von vier Prozent für die Zeit nach dem Fristablauf bis zum Datum der Weiterbearbeitung Ihrer Ansprüche, wenn wir unsere Leistungspflicht nach Abschluss unserer Prüfungen anerkennen konnten.

2. Haben Sie Ihren Anspruch bei uns angemeldet, können wir uns auf eine mögliche Verjährung nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches solange nicht berufen bis Ihnen beziehungsweise dem Anspruchsteller unsere Entscheidung in Textform zugeht.
3. Auf ein zeitlich befristetes Anerkenntnis unserer Leistungspflicht bei Berufsunfähigkeit verzichten wir ebenso wie auf die Möglichkeit, Sie theoretisch auf einen anderen Beruf zu verweisen (abstrakte Verweisbarkeit).

§ 10 Welche Leistungen erhalten Sie bei Wiedereingliederungsmaßnahmen?

Wir sind nicht berechtigt, Umschulungs-, Weiterbildungs- oder Wiedereingliederungsmaßnahmen zu verlangen. Unterzieht sich die versicherte Person jedoch einer solchen Maßnahme aus medizinischen Gründen, unterstützen wir diese dadurch, dass wir für die Zeit, in der diese Maßnahmen durchgeführt werden, die tariflichen Leistungen zahlen.

§ 11 Welche Hilfen in besonderen Fällen können Sie beanspruchen?

Sie haben einen Anspruch darauf, dass wir Sie bei Fragen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation unterstützen. Bei Selbstständigen unterstützen wir Sie ebenfalls bei Fragen der betrieblichen Umorganisation.

§ 12 Was gilt bei Einstellung von Krankentagegeld wegen Berufsunfähigkeit durch die ARAG-Krankenversicherung?

Wenn bei der ARAG Krankenversicherungs-AG ein Krankentagegeld versichert ist und von dieser die Krankentagegeldzahlungen wegen eingetretener Berufsunfähigkeit eingestellt werden müssen, werden wir unsere Leistungen aus dieser Versicherung zeitlich nahtlos anschließen.

Wegen der Zugehörigkeit der ARAG Lebensversicherungs-AG und der ARAG Krankenversicherungs-AG zum selben Versicherungskonzern gilt diese besondere Hilfe nur für Krankentagegeldversicherungen, die bei der ARAG Krankenversicherungs-AG bestehen.

§ 13 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

1. Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit und ihren Grad oder die Pflegebedürftigkeit nachzuprüfen.

Dabei können wir erneut prüfen, ob die versicherte Person wieder in der Lage ist unter Berücksichtigung von neu erworbenen beruflichen Fähigkeiten hinsichtlich einer Tätigkeit, die sie konkret ausübt, im Sinne von § 2 noch berufsunfähig ist.

2. Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal pro Jahr eine umfassende Untersuchung der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen.

Die Bestimmungen des § 6 Ziffer 2 gelten entsprechend.

3. Eine Verbesserung der gesundheitlichen Verhältnisse, der Pflegebedürftigkeit und/oder die Wiederaufnahme beziehungsweise Änderung einer beruflichen Tätigkeit müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.
4. Wir stellen unsere Leistungen ein, wenn der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente nach § 1 Ziffer 6 erlischt.

Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente endet in diesem Falle, wenn die versicherte Person aufgrund neu erworbener beruflicher Kenntnisse und Fähigkeiten eine Tätigkeit ausübt, die ihrer Lebensstellung vor Eintritt der Berufs- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit entspricht und das erzielbare Bruttoeinkommen nicht unter 75 Prozent des zuletzt erzielten Bruttoeinkommens liegt.

Bei der Prüfung der Frage, ob auch bereits bei einem geringeren Absinken die bisherige Lebensstellung beeinträchtigt ist, berücksichtigen wir immer Ihre aktuelle Situation unter Beachtung der Richtlinien der jeweils aktuellen Rechtsprechung.

In diesen Fällen legen wir Ihnen die Veränderung in Textform dar und teilen dem Versicherungsnehmer und dem Anspruchsberechtigten die Einstellung mit.

Die Einstellung unserer Leistungen wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang der Erklärung bei Ihnen wirksam.

In diesen Fällen muss ab diesem Zeitpunkt auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.

Dies gilt selbstverständlich dann nicht, wenn die versicherte Person zuvor verstirbt.

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

1. Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 6 oder § 13 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorwiegend nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei.
2. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistungen in einem die Schwere des Verschuldens entsprechendem Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflichten nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Abweichend von Ziffer 1 und 2, Abs. 1 sind wir jedoch dann zur Leistung verpflichtet, wenn die Verletzung der Mitwirkungspflichten weder für den Eintritt noch für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht von Einfluss ist.

Dies gilt jedoch nicht, wenn diese Pflicht arglistig verletzt wurde.

3. Unsere vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 15 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

1. Die Zusatzversicherung bildet mit der Hauptversicherung eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden.
2. Eine Zusatzversicherung, für die laufende Beiträge zu zahlen sind, können Sie für sich allein kündigen.

In den letzten fünf Versicherungsjahren vor dem frühesten Rentenbeginn der Hauptversicherung, kann die Zusatzversicherung jedoch nur zusammen mit der Hauptversicherung gekündigt werden.

Dabei wird ein Rückkaufswert nach den allgemein gültigen Regeln der Versicherungsmathematik errechnet. Von diesem Wert wird ein Stornoabzug von 50 Prozent abgezogen. Nach dem Stornoabzug werden eventuell rückständige Beiträge einbehalten, der verbleibende Betrag wird nicht ausgezahlt, sondern auf die Hauptversicherung übertragen.

Mit dem Abzug wird zum einen die Veränderung der Risiko- und Ertragslage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen. Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass sich die Risikogemeinschaft gleichmäßig aus Versicherten mit einem hohen und einem geringeren Risiko zusammensetzt. Da Personen mit einem geringeren Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko, wird in Form eines kalkulatorischen Ausgleichs sichergestellt, dass der Risikogemeinschaft durch vorzeitige Vertragskündigung kein Nachteil entsteht. Wir kalkulieren im Übrigen so, dass alle Verträge über ihre Laufzeit hinweg zu den Erträgen beitragen. Diese Erträge fallen in der Regel erst in späteren Versicherungsjahren an. Vorzeitige Vertragsauflösungen schmälern daher den tariflich kalkulierten Ertrag.

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

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

3. Die Zusatzversicherung können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln. Im Falle der Beitragsfreistellung haben Sie innerhalb von sechs Monaten das Recht, die Kapital- oder Rentenversicherung (Hauptversicherung) einschließlich dieser Zusatzversicherung ohne eine erneute Gesundheitsprüfung wieder in Kraft setzen

zu lassen, indem Sie dies beantragen und die rückständigen Beiträge nachzahlen, sofern der Versicherungsfall aus der Hauptversicherung beziehungsweise dieser Zusatzversicherung bei Zugang Ihrer diesbezüglichen Erklärung noch nicht eingetreten ist. Die nachzuzahlenden Beiträge gelten dann bis zum Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung als gestundet; für diesen Zeitraum behalten wir uns vor, Stundungszinsen zu erheben. Die Nachzahlung der Beiträge kann auf Wunsch in 12 Monatsraten erfolgen, wobei wir dann ebenfalls Zinsen erheben können.

4. Weiterhin bieten wir Ihnen bei kurzfristigen Zahlungsschwierigkeiten eine Beitragspause bei der fondsgebundenen Rentenversicherung einschließlich der Zusatzversicherungen an. Hierfür gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung.
5. Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung gelten die Ziffern 2 und 3 entsprechend.
6. Ist unsere Leistungspflicht aus der Zusatzversicherung anerkannt oder festgestellt, so berechnen wir die Leistung aus der Hauptversicherung so, als ob Sie den Beitrag unverändert weitergezahlt hätten.
7. Ansprüche aus dieser Zusatzversicherung können sie nicht abtreten oder verpfänden.
8. Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

§ 16 Wie ist Ihre Versicherung am Überschuss beteiligt?

1. Die Zusatzversicherung ist grundsätzlich gemäß § 153 VVG gesondert am Überschuss beteiligt. Dafür gelten die Regelungen zur Überschussbeteiligung in den Allgemeinen Bedingungen Ihrer Hauptversicherung. Sie gehört zur selben Bestandsgruppe wie die Hauptversicherung, eine Beteiligung an den Bewertungsreserven (sog. stille Reserven) erfolgt nicht.

In einzelnen Versicherungsjahren kann eine Zuteilung von Überschüssen entfallen.

Wir veröffentlichen die Überschussanteilssätze in unserem Geschäftsbericht, den Sie bei uns anfordern können.

2. Eine Wartezeit für die Beteiligung an den Überschüssen entfällt.
3. Es sind folgende Überschussverwendungen möglich, je nach dem, wann die Überschüsse erwirtschaftet wurden:
 - a) Überschussentstehung in der Zeit, in der Sie die Beiträge zahlen:
 - Sofortbonus oder
 - Beitragsverrechnung (nur bei monatlicher Zahlungsweise).
 - b) Überschussentstehung in der Zeit, in der Sie die Versicherungsleistung (Beitragsbefreiung) erhalten:
 - jährliche Barauszahlung der anfallenden Überschüsse zum Versicherungsjahrestag.

§ 17 Wer erhält die Versicherungsleistungen?

1. Die Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer.
2. Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten weltweit. Allerdings trägt bei Überweisungen ins Ausland der Empfangsberechtigte die damit verbundene Gefahr.

Bedingungen für die Berufs- und Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit Absicherung Ihrer Schulunfähigkeit (B159)

Sehr geehrter Kunde,

mit den nachfolgenden Bedingungen wollen wir Sie über die Regelungen informieren, die für das Vertragsverhältnis zwischen Ihnen als Versicherungsnehmer und uns gelten.

Versicherungsnehmer ist derjenige, der die Versicherung beantragt hat und als solcher im Vertragsdokument genannt ist. Dieser ist damit unser direkter Vertragspartner. Die in den Bedingungen und anhängenden Textteilen festgelegten Rechte und Pflichten betreffen ihn unmittelbar.

Sind Sie versicherte Person, aber nicht gleichzeitig Versicherungsnehmer (zum Beispiel, weil Ihre Eltern für Sie diese Versicherung abgeschlossen haben), dann können Ihnen ebenfalls Rechte zustehen beziehungsweise Pflichten treffen.

Da auch die Schulunfähigkeit von Kindern als Vorstufe einer Berufs- und Erwerbsunfähigkeit im Rahmen dieser Bedingungen versichert werden kann ebenso wie die während eines Arbeitslebens wechselnden Berufe beziehungsweise allgemeinen Erwerbstätigkeiten, erhalten Sie mit dieser Zusatzversicherung einen auf Ihre jeweilige Situation angepassten Versicherungsschutz.

Daher handelt es sich hier nicht um eine Berufsunfähigkeitsversicherung im engeren Sinne, sondern um eine erweiterte Absicherung Ihrer Arbeitskraft, die Leistungen bei Schul-, Berufs- und Erwerbsunfähigkeit vorsehen und die wir als Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsversicherung bezeichnen.

Unter dem Begriff des Berufes verstehen wir eine auf Dauer angelegte, in der Regel eine Ausbildung oder langjährige Erfahrung voraussetzende Betätigung, die der Erzielung eines Einkommens dient.

Der Versicherungsjahrestag bezieht sich immer auf den Ablaufmonat der Versicherung.

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Was ist versichert?
- § 2 Was ist Schulunfähigkeit, Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit und Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?
 1. Welche Voraussetzungen müssen für das Vorliegen der Schulunfähigkeit gegeben sein?
 2. Welche Voraussetzungen müssen für das Vorliegen der Berufsunfähigkeit gegeben sein?
 3. Welche Voraussetzungen gelten bei Pflegebedürftigkeit?
 4. Welche Voraussetzungen müssen für das Vorliegen der Erwerbsunfähigkeit gegeben sein?
- § 3 Wie ist der Übergang beziehungsweise Wechsel zwischen dem Versicherungsschutz für die Schulunfähigkeit, Berufsunfähigkeit beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit geregelt?
- § 4 Wie unterstützen wir Sie während Ihrer Ausbildung, zu Beginn der Berufsaufnahme oder als junger Erwachsener ohne Berufsausübung (Starterphase)?
- § 5 Was gilt für die Erhöhung der Versicherungsleistungen im Leistungsbezug?
- § 6 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
 1. Wann liegt vorvertragliche Anzeigepflicht vor?
 2. Wer ist für die Beantwortung der Fragen zuständig?
 3. Was bedeutet der Rücktritt?
 4. Welche Folgen hat die Erklärung des Rücktritts?
 5. Wann können wir Ihren Vertrag kündigen?
 6. Welche Folgen hat unsere Kündigungserklärung?
 7. Wann dürfen wir Ihren Vertrag rückwirkend anpassen?
 8. Ausübung unserer Rechte
 9. Welche Fristen sind zu beachten?
 10. Wann können wir das Vertragsverhältnis anfechten?
 11. Leistungserweiterung oder Wiederherstellung der Versicherung
 12. Wer ist der Empfänger der Erklärungen zu unseren Rechten?
 13. Stellvertretung durch eine andere Person
- § 7 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- § 8 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen verlangt werden?
- § 9 Was gilt für Anordnungen, die ein Arzt oder Heilbehandler trifft?
- § 10 Wo haben Sie Versicherungsschutz?
- § 11 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab und welche Ansprüche haben Sie daraus?
- § 12 Welche Leistungen erhalten Sie bei Wiedereingliederungsmaßnahmen?
- § 13 Welche Hilfen in besonderen Fällen können Sie beanspruchen?
- § 14 Was gilt bei Einstellung von Krankentagegeld wegen Berufsunfähigkeit durch die ARAG-Krankenversicherung?

- § 15 Was gilt für die Nachprüfung der Schulunfähigkeit, der Berufs- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit?
- § 16 Was gilt bei der Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Schulunfähigkeit, der Berufs- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit?
- § 17 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?
- § 18 Wie ist Ihre Versicherung am Überschuss beteiligt?
- § 19 Wer erhält die Versicherungsleistungen?
- § 20 Wann können Sie die Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen (Nachversicherungsmöglichkeiten)?

§ 1 Was ist versichert?

1. Wir erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen dieser Versicherung, wenn Sie während der Dauer dieser Zusatzversicherung nach § 2, Ziffer 1 dieser Bedingungen schulunfähig beziehungsweise nach § 2, Ziffer 2 und 4 berufs- beziehungsweise erwerbsunfähig geworden sind.
2. Sie erhalten dann folgende Versicherungsleistungen:
 - a) Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht
Weder für die zugrunde liegende Hauptversicherung noch für weitere eingeschlossene Zusatzversicherungen sind Beiträge in der Zeit der von uns anerkannten Leistungspflicht zu zahlen.
 - b) Zahlung einer Rente, wenn diese mitversichert ist
Diese zahlen wir vierteljährlich im Vorhinein, spätestens bis zum dritten Werktag des Fälligkeitsmonats. Die erste Rente erhalten Sie anteilig bis zum Ende des laufenden Vierteljahres – bezogen auf den Versicherungsjahrestag –, wenn die Schul- beziehungsweise Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit innerhalb eines Vierteljahres eingetreten ist.
 - c) Jährliche Erhöhung der Versicherungssummen
Die Beiträge für die Versicherungssummen der Haupt- und weiterer eingeschlossener Zusatzversicherungen erhöhen wir auf unsere Kosten im Rahmen des § 5 dieser Bedingungen.
 - d) Leistungen aus der Überschussbeteiligung
Außer den im Versicherungsschein garantierten Leistungen erhalten Sie noch eine Überschussbeteiligung nach § 18 dieser Bedingungen.
3. Werden Sie während der Dauer dieser Zusatzversicherung infolge Pflegebedürftigkeit (siehe § 2 Ziffer 3) schulunfähig beziehungsweise berufsunfähig, so erbringen wir die volle Leistung. Für die Zahlungsmodalitäten gilt Ziffer 2 b entsprechend.
4. Haben wir Ihre Schul- beziehungsweise Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit im Sinne von § 2 dieser Bedingungen anerkannt, erhalten Sie die Versicherungsleistungen vorbehaltlich der allgemeinen Verjährungsvorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) rückwirkend nach Ablauf des Monats, in dem Sie schulunfähig beziehungsweise berufs- oder erwerbsunfähig geworden sind.
5. Wir stellen unsere Leistungen dann wieder ein, wenn,
 - Sie bei Schulunfähigkeit wieder fähig sind, aktiv am Unterricht an einer allgemein bildenden Regelschule teilzunehmen, eine Berufsausbildung beziehungsweise ein Studium aufzunehmen, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen oder den Bundesfreiwilligendienst zu absolvieren,
 - der Grad Ihrer Berufsunfähigkeit unter 50 Prozent beziehungsweise Ihrer Erwerbsunfähigkeit unter 100 Prozent gesunken ist,
 - Ihre bisherige Lebensstellung im Falle Ihrer Berufsunfähigkeit (siehe zu diesem Begriff die Ausführungen zu § 2 Ziffer 2 a) wiederhergestellt ist,
 - bei Schulunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit, wenn die Pflegebedürftigkeit unter die Vier-Punktegrenze fällt,
 - bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit, wenn die Pflegebedürftigkeit unter die Drei-Punktegrenze fällt,
 - wenn die versicherte Person stirbt,
 - die vertragliche Leistungsdauer abläuft,
 - beziehungsweise diese Zusatzversicherung endet, weil die Hauptversicherung endet (siehe § 17, Ziffer 1).
6. Sie können bei Vertragsbeginn vereinbaren, dass anerkannte Leistungen über die vertraglich vereinbarte Versicherungsdauer dieser Zusatzversicherung hinaus erbracht werden müssen (wir sprechen hier dann von der Leistungsdauer). Sie enden aber spätestens mit dem Ende der Versicherungsdauer der Hauptversicherung beziehungsweise dem Garantzeitpunkt bei der fondsgebundenen Rentenversicherung.

Haben wir die Leistungen nach der Vertragsdauer dieser Zusatzversicherung, aber während der Leistungsdauer eingestellt, weil zum Beispiel der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 Prozent gesunken ist, zahlen wir Ihnen die Leistungen innerhalb der Leistungsdauer dennoch wieder bis maximal zum Ende der Versicherungsdauer der Hauptversicherung, wenn Sie wegen der ursprünglichen Ursache erneut berufsunfähig werden.

Die Bestimmung des § 8 gilt entsprechend.
7. Bis zu unserer Entscheidung über die Leistungspflicht sind die Beiträge in vertragsgemäßer Höhe weiter zu entrichten. Wir zahlen Ihnen diese aber ab Anerkennung der Leistungspflicht zurück.

Auf Antrag werden wir die Beiträge bis zur endgültigen Entscheidung über unsere Leistungspflicht stunden und hierfür keine Stundungszinsen erheben.

Sollten die Voraussetzungen für unsere Leistungspflicht nicht gegeben sein, haben Sie für die Begleichung des aufgelaufenen Beitragsrückstandes folgende Möglichkeiten:

- Sie können die gestundeten Beiträge in einer Summe zurückzahlen,
- Sie können diese Beträge nach einer entsprechenden Vereinbarung mit uns innerhalb von 12 Monaten ratenweise zurückzahlen,
- Sie können sie mit bestehenden Dividendenguthaben verrechnen,
- Sie können eine entsprechende Reduzierung der vereinbarten Rente verlangen, sofern dies nach den allgemein gültigen Grundsätzen der Versicherungsmathematik möglich ist.

§ 2 Was ist Schulunfähigkeit, Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit und Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

1. Welche Voraussetzungen müssen für das Vorliegen der Schulunfähigkeit gegeben sein?

War das versicherte Kind bei Vertragsabschluss zwischen dem 7. und dem vollendeten 14. Lebensjahr, liegt vollständige Schulunfähigkeit infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, dann vor, wenn es voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen zu 100 Prozent außer Stande ist, zur Erfüllung der gesetzlichen Schulpflicht aktiv am Unterricht an einer allgemein bildenden Regelschule teilzunehmen.

Keine Schulunfähigkeit im Sinne der Bedingungen liegt vor,

- wenn es nur teilweise am Unterricht teilnimmt, weil es zum Beispiel vom Schulsport befreit ist,
- wenn es regelmäßig nur am Unterricht einer Sonder- beziehungsweise Förderschule teilnehmen kann,
- wenn sonderpädagogische Maßnahmen regelmäßig erforderlich sind,
- wenn die Einschulung des versicherten Kindes aufgrund eines körperlichen, geistigen oder seelischen Entwicklungsrückstandes für ein Jahr zurückgestellt wurde und dieser Zustand nicht auf einer Krankheit, einer Körperverletzung oder eines Kräfteverfalls beruht,
- wenn ein Schuljahr wiederholt werden muss,
- wenn ein Schulwechsel erfolgte.

2. Welche Voraussetzungen müssen für das Vorliegen der Berufsunfähigkeit gegeben sein?

Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder über das normale Alter hinausgehenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen ausgestaltet war, nicht mehr zu mindestens 50 Prozent ausüben kann, und auch keine andere Tätigkeit ausübt, die auf Grund ihrer Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht (konkrete Verweisung).

Ist die versicherte Person mindestens sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder über das normale Alter hinausgehenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, zu mindestens 50 Prozent außer Stande gewesen, ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen ausgestaltet war, auszuüben und hat sie in dieser Zeit auch keine andere Tätigkeit ausgeübt, die auf Grund ihrer Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht, so gilt dieser Zustand als vollständige Berufsunfähigkeit von Beginn an.

a) Was verstehen wir unter dem Begriff der Lebensstellung?

Die bisherige Lebensstellung in diesem Sinne ist gewahrt, wenn diese andere Tätigkeit (Vergleichstätigkeit) dasselbe Ansehen und dieselbe soziale Wertschätzung wie der zuletzt vom Versicherten ausgeübte Beruf genießt und das dabei erzielte Bruttoeinkommen nicht unter 75 Prozent des zuletzt erzielten Bruttoeinkommens sinkt.

Bei der Prüfung der Frage, ob auch bereits bei einem geringeren Absinken die bisherige Lebensstellung beeinträchtigt ist, berücksichtigen wir immer Ihre spezielle Situation unter Beachtung der Richtlinien der jeweils aktuellen Rechtsprechung.

b) Was gilt für Selbstständige und Angestellte mit Weisungs- und Direktionsbefugnis?

Bei Selbstständigen und Angestellten mit Weisungs- und Direktionsbefugnis liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn sie ihren zuletzt ausgeübten Beruf auch nach zumutbarer Umorganisation oder Umgestaltung des bisherigen Tätigkeitsbereichs nicht mehr ausüben können.

Unter einem Angestellten mit Weisungs- und Direktionsbefugnissen verstehen wir mitarbeitende Unternehmer, Betriebs- und Geschäftsinhaber, beherrschende Gesellschafter-Geschäftsführer und freiberuflich Tätige, die hinsichtlich ihrer Berufsausübung keiner Fremdbestimmung unterliegen.

Eine Umorganisation oder Umgestaltung des bisherigen Arbeitsplatzes oder Tätigkeitsbereiches ist zumutbar, wenn sie

- wirtschaftlich sinnvoll ist,
- keinen erheblichen Kapitaleinsatz erfordert,
- von der versicherten Person realisiert werden kann,
- die Stellung der versicherten Person im Betrieb erhalten bleibt,
- die versicherte Person nach einer Umorganisation oder Umgestaltung ihre bisherige Lebensstellung beibehält,
- sich keine auf Dauer ins Gewicht fallenden Einkommenseinbußen ergeben.

Weisungsgebundene Mitarbeiter haben keine solche Verpflichtung zur zumutbaren Umorganisation oder Umgestaltung ihres Arbeitsplatzes.

- c) Welchen Einfluss hat die Zahlung einer gesetzlichen Rente?
Berufsunfähigkeit liegt ebenfalls vor, wenn ein Träger der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland allein aus medizinischen Gründen eine unbefristete Rente wegen voller Erwerbsminderung anerkannt hat.
- d) Was gilt bei einem Berufswechsel?
- aa) Einen Berufswechsel während der Versicherungsdauer müssen Sie uns grundsätzlich nicht anzuzeigen außer er war bei Vertragsabschluss schon absehbar.
- bb) Bei Berufswechsel innerhalb der letzten 24 Monate vor Antragstellung auf Leistungen kann aber der davor ausgeübte Beruf bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit nach § 2 Ziffer 2 Satz 1 herangezogen werden, wenn Ihnen die für den Eintritt der Berufsunfähigkeit ursächlichen Gesundheitsstörungen bereits bei Aufgabe des früheren Berufes bekannt waren (Vermeidung von Missbrauch).
- cc) Ein Berufswechsel wird dagegen nicht berücksichtigt, wenn
- sich die Lebensstellung durch den Berufswechsel verbessert hat,
 - er aus gesundheitlichen Gründen und auf ärztliche Anordnung notwendig wurde,
 - oder er wegen unfreiwilligem Wegfall der früheren Tätigkeit erfolgte.
- e) Was gilt für Hausfrauen/Hausmänner, Schüler, Auszubildenden und Studenten?
Die Tätigkeit von Hausfrauen/-männern, von Schülern, die bei Abschluss des Vertrages das 14. Lebensjahr vollendet haben, Studenten und Auszubildenden sehen wir als Beruf an. Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung.
- f) Was gilt für Human- und Zahnmediziner auf Grund einer Infektionsgefahr?
Bei Human- und Zahnmedizinern liegt Berufsunfähigkeit dann vor, wenn eine Rechtsvorschrift oder eine behördliche Anordnung dem Versicherten verbietet, wegen einer Infektionsgefahr Patienten zu behandeln (vollständiges Tätigkeitsverbot), und sich dieses vollständige Tätigkeitsverbot auf einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erstreckt.
- Zum Nachweis des Vorliegens eines vollständigen Tätigkeitsverbotes ist uns die Verfügung im Original oder amtlich beglaubigt vorzulegen.
- Liegt ein solches Verbot nicht vor, wird die Ansteckungsgefahr nach objektiven Kriterien und dem Stand der medizinischen Wissenschaft beurteilt, wobei im Zweifelsfalle dazu ein Gutachten eines renommierten Hygienikers eingeholt würde.
- g) Was gilt bei Ausscheiden aus dem Berufsleben?
- aa) Scheidet die versicherte Person nicht nur vorübergehend aus dem Berufsleben aus und werden später Leistungen nach dieser Ziffer 2 beantragt, so kommt es darauf an, dass sie außerstande ist, eine Tätigkeit auszuüben, die aufgrund ihrer Kenntnisse und Fähigkeiten ausgeübt werden kann und ihrer Lebensstellung (zu diesem Begriff siehe Ziffer 2 a) zum Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem Berufsleben entspricht.
- bb) Scheidet die versicherte Person nur vorübergehend – maximal drei Jahre – aus ihrem Beruf aus, ist aber zu diesem Zeitpunkt bereits eine Wiederaufnahme vorgesehen (zum Beispiel nach dem Mutterschutz oder dem Erziehungsurlaub), so gilt die unterbrochene berufliche Tätigkeit als zuletzt ausgeübter Beruf. Dabei wird die bei Ausscheiden aus dem Beruf erreichte Lebensstellung (zu diesem Begriff siehe Ziffer 2 a) berücksichtigt.
- cc) Berufe, die vor Abschluss dieser Zusatzversicherung ausgeübt wurden, werden bei Ausscheiden aus dem Berufsleben nicht berücksichtigt.

3. Welche Voraussetzungen gelten bei Pflegebedürftigkeit?

Ist die versicherte Person während der Dauer dieser Zusatzversicherung sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig geworden und benötigt sie täglich persönliche Hilfe bei mindestens 3, im Falle der Schulunfähigkeit bei mindestens 4 der nachfolgenden genannten Verrichtungen, so gilt dieser Zustand als vollständige Schul- beziehungsweise Berufsunfähigkeit im Sinne von Ziffer 1 und 2.

Eine Erwerbsunfähigkeit allein aufgrund der Pflegebedürftigkeit führt zu keinen Leistungen.

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls so hilflos ist, dass sie für die nachfolgend genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

Bewertungsmaßstab für die Einstufung des Pflegefalls ist der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung wird die nachstehende Punktetabelle zugrunde gelegt.

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

Fortbewegen im Zimmer 1 Punkt

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

Aufstehen und Zubettgehen 1 Punkt

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

An- und Auskleiden 1 Punkt

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

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken 1 Punkt

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

Waschen, Kämmen oder Rasieren 1 Punkt

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

Verrichten der Notdurft 1 Punkt

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

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

Besteht allein eine Inkontinenz des Darms beziehungsweise 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 auf Grund der Punktetabelle liegt vollständige Schul- beziehungsweise Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person wegen einer geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb ständiger Beaufsichtigung bedarf.

Unabhängig von der Bewertung auf Grund der Punktetabelle liegt vollständige Schul- beziehungsweise Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person der Bewahrung bedarf.

Bewahrung liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann.

Vorübergehende akute Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung. Vorübergehende Besserungen bleiben ebenfalls unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

4. Welche Voraussetzungen müssen für das Vorliegen der Erwerbsunfähigkeit gegeben sein?

a) Wann liegt vollständige Erwerbsunfähigkeit vor?

Vollständige Erwerbsunfähigkeit von Beginn an liegt vor, wenn die versicherte Person

- infolge Krankheit, Körperverletzung oder über das normale Alter hinausgehenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind,
- voraussichtlich dauernd, mindestens aber sechs Monate lang, ununterbrochen zu 100 Prozent außerstande ist,
- mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein.

b) welchen Einfluss hat die ausgeübte Tätigkeit auf das Vorliegen der Erwerbsunfähigkeit?

Volle Erwerbsunfähigkeit ist im Gegensatz zu § 2, Ziffer 2 unabhängig vom Beruf und der Erwerbstätigkeit, die der Versicherte zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübt hat.

Als Erwerbstätigkeit gilt jede Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, wobei es auf die Höhe des erzielbaren Arbeitseinkommens und die konkrete Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen nicht ankommt. Eine Veränderung der Lebensstellung und/oder eine Einkommensminderung aus diesem Grunde sind daher unbeachtlich.

§ 3 Wie ist der Übergang beziehungsweise Wechsel des Versicherungsschutzes für die Schulunfähigkeit, Berufsunfähigkeit beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit geregelt?

1. Schüler, die bei Vertragsschluss zwischen dem 7. und dem vollendeten 14. Lebensjahr waren, können die Schulunfähigkeit entweder über den Versicherungsschutz aufgrund der Erwerbsunfähigkeit oder über den Versicherungsschutz aufgrund der Berufsunfähigkeit absichern.

- Nach Schulabschluss geht der Versicherungsschutz für die Schulunfähigkeit automatisch in den Versicherungsschutz der Erwerbsunfähigkeit über. Dies gilt unabhängig davon, ob Versicherungsschutz aufgrund Erwerbsunfähigkeit oder aufgrund von Berufsunfähigkeit gewählt wurde. Erst mit der Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit, einer Berufsausbildung oder eines Studiums beginnt der Versicherungsschutz der Berufsunfähigkeit, falls dieser gewählt wurde.
- Die Berufsunfähigkeit der Schüler kann nur bis zum 60. Lebensjahr versichert werden. Die Erwerbsunfähigkeit bei Schülern und generell bei allen Versicherten ist bis zum 67. Lebensjahr versicherbar.
- Bis zwölf Monate nach der ersten Berufsaufnahme oder nach dem Beginn einer Berufsausbildung oder nach Studienbeginn garantieren wir einen Wechsel auf das derzeit tariflich vorgesehene Höchstendalter dieses versicherten Berufes ohne eine erneute Gesundheitsprüfung. Dieses Datum können Sie jederzeit bei uns anfragen.

In diesem Falle erfolgt gleichzeitig eine Einstufung in den dann aktuellen Tarif und den konkret ausgeübten Beruf. Im letzten Falle gelten jedoch die tariflichen Einschränkungen des versicherten Berufes, die wir Ihnen bei deren eventuellen Vorliegen schriftlich mitteilen werden.

- Nach einer Einstufung in den dann aktuellen Tarif und den konkret ausgeübten Beruf kann bis zwölf Monate nach der ersten Berufsaufnahme die versicherte Rente um maximal 12.000 Euro erhöht werden, ohne sich einer erneuten Gesundheitsprüfung unterziehen zu müssen, wenn dies aufgrund der finanziellen beruflichen Einnahmen möglich ist und die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt das 30. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.
Die Nachversicherungsmöglichkeit des § 20 bleibt davon unberührt. Die übrigen Voraussetzungen des § 20 müssen jedoch vorliegen, insbesondere verweisen wir auf unser Recht, aussagekräftige Unterlagen anfordern zu können wie einen Einkommensnachweis der letzten drei Jahre oder bei Berufsanfängern einen Einkommensnachweis des ersten Arbeitgebers.

Den Einschluss der Dynamisierung zu Ihren Haupt- und Zusatzversicherungen im Rahmen der ARAG pro-dynamik können Sie unmittelbar nach der ersten Berufsaufnahme beantragen.

- Wollen Sie einen Wechsel in den Versicherungsschutz für die Berufsunfähigkeit beantragen oder eine Erhöhung der Leistung, insbesondere der Rente wünschen, so ist hierzu bis auf die Ausnahmefälle der §§ 3 und 4 zur Prüfung immer ein neuer Versicherungsantrag einzureichen und eine erneute Gesundheitsprüfung durchzuführen.
- Wollen Sie von einem Versicherungsschutz nach § 2 Ziffer 2 (Berufsunfähigkeit) in einen Versicherungsschutz nach § 2 Ziffer 4 (Erwerbsunfähigkeit) wechseln oder die Höhe des Versicherungsschutzes verringern, insbesondere eine geringere Rente versichern, ist dies jederzeit auf formlosen Antrag ohne erneute Gesundheitsprüfung möglich.

§ 4 Wie unterstützen wir Sie als junger Erwachsener (Starterphase)?

- Auch als junger Erwachsener (zwischen dem 15. und dem vollendeten 27. Lebensjahr) können Sie bei Vertragsabschluss zwischen einer Absicherung für den Fall der Erwerbsunfähigkeit beziehungsweise den Fall der Berufsunfähigkeit wählen.

Haben Sie einen Beruf aufgenommen und Versicherungsschutz gegen Berufsunfähigkeit gewählt, wird für die Zeit bis zum Ablauf des tariflich vorgesehenen Endalters dieses Berufes die Unfähigkeit zur Ausübung dieses Berufes nach den Kriterien der Berufsunfähigkeit geprüft, danach erfolgt die Prüfung nach den Kriterien der Erwerbsunfähigkeit.

- Haben Sie die Zahlung einer Rente mitversichert und sind junger Erwachsener (bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres) dann bieten wir Ihnen zur Erleichterung der Beitragszahlung an, verringerte Beiträge bis höchstens zum siebten Versicherungsjahrestag (sog. Starterphase) zu zahlen, die dann ab Ende der Starterphase, spätestens mit Vollendung des 30. Lebensjahres, um einen zu Vertragsbeginn fest vereinbarten Betrag erhöht werden.

Wir dokumentieren im Versicherungsschein diesen fest vereinbarten Termin (Wechseltermin) und den dann ab Ende der Starterphase über die restliche Versicherungsdauer konstant bleibenden Beitrag, der sich nur durch den Einschluss der ARAG pro-dynamik erhöhen kann.

Vier Wochen vor diesem Termin werden Sie von uns nochmals über den vereinbarten Wechsel informiert.

Die Höhe der versicherten Rente bleibt auch bei einer ursprünglich geringer vereinbarten Beitragszahlung über die gesamte Vertragslaufzeit – auch nach dem Wechseltermin – unverändert.

- Bis zwölf Monate nach der ersten Berufsaufnahme garantieren wir einen Wechsel auf das derzeit tariflich vorgesehene Höchstendalter dieses versicherten Berufes ohne eine erneute Gesundheitsprüfung. Dieses Datum können Sie jederzeit bei uns anfragen.

In diesem Falle erfolgt gleichzeitig eine Einstufung in den dann aktuellen Tarif und den konkret ausgeübten Beruf. Im letzten Falle gelten jedoch die tariflichen Einschränkungen des versicherten Berufes, die wir Ihnen bei deren eventuellen Vorliegen schriftlich mitteilen werden.

- Nach einer Einstufung in den dann aktuellen Tarif und den konkret ausgeübten Beruf kann bis zwölf Monate nach der ersten Berufsaufnahme die versicherte Rente um maximal 12.000 Euro erhöht werden, ohne sich einer erneuten Gesundheitsprüfung unterziehen zu müssen, wenn dies aufgrund der finanziellen beruflichen Einnahmen möglich ist und die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt das 30. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Die Nachversicherungsmöglichkeit des § 20 bleibt davon unberührt. Die übrigen Voraussetzungen des § 20 müssen jedoch vorliegen, insbesondere verweisen wir auf unser Recht, aussagekräftige Unterlagen anfordern zu können wie einen Einkommensnachweis der letzten drei Jahre oder bei Berufsanfängern einen Einkommensnachweis des ersten Arbeitgebers.

Den Einschluss der Dynamisierung zu Ihren Haupt- und Zusatzversicherungen im Rahmen der ARAG pro-dynamik können Sie unmittelbar nach der ersten Berufsaufnahme beantragen.

§ 5 Was gilt für die Erhöhung der Versicherungsleistungen im Leistungsbezug?

1. Werden Leistungen aus dieser Versicherung gezahlt, erhöhen wir den Beitrag für die Hauptversicherung und weiterer eingeschlossener Zusatzversicherungen, aus denen keine Leistungen bezogen werden, jährlich um 5 Prozent.
Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung, aber keine Erhöhung einer zu zahlenden Rente aus dieser Versicherung.

2. Die Erhöhung des Beitrags und der Versicherungsleistungen mit Ausnahme der Rente erfolgen erstmals zum nächsten Versicherungsjahrestag, der auf den Beginn der Leistungspflicht aus dieser Zusatzversicherung folgt, aber frühestens 12 Monate nach Versicherungsbeginn.

Sie enden spätestens mit Erreichen der Vertragsdauer dieser Zusatzversicherung.

Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

3. Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten Alter der versicherten Person, der restlichen Beitragszahlungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag.

Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge.

Sind weitere Zusatzversicherungen eingeschlossen, so werden ihre Versicherungsleistungen im selben Verhältnis wie die Hauptversicherung erhöht.

4. Alle im Rahmen des Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen, auch Bezugsrechtsverfügungen, erstrecken sich auch auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen.

5. Endet unsere Leistungspflicht aus dieser Zusatzversicherung und lebt Ihre Pflicht zur Zahlung der Beiträge wieder auf, sind von Ihnen die Beiträge zu zahlen, die sich einschließlich der Erhöhungen und zzgl. der Beitragsteile für diese Zusatzversicherung ergeben.

6. Sie haben aber das Recht, innerhalb von drei Monaten zu verlangen, dass die zu zahlenden Beiträge wieder auf die Beiträge herabgesetzt werden, die vor Eintritt des Leistungsbeginns galten.

Die Frist für diesen Antrag beginnt mit dem Zugang unseres Schreibens, in dem wir Ihnen das Ende unserer Leistungspflicht und die Höhe des künftig zu zahlenden Beitrages mitteilen.

Werden die Beiträge herabgesetzt, haben Sie dennoch keinen Verlust: Wir verwenden nämlich die zwischenzeitlich von uns gezahlten höheren Beiträge dazu, Ihre Versicherungsleistungen aus der Hauptversicherung nach den Grundsätzen der Versicherungsmathematik entsprechend anzuheben.

§ 6 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

1. Wann liegt vorvertragliche Anzeigepflicht vor?

Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Vertragsabschluss in Verbindung mit dem Versicherungsantrag in Textform (das sind vor allem das Antragsformular, aber auch Mails, Briefe oder FAX) gestellten Fragen – man spricht hier von gefahrerheblichen Umständen – bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht).

Dies gilt nicht nur für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden, ärztlichen Behandlungen, sondern auch für Fragen zu Ihrer beruflichen Tätigkeit und Ihrer wirtschaftlichen Situation.

Stellen wir nach Abgabe Ihrer Erklärung, aber noch vor Vertragsannahme noch weitere Fragen in Textform im Sinne des Satz 1, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

2. Wer ist für die Beantwortung der Fragen zuständig?

Soll die Schulunfähigkeit beziehungsweise Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit einer anderen Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der gestellten Fragen entsprechend der Ziffer 1 verantwortlich.

3. Was bedeutet der Rücktritt?

Wenn gefahrerhebliche Umstände im Sinne von Ziffer 1, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben und für unseren Entschluss, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind, von Ihnen oder der versicherten Person (siehe Ziffer 2) zum Zeitpunkt der Abgabe Ihrer Vertragserklärung nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir entweder vom gesamten Versicherungsvertrag oder nur von diesem Zusatzversicherungsvertrag zurücktreten.

Wir werden den Rücktritt auf diesen Zusatzversicherungsvertrag beschränken, wenn die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht auf die zugrunde liegende Hauptversicherung und andere eingeschlossenen Zusatzversicherungen keine Auswirkung haben (teilweiser Rücktritt).

Erklären wir nur einen teilweisen Rücktritt, sind Sie berechtigt, das Versicherungsverhältnis bezüglich des übrigen Teils zu kündigen. Ihre Kündigung müssen Sie spätestens zum Schluss der Versicherungsperiode erklären, in welcher unser Rücktritt wirksam wird.

Der Rücktritt vom Vertrag ist jedoch nicht möglich, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist.

Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht ist jedoch dann ausgeschlossen, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

4. Welche Folgen hat die Erklärung des Rücktritts?

Im Falle des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Außerdem wird der Vertrag von Beginn an aufgehoben.

Wir sind dann nicht mehr zu einer Leistung verpflichtet.

Darüber hinaus bleiben Sie zur Weiterzahlung der Versicherungsbeiträge bis zum Wirksamwerden unserer Rücktrittserklärung verpflichtet.

Die Rückzahlung Ihrer bisher gezahlten Beiträge können Sie nicht verlangen.

All diese Folgen treten aber nicht ein, unsere Leistungspflicht bleibt vielmehr 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. Wann können wir Ihren Vertrag kündigen?

Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht, können wir die Zusatzversicherung unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Wir werden unser Kündigungsrecht auf diese Zusatzversicherung beschränken, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht auf die zugrunde liegende Hauptversicherung und eingeschlossener Zusatzversicherungen keine Auswirkung haben (teilweise Kündigung).

Auch in diesem Falle haben Sie das Recht, das Versicherungsverhältnis bezüglich des übrigen Teils zu kündigen.

Ihre Kündigung müssen Sie spätestens zum Schluss der Versicherungsperiode erklären, zu der unsere Kündigung wirksam wird.

Weiter verzichten wir auf unser Recht zur Kündigung des Versicherungsverhältnisses, wenn die Ihnen bei der Schließung des Vertrages obliegende Anzeigepflicht zwar verletzt worden ist, unser Rücktrittsrecht aber ausgeschlossen ist, weil Ihnen kein Verschulden zur Last fällt.

Das gleiche gilt, wenn bei der Schließung des Vertrages uns ein für die Übernahme der Gefahr erheblicher Umstand nicht angezeigt worden ist, weil er Ihnen nicht bekannt war.

6. Welche Folgen hat unsere Kündigungserklärung?

Im Falle der Kündigung besteht Versicherungsschutz nur bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Kündigung.

Auch hier sind Sie zur Weiterzahlung der Beiträge bis zu diesem Zeitpunkt verpflichtet.

Eine Rückzahlung der bisher gezahlten Beiträge ist auch hier nicht möglich.

Bei Kündigung der Zusatzversicherung wird der Rückkaufswert nach den allgemein gültigen Regeln der Versicherungsmathematik errechnet. Von diesem Wert wird ein Stornoabzug in Höhe von 50 Prozent abgezogen. Nach dem Stornoabzug werden eventuell rückständige Beiträge einbehalten. Wenn eine beitragsfreie Mindestjahresrente von 600 Euro erreicht ist, wan-

delt sie sich in eine beitragsfreie Versicherung um, andernfalls wird der verbleibende Betrag auf die Hauptversicherung übertragen.

Diese Folgen der Kündigungserklärung treten nicht ein, unsere Leistungspflicht bleibt vielmehr bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

7. Wann dürfen wir Ihren Vertrag rückwirkend anpassen?

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil.

Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Soweit diese anderen Bedingungen einen Ausschluss der Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand beinhalten (Leistungsausschluss), verlieren Sie insoweit rückwirkend den Versicherungsschutz. Dies bedeutet, dass für bereits eingetretene Versicherungsfälle unsere Leistungspflicht rückwirkend entfällt.

Wir verzichten auf unser Recht zur Anpassung der Bedingungen, wenn zwar die Ihnen bei der Schließung des Vertrages obliegende Anzeigepflicht verletzt worden ist, Ihnen jedoch kein Verschulden zur Last fällt.

Das gleiche gilt, wenn bei der Schließung des Vertrages uns ein für die Übernahme der Gefahr erheblicher Umstand nicht angezeigt worden ist, weil er Ihnen nicht bekannt war.

Erhöht sich der Beitrag durch die Vertragsanpassung um mehr als 10 Prozent oder können wir die Gefahrabsicherung für den nicht oder nicht richtig angezeigten Umstand nur über eine Leistungsausschlussklausel in den Vertrag mit aufnehmen, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer entsprechenden Mitteilung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

In unserer Mitteilung weisen wir Sie auf dieses Kündigungsrecht hin.

8. Ausübung unserer Rechte

Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung oder Vertragsanpassung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir müssen unsere Rechte schriftlich innerhalb eines Monats geltend machen.

Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die die von uns geltend gemachten Rechte begründet, Kenntnis erhalten haben.

Dabei geben wir schriftlich die Umstände an, auf die wir unsere Erklärung stützen und weisen Sie auch auf die Folgen der Anzeigepflichtverletzung hin.

Weitere nachträglich bekannt gewordene Umstände zur Begründung unserer Rechte können wir nur dann noch anführen, wenn für diese die Einmonatsfrist noch nicht verstrichen ist.

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.

9. Welche Fristen sind zu beachten?

Die genannten Rechte können wir nur binnen fünf Jahren seit Abschluss des Vertrags ausüben. Haben Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

10. Wann können wir das Vertragsverhältnis anfechten?

Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, wenn durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmehentscheidung Einfluss genommen worden ist (arglistige Täuschung).

Haben Sie Ihre Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir zu keiner Leistung verpflichtet.

Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. In diesem Falle sind wir zu keinerlei Leistung verpflichtet.

Ziffer 9 gilt entsprechend.

11. Leistungserweiterung oder Wiederherstellung der Versicherung

Die Ziffern 1 bis 10 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternde Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen nach Ziffer 9 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

12. Wer ist der Empfänger der Erklärungen zu unseren Rechten?

Die Ausübung unserer Rechte erfolgt durch schriftliche Erklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist.

Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Ableben ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, so können wir den Inhaber des Versicherungsscheines zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

13. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen.

Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

§ 7 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

1. Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zur Schulunfähigkeit beziehungsweise Berufs- und Erwerbsunfähigkeit gekommen ist.

2. Soweit nicht etwas anderes vereinbart worden ist, leisten wir jedoch nicht, wenn die Schulunfähigkeit beziehungsweise Berufs- und Erwerbsunfähigkeit verursacht ist:

- a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs-, Bürgerkriegsereignisse oder innere Unruhen.
Diese Einschränkung gilt nicht, wenn
- die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen, Bürgerkriegsereignissen und inneren Unruhen schulunfähig beziehungsweise berufs- oder erwerbsunfähig wird,
 - denen sie während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik ausgesetzt war und
 - an denen sie nicht aktiv beteiligt war oder auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.

Ereignisse im oben genannten Sinn sind solche, die Unfallcharakter haben und typischerweise mit Kriegs- und Kampfhandlungen verbunden sind, insbesondere durch Kriegswaffen oder mittelbar zum Beispiel durch Gebäudeeinstürze.

Einsätze von humanitären Hilfeleistungen sind vom Versicherungsschutz umfasst.

- b) durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person; bei fahrlässigen Verstößen wie sie zum Beispiel im Straßenverkehr eintreten können, besteht jedoch Versicherungsschutz;
- c) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder mehr als über das normale Alter hinausgehenden Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte vorsätzliche Selbsttötung.

Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;

- d) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Invalidität der versicherten Person herbeigeführt haben;
- e) 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 oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden.

Dieser Ausschluss gilt nicht, sofern der Einsatz dieser Waffen auf ungewollte Zufallereignisse beruht und nicht gegen die Rechnungsgrundlagen laufende Häufung von Leistungsfällen verstößt.

- f) durch Strahlen, die die Gesundheit einer großen Anzahl von Menschen so stark schädigen können, dass zu deren Abwehr oder Bekämpfung der Einsatz staatlicher Einrichtungen wie eine Katastrophenschutzbehörde dringend erforderlich ist.

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

1. Werden Leistungen aus dieser Zusatzversicherung nach Eintritt des Versicherungsfalles beantragt, so können wir von Ihnen verlangen, uns jede Auskunft, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist, zu erteilen.

Wir können alle erforderlichen Belege anfordern; demzufolge sind uns folgende Unterlagen einzureichen:

- a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Schulunfähigkeit, Berufs- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit;
- b) ausführliche Berichte der Ärzte und Heilbehandler, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln beziehungsweise behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über den Grad der Schulunfähigkeit, Berufs- und Erwerbsunfähigkeit oder über die Pflegestufe;
- c) Unterlagen über die Schulart, die Schulausbildung, die Immatrikulation, den Beruf der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Schulunfähigkeit beziehungsweise Berufs- und Erwerbsunfähigkeit, über die wirtschaftlichen Verhältnisse sowie über die eingetretenen Veränderungen;
- d) bei Schulunfähigkeit beziehungsweise Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Anspruchserhebende zu tragen.

Steht das Recht auf unsere Leistungen einem Dritten zu, hat auch dieser die genannten Pflichten zu erfüllen.

2. Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise – auch über die schulischen, beruflichen und wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen.

Die versicherte Person hat Ärzte, Heilbehandler, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder Pflege war oder sein wird, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer, Schulämter und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen.

Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die anfallenden ärztlichen Untersuchungen in einem Mitgliedsstaat der EU durchgeführt werden. In diesem Falle übernehmen wir die Untersuchungskosten sowie übliche Reise- und Übernachtungskosten bis zu maximal 2.500 Euro. Wir werden jedoch nach Möglichkeit versuchen, die ärztlichen Untersuchungen in Wohnortnähe des Versicherten – auch im Ausland – vornehmen zu lassen.

3. Wenn uns die in Ziffer 1 und 2 genannten Unterlagen vom Versicherungsnehmer, dem Bezugsberechtigten beziehungsweise Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht vorgelegt werden, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung solange frei, bis dieser Verpflichtung nachgekommen wird.

Bei grob fahrlässiger Verletzung dieser Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, die Leistung in einem die Schwere Ihres Verschuldens entsprechendem Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflichten nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Ihre Ansprüche bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich ist. Dies gilt nicht, wenn Sie Ihre Verpflichtung arglistig verletzt haben.

Unsere vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 9 Was gilt für Anordnungen, die ein Arzt oder Heilbehandler trifft?

Die Befolgung von Anordnungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt beziehungsweise Heilbehandler nach gewissenhaftem Ermessen trifft, um die Heilung zu fördern und die Schulunfähigkeit beziehungsweise Berufs- und Erwerbsunfähigkeit zu mindern, ist nicht Voraussetzung für die Anerkennung der Leistung aus dieser Versicherung.

Dies gilt insbesondere für genehmigungspflichtige Operationen, spezielle Therapien wie zum Beispiel Chemo- oder Strahlentherapie oder medikamentöse Behandlungen mit unangemessen hohen Nebenwirkungen.

Dagegen sind solche Anordnungen des Arztes oder Heilbehandlers zu befolgen, die nicht mit Gefahren oder Schmerzen verbunden sind und die Aussicht auf wesentliche Besserung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen bieten. Dazu gehört auch die Einnahme verordneter zumutbarer Medikamente oder die Verwendung gängiger und allgemein gebräuchlicher medizinisch-technischer Hilfsmittel wie zum Beispiel Seh- oder Hörhilfen.

§ 10 Wo haben Sie Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz aus dieser Versicherung gilt weltweit, auch wenn Sie sich nach Abschluss dieser Versicherung dauerhaft oder auch nur vorübergehend im Ausland aufhalten, sei es aus privaten oder beruflichen Gründen.

§ 11 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab und welche Ansprüche haben Sie daraus?

1. Nach Prüfung aller uns eingereichten sowie aller von uns nachgeforderten Unterlagen erklären wir innerhalb von zehn Arbeitstagen in Textform, ob wir unsere Leistungspflicht anerkennen.

Wir werden Ihnen innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Eingang der jeweils zur Prüfung eingereichten oder von uns angeforderten Unterlagen mitteilen, welche weiteren Schritte wir im Rahmen der Leistungsprüfung einleiten.

Über den Stand des Verfahrens erhalten Sie mindestens alle sechs Wochen eine Nachricht. Dies gilt insbesondere für die Anforderung von Unterlagen und deren eventuelle Erinnerung bei Dritten.

Bei Überschreiten dieser Fristen zahlen wir auf Antrag ab dem elften Arbeitstag nach Fristablauf Zinsen in Höhe von vier Prozent für die Zeit nach dem Fristablauf bis zum Datum der Weiterbearbeitung Ihrer Ansprüche, wenn wir unsere Leistungspflicht nach Abschluss unserer Prüfungen anerkennen konnten.

2. Haben Sie Ihren Anspruch bei uns angemeldet, können wir uns auf eine mögliche Verjährung nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches solange nicht berufen bis Ihnen beziehungsweise dem Anspruchsteller unsere Entscheidung in Textform zugeht.
3. Auf ein zeitlich befristetes Anerkenntnis unserer Leistungspflicht bei Berufsunfähigkeit verzichten wir ebenso wie auf die Möglichkeit, Sie theoretisch auf einen anderen Beruf zu verweisen (abstrakte Verweisbarkeit).

§ 12 Welche Leistungen erhalten Sie bei Wiedereingliederungsmaßnahmen?

Wir sind nicht berechtigt, Umschulungs-, Weiterbildungs- oder Wiedereingliederungsmaßnahmen zu verlangen. Unterzieht sich die versicherte Person jedoch einer solchen Maßnahme aus medizinischen Gründen, unterstützen wir diese dadurch, dass wir für die Zeit, in der diese Maßnahmen durchgeführt werden, die tariflichen Leistungen zahlen.

§ 13 Welche Hilfen in besonderen Fällen können Sie beanspruchen?

Sie haben einen Anspruch darauf, dass wir Sie bei Fragen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation unterstützen. Bei Selbstständigen unterstützen wir Sie ebenfalls bei Fragen der betrieblichen Umorganisation.

§ 14 Was gilt bei Einstellung von Krankentagegeld wegen Berufsunfähigkeit durch die ARAG-Krankenversicherung?

Wenn bei der ARAG Krankenversicherungs-AG ein Krankentagegeld versichert ist und von dieser die Krankentagegeldzahlungen wegen eingetretener Berufsunfähigkeit eingestellt werden müssen, werden wir unsere Leistungen aus dieser Versicherung zeitlich nahtlos anschließen.

Wegen der Zugehörigkeit der ARAG Lebensversicherungs-AG und der ARAG Krankenversicherungs-AG zum selben Versicherungskonzern gilt diese besondere Hilfe nur für Krankentagegeldversicherungen, die bei der ARAG Krankenversicherungs-AG bestehen.

§ 15 Was gilt für die Nachprüfung der Schulunfähigkeit, der Berufs- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit?

1. Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Schulunfähigkeit, der Berufs- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit und ihren Grad oder die Pflegebedürftigkeit nachzuprüfen.

Dabei können wir erneut prüfen, ob die versicherte Person wieder in der Lage ist, eine Schule im Sinne von § 2 Ziffer 1 zu besuchen, dort aktiv wieder am Unterricht teilzunehmen, das Studium wieder aufzunehmen beziehungsweise ob sie unter Berücksichtigung von neu erworbenen beruflichen Fähigkeiten hinsichtlich einer Tätigkeit, die sie konkret ausübt, im Sinne von § 2, Ziffer 2 noch berufsunfähig ist.

2. Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal pro Jahr eine umfassende Untersuchung der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen.

Die Bestimmungen des § 8 Ziffer 2 gelten entsprechend.

3. Eine Verbesserung der gesundheitlichen Verhältnisse, der Pflegebedürftigkeit und/oder die Wiederaufnahme beziehungsweise Änderung eines Schulbesuches oder eines Studiums beziehungsweise einer beruflichen Tätigkeit müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.
4. Wir stellen unsere Leistungen ein, wenn der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente nach § 1 Ziffer 5 erlischt.

Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente endet in diesem Falle, wenn die versicherte Person den Schulbesuch oder das Studium wieder aufgenommen hat beziehungsweise aufgrund neu erworbener beruflicher Kenntnisse und Fähigkeiten eine Tätigkeit ausübt, die ihrer Lebensstellung vor Eintritt der Berufs- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit entspricht und das erzielbare Bruttoeinkommen nicht unter 75 Prozent des zuletzt erzielten Bruttoeinkommens liegt.

Bei der Prüfung der Frage, ob auch bereits bei einem geringeren Absinken die bisherige Lebensstellung beeinträchtigt ist, berücksichtigen wir immer Ihre aktuelle Situation unter Beachtung der Richtlinien der jeweils aktuellen Rechtsprechung.

In diesen Fällen legen wir Ihnen die Veränderung in Textform dar und teilen dem Versicherungsnehmer und dem Anspruchsberechtigten die Einstellung mit.

Die Einstellung unserer Leistungen wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang der Erklärung bei Ihnen wirksam.

In diesen Fällen muss ab diesem Zeitpunkt auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.

Dies gilt selbstverständlich dann nicht, wenn die versicherte Person zuvor verstirbt.

§ 16 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Schulunfähigkeit, der Berufs- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit?

1. Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 8 oder § 15 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vor- sätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei.
2. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistungen in einem die Schwere des Verschuldens entsprechendem Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflichten nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Abweichend von Ziffer 1 und 2, Abs. 1 sind wir jedoch dann zur Leistung verpflichtet, wenn die Verletzung der Mitwirkungs- pflichten weder für den Eintritt noch für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht von Einfluss ist.

Dies gilt jedoch nicht, wenn diese Pflicht arglistig verletzt wurde.

3. Unsere vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehen- den Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 17 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

1. Die Zusatzversicherung bildet mit der Hauptversicherung eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden.
2. Eine Zusatzversicherung, für die laufende Beiträge zu zahlen sind, können Sie für sich allein kündigen.

Dabei wird der Rückkaufswert nach den allgemein gültigen Regeln der Versicherungsmathematik errechnet. Von diesem Wert wird ein Stornoabzug in Höhe von 50 Prozent abgezogen. Nach dem Stornoabzug werden eventuell rückständige Beiträge ab- gezogen, der verbleibende Betrag wird auf die Hauptversicherung übertragen.

Mit dem Abzug wird zum einen die Veränderung der Risiko- und Ertragslage des verbleibenden Versichertenbestandes ausge- glichen. Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass sich die Risikogemeinschaft gleichmäßig aus Versi- cherten mit einem hohen und einem geringeren Risiko zusammensetzt. Da Personen mit einem geringeren Risiko die Risiko- gemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko, wird in Form eines kalkulatorischen Ausgleichs sicher- gestellt, dass der Risikogemeinschaft durch vorzeitige Vertragskündigung kein Nachteil entsteht. Wir kalkulieren im Übrigen so, dass alle Verträge über ihre Laufzeit hinweg zu den Erträgen beitragen. Diese Erträge fallen in der Regel erst in späteren Versicherungsjahren an. Vorzeitige Vertragsauflösungen schmälern daher den tariflich kalkulierten Ertrag.

Darüber hinaus wird mit dem Stornoabzug ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Wir bieten Ihnen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes Garantien und Optionen. Dies ist möglich, weil ein Teil des dafür erfor- derlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) durch den Versichertenbestand zur Verfügung gestellt wird. Bei Neuabschluss eines Vertrages partizipiert dieser an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Während der Laufzeit muss der Vertrag daher Solvenz- mittel zur Verfügung stellen. Bei Vertragskündigung gehen diese Solvenzmittel dem verbleibenden Bestand verloren und müssen deshalb im Rahmen des Abzugs ausgeglichen werden. Der interne Aufbau von Risikokapital ist regelmäßig für alle

Versicherungsnehmer die günstigste Finanzierungsmöglichkeit von Garantien und Optionen, da eine Finanzierung über externes Kapital wesentlich teurer ist.

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

In den letzten fünf Versicherungsjahren vor dem frühesten Rentenbeginn der Hauptversicherung, kann die Zusatzversicherung jedoch nur zusammen mit der Hauptversicherung gekündigt werden.

3. Die Zusatzversicherung können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln, und nur dann, wenn die beitragsfreie Mindestrente von 600 Euro pro Jahr erreicht wird. Das Verhältnis zwischen der versicherten Rente und der Leistung aus der Hauptversicherung wird durch die Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung nicht verändert. Die beitragsfreie Rente errechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode.
Zum Stornoabzug und dem Abzug rückständiger Beiträge gelten die Ausführungen unter § 17 Ziffer 2 Abs. 2 und 3 entsprechend.

Wird die Mindestrente nicht erreicht, wird der verbleibende Betrag auf die Hauptversicherung übertragen.

4. Im Falle der Beitragsfreistellung haben Sie innerhalb von sechs Monaten das Recht, die Kapital- oder Rentenversicherung (Hauptversicherung) einschließlich dieser Zusatzversicherung ohne eine erneute Gesundheitsprüfung wieder in Kraft setzen zu lassen, indem Sie dies beantragen und die rückständigen Beiträge nachzahlen, sofern der Versicherungsfall aus der Hauptversicherung beziehungsweise dieser Zusatzversicherung bei Zugang Ihrer diesbezüglichen Erklärung noch nicht eingetreten ist. Die nachzuzahlenden Beiträge gelten dann bis zum Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung als gestundet; für diesen Zeitraum behalten wir uns vor, Stundungszinsen zu erheben. Die Nachzahlung der Beiträge kann auf Wunsch in 12 Monatsraten erfolgen, wobei wir dann ebenfalls Zinsen erheben können.

5. Weiterhin bieten wir Ihnen bei Zahlungsschwierigkeiten folgende Möglichkeiten an:

Sie können eine kapitalbildende Lebensversicherung mit Einschluss dieser Zusatzversicherung in eine Risikolebensversicherung mit Einschluss dieser Zusatzversicherung umwandeln oder die anfallenden Beiträge mit den schon vorhandenen Dividenden verrechnen oder die versicherte Leistung aus der Hauptversicherung entsprechend herabsetzen, sofern dies nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik möglich ist.

Bei kurzfristigen Zahlungsschwierigkeiten bieten wir Ihnen eine Beitragsstundung für die Hauptversicherung beziehungsweise Beitragspause bei der fondsgebundenen Rentenversicherung einschließlich der Zusatzversicherungen an. Hierfür gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung.

Eine Beitragsstundung nur für die Zusatzversicherungen ist nicht möglich.

6. Voraussetzung für eine Beitragsstundung ist, dass Beiträge für mindestens zwölf Monate gezahlt wurden und die Stundung nicht länger als sechs Monate dauern soll. Die Nachzahlung der Beiträge hat am Ende des Stundungszeitraums in einer Summe zu erfolgen.
7. Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung gelten die Ziffern 2 bis 4 entsprechend.
8. Ist unsere Leistungspflicht aus der Zusatzversicherung anerkannt oder festgestellt, so berechnen wir die Leistung aus der Hauptversicherung so, als ob Sie den Beitrag unverändert weitergezahlt hätten.
9. Ansprüche aus dieser Zusatzversicherung können sie nicht abtreten oder verpfänden.
10. Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

§ 18 Wie ist Ihre Versicherung am Überschuss beteiligt?

1. Die Zusatzversicherung ist grundsätzlich gemäß § 153 VVG gesondert am Überschuss beteiligt. Dafür gelten die Regelungen zur Überschussbeteiligung in den Allgemeinen Bedingungen Ihrer Hauptversicherung. Sie gehört zur selben Bestandsgruppe wie die Hauptversicherung, eine Beteiligung an den Bewertungsreserven (sog. stille Reserven) erfolgt nicht.

In einzelnen Versicherungsjahren kann eine Zuteilung von Überschüssen entfallen.

Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht, den Sie bei uns anfordern können.

2. Eine Wartezeit für die Beteiligung an den Überschüssen entfällt.

3. Es sind folgende Überschussverwendungen möglich, je nach dem, wann die Überschüsse erwirtschaftet wurden:
 - a) Überschussentstehung in der Zeit, in der Sie die Beiträge zahlen:
 - Beitragsverrechnung (nur bei monatlicher Zahlungsweise)
 - oder Erhöhung der versicherten Garantierente, die im Leistungsfall als Bonusrente zusammen mit der Garantierente ausbezahlt wird
 - b) Überschussentstehung in der Zeit, in der Sie die Versicherungsleistung – Beitragsbefreiung beziehungsweise Rente – erhalten:
 - jährliche Barauszahlung der anfallenden Überschüsse zum Versicherungsjahrestag
 - oder laufende Erhöhung der Rente (steigende Rente)
4. Die Bonusrente aus der Überschussbeteiligung gemäß Ziffer 3 a) erhöht bei Leistungsbeginn die versicherte Garantierente. Sie wird in Prozent der versicherten Leistung – Beitragsbefreiung und Garantierente – bemessen.

Die Bonusrente wird während des Leistungsbezugs in voller Höhe garantiert, unabhängig von der sonstigen Entwicklung der Überschussbeteiligung.
5. Die Überschussanteile bei monatlicher Zahlungsweise können gemäß Ziffer 3 a) auf Antrag auch mit den Beiträgen verrechnet werden.

Dann wird aber im Leistungsfall zum Rentenbeginn nur die Garantierente gezahlt.
6. Erhalten Sie aus dieser Zusatzversicherung Leistungen, bekommen Sie noch Zinsüberschussanteile, die sich nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik unter Zugrundelegung der Garantierente und der Rente, die sich aus dem Leistungsanteil der Beitragsbefreiung ergibt, errechnet werden.
7. Beitragsfreie Versicherungen erhalten einen Zinsüberschussanteil, der nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik errechnet wird.

§ 19 Wer erhält die Versicherungsleistungen?

1. Die Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer.
2. Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten weltweit. Allerdings trägt bei Überweisungen ins Ausland der Empfangsberechtigte die damit verbundene Gefahr.

§ 20 Wann können Sie die Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen (Nachversicherungsmöglichkeiten)?

1. Sie haben bei bestimmten Ereignissen die Möglichkeit, eine Erhöhung der vereinbarten Versicherungssumme ohne erneute Gesundheitsprüfung zu verlangen (Nachversicherung).

Diese Ereignisse sind:

- Heirat beziehungsweise Registrierung nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) der versicherten Person,
- Geburt eines Kindes der versicherte Person,
- Adoption eines minderjährigen Kindes durch die versicherte Person,
- Rechtskräftige Scheidung oder Aufhebung der Lebenspartnerschaft nach dem LPartG der versicherten Person,
- Tod des mitverdienenden Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners,
- Erfolgreicher Abschluss einer Meisterprüfung,
- Erfolgreicher Abschluss eines Fach- beziehungsweise Hochschulexamens,
- Gehaltssprung bei Angestellten und Beamten um 20 Prozent gegenüber dem Bruttojahresgehalt des vorausgehenden Kalenderjahres,
- Mehrverdienst bei Selbstständigen um 20 Prozent gegenüber den durchschnittlichen Einkünften aus Gewerbebetrieb und/oder selbstständiger Tätigkeit der letzten drei Jahre,
- Erwerb einer selbstgenutzten Immobilie,
- Wegfall des Berufsunfähigkeitsschutzes aus einer betrieblichen Altersversorgung für die versicherte Person,
- Wegfall des Berufsunfähigkeitsschutzes aus einer berufsständischen Versorgungseinrichtung der versicherten Person,
- bei erstmaligem Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung durch die versicherte Person.

2. Weitere Voraussetzungen für die Nachversicherung sind:
 - die Beantragung der Nachversicherung erfolgt innerhalb von 6 Monaten nach Eintritt des Ereignisses
 - die versicherte Person hat das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet
 - die Annahme des Versicherungsantrags ist zu normalen Bedingungen (d.h. ohne Zuschläge und/oder Ausschlussklauseln erfolgt
 - die versicherte Person ist nicht berufs- oder erwerbsunfähig.

3. Die Nachversicherung ist nur innerhalb der nachfolgenden Grenzen möglich:
 - Die Rente darf einschließlich aller Erhöhungen maximal 24.000 Euro betragen. Die Begrenzung auf maximal 24.000 Euro pro Jahr umfasst eventuell bereits – auch anderweitig – bestehende Berufsunfähigkeits- oder Invaliditätsversicherungen.
 - Die maximale Erhöhung je Ereignis beträgt 20 Prozent der bisher versicherten Rente, höchstens jedoch 2.000 Euro pro Jahr.
4. Wir behalten uns vor, die Erhöhung der vereinbarten Versicherungssumme ohne erneute Gesundheitsprüfung abzulehnen, wenn die finanzielle Angemessenheit nicht mehr gewahrt ist oder durch die Erhöhung Summengrenzen für die Einholung eines ärztlichen Zeugnisses überschritten werden.
5. Mit der Ausübung der Nachversicherung wird die Versicherung auf den im Zeitpunkt der Ausübung gültigen Tarif umgestellt. Eine Erhöhung der Rente führt nicht automatisch dazu, dass sich die Hauptversicherung oder andere Zusatzversicherungen mit erhöhen.

Bedingungen für die Unfalltod-Zusatzversicherung (B142)

§ 1 Was ist versichert?

1. Stirbt die versicherte Person an den Folgen eines Unfalls, so zahlen wir die vereinbarte Unfalltod-Zusatzversicherungssumme, wenn:
 - a) der Unfall sich nach Inkrafttreten der Zusatzversicherung ereignet hat und
 - b) der Tod eingetreten ist
 - während der Dauer der Zusatzversicherung,
 - innerhalb eines Jahres nach dem Unfall und
 - vor dem Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ihr 75. Lebensjahr vollendet hat; verstirbt die versicherte Person nach diesem Zeitpunkt, so leisten wir dennoch, wenn die versicherte Person den Unfall bei Benutzung eines dem öffentlichen Personenverkehr dienenden Verkehrsmittels erlitten hat und das Verkehrsmittel dem Ereignis, das den Unfalltod der versicherten Person verursacht hat, selbst ausgesetzt war.
2. Bei der Versicherung auf das Leben von zwei Personen wird die Unfalltod-Zusatzversicherungssumme für jede der versicherten Personen gezahlt, für die die Unfalltod-Zusatzversicherung eingeschlossen ist, wenn die versicherten Personen gleichzeitig durch denselben Unfall sterben. Als gleichzeitig gilt auch, wenn die versicherten Personen innerhalb von 14 Tagen an den Folgen des Unfalls sterben und die sonstigen Voraussetzungen nach Ziffer 1 erfüllt sind.

§ 2 Was ist ein Unfall im Sinne dieser Bedingungen?

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung bzw. den Tod erleidet. Die Unfreiwilligkeit wird bis zum Beweis des Gegenteils vermutet.

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

1. Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu dem Unfall gekommen ist.
2. Nicht unter den Versicherungsschutz fallen jedoch Todesfälle durch
 - a) Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.
Wir werden jedoch leisten, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diese Versicherung fallendes Unfallereignis verursacht wurden.
 - b) Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder verursacht.
 - c) Kriegs-, Bürgerkriegsereignisse oder innere Unruhen. Diese Einschränkung gilt nicht, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen, Bürgerkriegsereignissen und inneren Unruhen gestorben ist, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war oder auf Seiten der Unruhestifter nicht aktiv teilgenommen hat. Ereignisse in diesem Sinn sind solche, die Unfallcharakter haben und typischerweise mit Kriegs- und Kampfhandlungen verbunden sind, insbesondere durch Kriegswaffen oder mittelbar durch z.B. Gebäudeeinstürze.
 - d) Unfälle der versicherten Person
 - bei der Benutzung von Luftfahrzeugen (Fluggeräten) ohne Motor, Motorseglern, Ultraleichtflugzeugen und Raumfahrzeugen sowie beim Fallschirmspringen;
 - als Luftfahrzeugführer oder als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;
 - bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit.
 - e) Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
 - f) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
 - g) Gesundheitsschädigungen durch Strahlen
Wir werden jedoch leisten, wenn es sich um Folgen eines unter die Versicherung fallenden Unfallereignisses handelt.

- h) Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe, die die versicherte Person an ihrem Körper vornimmt oder vornehmen lässt.
Wir werden jedoch leisten, wenn die Eingriffe oder Heilmaßnahmen, auch strahlendiagnostische und therapeutische, durch ein unter diese Versicherung fallendes Unfallereignis veranlasst waren.
- i) Infektionen
Wir werden jedoch leisten, wenn die Krankheitserreger durch eine unter diese Versicherung fallende Unfallverletzung in den Körper gelangt sind.

Nicht als Unfallverletzungen gelten dabei Haut- oder Schleimhautverletzungen, die als solche geringfügig sind und durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangen; für Tollwut und Wundstarrkrampf entfällt diese Einschränkung.

Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen verursacht sind, leisten wir jedoch, wenn diese Heilmaßnahmen durch ein unter diese Versicherung fallendes Unfallereignis veranlasst waren.
- j) Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.
Wir werden jedoch leisten, wenn es sich um die Folgen eines unter die Versicherung fallenden Unfallereignisses handelt.
- k) Unfälle infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig, wodurch diese verursacht sind.
- l) Selbsttötung, und zwar auch dann, wenn die versicherte Person die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn jener Zustand durch ein unter die Versicherung fallendes Unfallereignis hervorgerufen wurde.
- m) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen verursacht sind, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden.

§ 4 Welche Rolle spielen Erkrankungen und Gebrechen der versicherten Person?

Haben zur Herbeiführung des Todes neben dem Unfall Krankheiten oder Gebrechen zu mindestens 25 Prozent mitgewirkt, so vermindert sich unsere Leistung entsprechend dem Anteil der Mitwirkung. Die Voraussetzungen des Wegfalls oder der Minderung des Anspruchs haben wir nachzuweisen.

§ 5 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

1. Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Vertragsabschluss in Verbindung mit dem Versicherungsantrag in Textform gestellten Fragen (gefahrerhebliche Umstände) bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Stellen wir nach Abgabe Ihrer Erklärung, aber vor Vertragsannahme noch Fragen in Textform im Sinne des Satz 1, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
2. Soll der Unfalltod einer anderen Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der gestellten Fragen entsprechend der Ziffer 1 verantwortlich.

Rücktritt

3. Wenn gefahrerhebliche Umstände im Sinne von Ziffer 1, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben und für unseren Entschluss, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind, von Ihnen oder der versicherten Person (vgl. Ziffer 2) zum Zeitpunkt der Abgabe Ihrer Vertragserklärung nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten.

Dies gilt jedoch nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht ist jedoch dann ausgeschlossen, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Falle 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.

Haben wir Ihnen gegenüber den Rücktritt erklärt, wird der Vertrag von Beginn an aufgehoben. Wir sind dann zur Leistung nicht verpflichtet; darüber hinaus haben wir das Recht auf die Bezahlung der Prämien bis zum Wirksamwerden unserer Rücktrittserklärung, die Rückzahlung der Beiträge, die Sie geleistet haben, können Sie nicht verlangen.

Erklären wir den Rücktritt zur Unfalltod-Zusatzversicherung, dann sind Sie berechtigt, die Hauptversicherung zu kündigen. Ihre Kündigung muss spätestens zum Schluss der Versicherungsperiode erklärt werden, zu der unser Rücktritt bzw. unsere Kündigung wirksam werden.

Haben Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

Kündigung

4. Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

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.

Erklären wir die Kündigung zur Unfalltod-Zusatzversicherung, dann sind Sie berechtigt, die Hauptversicherung zu kündigen. Ihre Kündigung muss spätestens zum Schluss der Versicherungsperiode erklärt werden, zu der unsere Kündigung wirksam wird.

Rückwirkende Vertragsanpassung

5. Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich die Prämie durch die Vertragsanpassung um mehr als 10 Prozent oder können wir die Gefahrabsicherung für den nicht oder nicht richtig angezeigten Umstand nur über eine Leistungsausschlussklausel in den Vertrag mit aufnehmen, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer entsprechenden Mitteilung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. In unserer Mitteilung weisen wir Sie auf dieses Kündigungsrecht hin.

Ausübung unserer Rechte

6. Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung oder Vertragsanpassung stehen uns nur zu, wenn sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen unsere Rechte schriftlich innerhalb eines Monats geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die die von uns geltend gemachten Rechte begründet, Kenntnis erhalten haben. Dabei geben wir schriftlich die Umstände an, auf die wir unsere Erklärung stützen und weisen Sie auch auf die Folgen der Anzeigepflichtverletzung hin. Weitere nachträglich bekannt gewordene Umstände zur Begründung unserer Rechte können wir nur dann noch anführen, wenn für diese die Einmonatsfrist noch nicht verstrichen ist.

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.

7. Die genannten Rechte können wir nur binnen fünf Jahren seit Abschluss des Vertrags ausüben. Haben Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

8. Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, wenn durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmendeckung Einfluss genommen worden ist (arglistige Täuschung). Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten.

Ziffer 7 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung oder Wiederherstellung der Versicherung

9. Die Ziffern 1 bis 8 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternde Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen nach Ziffer 7 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

Erklärungsempfänger

10. Die Ausübung unserer Rechte erfolgt durch schriftliche Erklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Ableben ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, so können wir den Inhaber des Versicherungsscheines zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

§ 6 Was ist zur Vermeidung von Rechtsnachteilen nach dem Unfalltod der versicherten Person zu beachten?

1. Der Unfall der versicherten Person ist uns von Ihnen oder dem Anspruchsberechtigten unverzüglich – möglichst innerhalb von 48 Stunden – mitzuteilen.

Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie bzw. der Anspruchsberechtigte wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.

2. Wir sind berechtigt, die Leiche auf unsere Kosten durch einen von uns beauftragten Arzt besichtigen und öffnen zu lassen.
3. Solange entweder die Mitteilungspflicht (Ziffer 1) von Ihnen oder dem Anspruchsberechtigten vorsätzlich verletzt, oder die Zustimmung zur Besichtigung oder Öffnung der Leiche (Ziffer 2) verweigert wird, sind wir von unserer Leistungspflicht befreit. Bei grob fahrlässiger Verletzung dieser Pflicht bzw. der Zustimmung sind wir berechtigt, unsere Leistungen in einem die Schwere Ihres Verschuldens entsprechendem Verhältnis zu kürzen.

Abweichend von Ziffer 3 Abs. 1 bleiben wir zur Leistung insoweit verpflichtet, als dieses Verhalten weder für den Eintritt noch für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht von Einfluss ist.

Dies gilt jedoch nicht, wenn diese Pflicht arglistig verletzt worden ist.

4. Unsere vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Zustimmungspflicht zur Voraussetzung, dass wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

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

1. Werden Leistungen aus dieser Zusatzversicherung nach Eintritt des Versicherungsfalles beantragt, so können wir von Ihnen bzw. dem Anspruchsberechtigten verlangen, uns jede Auskunft, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist, zu erteilen. Belege können wir insoweit verlangen, als Ihnen deren Beschaffung billigerweise zugemutet werden kann.
2. Nach Stellung des Leistungsantrags haben wir innerhalb eines Monats gegenüber dem Anspruchsberechtigten nach Vorlage der zu dessen Beurteilung erforderlichen, uns eingereichten und von uns herangezogenen Unterlagen in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir unsere Leistungspflicht anerkennen.
3. Haben wir den Anspruch anerkannt, wird die Leistung innerhalb von zwei Wochen fällig, wir werden sie aber so schnell als möglich auszahlen.

§ 8 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

1. Die Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet, so erlischt auch die Zusatzversicherung. Bei Versicherungen mit Berufs- oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung besteht die Unfalltod-Zusatzversicherung auch dann fort, wenn die Hauptversicherung wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person ganz oder teilweise beitragsfrei wird.
2. Wird die Leistung der Hauptversicherung herabgesetzt, so vermindert sich auch der Versicherungsschutz aus der Zusatzversicherung, und zwar auf den Betrag, der dem Teil der Hauptversicherung entspricht, für den der Beitrag weitergezahlt wird. Sollte sich dabei die Zusatzversicherungssumme stärker als die Leistung aus der Hauptversicherung vermindern, so können Sie innerhalb von drei Monaten verlangen, dass die Zusatzversicherungssumme gegen Zahlung eines Einmalbeitrages soweit erhöht wird, dass ihr bisheriges Verhältnis zur Leistung aus der Hauptversicherung wieder hergestellt wird.
3. Wird die Hauptversicherung beitragsfrei gestellt, entfällt die Unfalltod-Zusatzversicherung ersatzlos zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung.
4. Wenn unsere Leistungspflicht aus der Hauptversicherung erloschen oder auf eine beitragsfreie Leistung beschränkt war, danach aber zusammen mit der Zusatzversicherung ganz oder teilweise wieder auflebt, können aus dem wieder in Kraft getretenen Teil keine Ansprüche aufgrund solcher Unfälle geltend gemacht werden, die während der Unterbrechung des vollen Versicherungsschutzes eingetreten sind.
5. Eine Zusatzversicherung mit laufender Beitragszahlung können Sie kündigen. In diesem Fall haben Sie weder einen Anspruch auf einen Rückkaufswert noch auf eine beitragsfreie Leistung.
6. Bei Vertragsabschluss kann für diese Zusatzversicherung eine gegenüber der Versicherungsdauer verkürzte Beitragszahlungsdauer vereinbart werden. In diesem Fall wird die Zusatzversicherung nach Ablauf der Beitragszahlungsdauer als beitragsfreie Zusatzversicherung weiter geführt, die Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung kündigen können. Bei Kündigung der Hauptversicherung erhalten Sie – soweit vorhanden – den Rückkaufswert aus der Zusatzversicherung:

- a) Höhe des Anspruchs auf einen Rückkaufswert
Der Rückkaufswert ist das gemäß § 169 Abs. 3 VVG nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechnete Deckungskapital der Versicherung. Mindestens erstatten wir jedoch den Betrag des Deckungskapitals, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Beträgt die Versicherungsdauer weniger als fünf Jahre, so erfolgt eine gleichmäßige Verteilung über diesen Zeitraum.
- b) Stornoabzug
- aa) Vom Rückkaufswert nehmen wir vor Auszahlung des Rückkaufswertes einen Stornoabzug nach Maßgabe dieser Ziffer 6 b) vor. Die Erhebung eines Stornoabzuges vereinbaren wir auf der Grundlage dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit allen unseren Versicherungsnehmern.
- bb) Den Stornoabzug vereinbaren wir aus folgenden Gründen:
Mit einem Teil des Stornoabzugs gleichen wir die Veränderung der Risiko- und Ertragslage des verbleibenden Versichertenbestandes aus. Die Kalkulation Ihrer Versicherung basiert darauf, dass sich die Risikogemeinschaft gleichmäßig aus Versicherten mit einem hohen und einem geringeren Risiko zusammensetzt. Da Personen mit einem geringeren Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko, stellen wir in Form eines kalkulatorischen Ausgleichs sicher, dass der Risikogemeinschaft durch vorzeitige Vertragskündigung kein Nachteil entsteht. Dementsprechend dient dieser Teil des Stornoabzugs dazu, diejenigen Versicherungsnehmer zu schützen, die ihre Verträge bis zum bei Vertragsschluss vereinbarten Ende durchführen.
- Mit dem anderen Teil des Stornoabzugs nehmen wir einen Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vor. Wir bieten Ihnen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes Garantien und Optionen. Dies ist möglich, weil ein Teil des dafür erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) durch den bereits bei Ihrem Vertragsabschluss vorhandenen Versichertenbestand bei uns zur Verfügung gestellt wird. Bei Neuabschluss eines Vertrages partizipiert dieser also an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Während der Laufzeit muss der Vertrag daher Solvenzmittel zur Verfügung stellen. Bei Vertragskündigung gehen diese Solvenzmittel dem verbleibenden Bestand verloren und müssen deshalb im Rahmen des Abzugs ausgeglichen werden.
- cc) Auf die Erhebung eines Stornoabzugs verzichten wir unter den gleichen Voraussetzungen, unter denen wir bei der Hauptversicherung darauf verzichten.
- dd) Wie hoch der Stornoabzug bei Kündigung Ihres Vertrages ist, hängt von der Höhe des Rückkaufswertes ab. Die Höhe des Stornoabzugs ist in der Beilage C50 zum Versicherungsschein für verschiedene Zeitpunkte dargestellt. Dabei beruht die Höhe des Stornoabzugs auf pauschalen Annahmen, die wir bei der Berechnung des Stornoabzugs zugrunde gelegt haben und die aus unserer Sicht mit Blick auf die vorgenannten Gründe für die Erhebung des Stornoabzugs angemessen sind.
- ee) Die Beweislast für die Angemessenheit des so bestimmten Stornoabzugs tragen wir.
Wenn wir im Streitfall diesen Nachweis erbracht haben, steht es Ihnen frei, uns nachzuweisen, dass die von uns zugrunde gelegten pauschalen Annahmen in Ihrem Einzelfall ausnahmsweise nur teilweise zutreffen oder nicht zutreffen und daher teilweise oder ganz unangemessen sind. Führen Sie diesen Nachweis, erheben wir nur einen entsprechend reduzierten bzw. keinen Stornoabzug.

7. Die Zusatzversicherung ist grundsätzlich gesondert am Überschuss beteiligt. Sie gehört zur selben Bestandsgruppe wie die Hauptversicherung. In einzelnen Versicherungsjahren kann eine Zuteilung von Überschüssen entfallen. Die einzelne Versicherung erhält im Leistungsfalle eine zusätzliche Versicherungsleistung (Zusatzbonus). Diese wird nach einem Prozentsatz der Zusatzversicherungssumme bemessen. Eine Wartefrist für die Erbringung des Zusatzbonus gibt es nicht.
8. Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

§ 9 Was bedeutet die Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten?

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

Bei Versicherungen gegen laufende Beiträge

2. Für Ihren Versicherungsvertrag ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 Deckungsrückstellungsverordnung maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung von Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit sie nicht für Leistungen im Versicherungsfall und Kosten des Versicherungsbetriebes in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung der Deckungsrückstellung aufgrund von § 25 Abs. 2 RechVersV i. V. m. § 169 Abs. 3 VVG bestimmt sind. Der zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 4 Prozent der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt.

3. Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden während der vertraglich vereinbarten Beitragszahlungsdauer aus den laufenden Beiträgen getilgt.
4. Das beschriebene Verrechnungsverfahren hat wirtschaftlich zur Folge, dass in den ersten Jahren Ihrer Versicherung nur geringe Beiträge zur Bildung der beitragsfreien Rente oder für einen Rückkaufswert vorhanden sind.

Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag

5. Für Ihren Versicherungsvertrag ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 Deckungsrückstellungsverordnung maßgebend. Hierbei werden 4 Prozent des Einmalbeitrags zur Tilgung von Abschlusskosten herangezogen.

Nähere Informationen können Sie der Modellrechnung und der Anlage C50 zu Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Bedingungen für die Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung (B 143)

§ 1 Was ist versichert?

1. Die Hinterbliebenen-Zusatzversicherung ergänzt die als Hauptversicherung abgeschlossene Leibrentenversicherung. Versicherte Person im Sinne dieser Bedingungen ist diejenige, auf deren Leben die Hauptversicherung abgeschlossen ist. Mitversicherte Person ist die Person, für die nach dem Tode der versicherten Person die Hinterbliebenenrente gezahlt werden soll.
2. Die Hinterbliebenenrente zahlen wir, wenn die versicherte Person stirbt, die mitversicherte Person zu diesem Zeitpunkt noch lebt und der im Versicherungsschein genannte Ablauftermin der Zusatzversicherung noch nicht erreicht ist. Die Hinterbliebenenrente wird gezahlt, solange die mitversicherte Person lebt. Spätestens endet die Zahlung der Hinterbliebenenrente mit dem im Versicherungsschein genannten Ablauftermin der Leistungsdauer der Zusatzversicherung, falls eine solche vereinbart ist.
3. Die Hinterbliebenenrente zahlen wir zu den gleichen Terminen, die für die Zahlung der Leibrente vereinbart waren, erstmals zu dem Termin, der auf den Tod der versicherten Person folgt.

§ 2 Was geschieht, wenn die mitversicherte Person stirbt?

1. Stirbt die mitversicherte Person vor der versicherten Person, erlischt die Zusatzversicherung. Eine Leistungspflicht aus der Zusatzversicherung entsteht in diesem Fall nicht.
2. Ein Anspruch auf Hinterbliebenenrente erlischt mit dem Tod der mitversicherten Person.

§ 3 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

1. Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Vertragsabschluss in Verbindung mit dem Versicherungsantrag in Textform gestellten Fragen (gefährlicher Umstände) zum Zeitpunkt der Antragstellung wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Stellen wir nach Abgabe Ihrer Erklärung, aber vor Vertragsannahme noch Fragen in Textform im Sinne des Satz 1, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
2. Soll das Leben einer anderen Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der gestellten Fragen entsprechend der Ziffer 1 verantwortlich.

Rücktritt

3. Wenn gefährlicher Umstände im Sinne von Ziffer 1, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben und für unseren Entschluss, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind, von Ihnen oder der versicherten Person (vgl. Ziffer 2) vor Vertragsannahme nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten.

Dies gilt jedoch nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht ist jedoch dann ausgeschlossen, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Falle 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.

Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir die für den Fall einer Kündigung vorgesehene Leistung nach § 5 Ziffer 2. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Haben Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

Kündigung

4. Ist unser Rücktritt ausgeschlossen, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

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.

Kündigen wir diese Versicherung, wandelt sie sich in eine beitragsfreie Versicherung um, wenn die beitragsfreie Mindestrente erreicht ist. Andernfalls erbringen wir die nach § 5 Ziffer 3d) vorgesehene Leistung.

Rückwirkende Vertragsanpassung

5. Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich die Prämie durch die Vertragsanpassung um mehr als 10 Prozent oder können wir die Gefahrabsicherung für den nicht oder nicht richtig angezeigten Umstand nur über eine Leistungsausschlussklausel in den Vertrag mit aufnehmen, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer entsprechenden Mitteilung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. In unserer Mitteilung weisen wir Sie auf dieses Kündigungsrecht hin.

Ausübung unserer Rechte

6. Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung oder Vertragsanpassung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Den Rücktritt erklären wir schriftlich innerhalb eines Monats. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die die von uns geltend gemachten Rechte begründet, Kenntnis erhalten haben. Dabei geben wir in unserer schriftlich abgefassten Rücktrittserklärung die Umstände an, auf die wir unseren Rücktritt stützen, und weisen Sie auch auf die Folgen der Anzeigepflichtverletzung hin. Weitere nachträglich bekannt gewordene Umstände zur Begründung unseres Rücktrittsrechts können wir nur dann noch anführen, wenn für diese die Einmonatsfrist noch nicht verstrichen ist.

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.

7. Die genannten Rechte können wir nur binnen fünf Jahren seit Abschluss des Vertrags ausüben. Haben Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

8. Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, wenn durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmeentscheidung Einfluss genommen worden ist (arglistige Täuschung). Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten.

Ziffer 7 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung oder Wiederherstellung der Versicherung

9. Die Ziffern 1 bis 8 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternde Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen nach Ziffer 7 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

Erklärungsempfänger

10. Die Ausübung unserer Rechte erfolgt durch schriftliche Erklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Ableben ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, eine Rücktritts- oder Anfechtungserklärung entgegenzunehmen. Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, so können wir den Inhaber des Versicherungsscheines zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

§ 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz dieser Zusatzversicherung ausgeschlossen?

1. Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht zur Weiterzahlung der Rente unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Wir gewähren Versicherungsschutz insbesondere auch dann, wenn die versicherte Person in Ausübung des Wehr- oder Polizeidienstes oder bei inneren Unruhen den Tod gefunden hat.
2. Bei Ableben der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen beschränkt sich eine für den Todesfall vereinbarte Kapitalleistung auf die Auszahlung des für den Todestag berechneten Rückkaufswertes (§ 5 Ziffer 2). Für den Todesfall versicherte Rentenleistungen vermindern sich auf den Betrag, den wir aus dem für den Todesfall berechneten Rückkaufswert erbringen können. Diese Einschränkung der Leistungspflicht entfällt, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen, Bürgerkriegsereignissen und inneren Unruhen gestorben ist, denen sie während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.
3. Bei Ableben der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioak-

tiven, biologischen oder chemischen Stoffen beschränkt sich unsere Leistungspflicht auf die in Ziffer 2 Satz 1 und 2 genannten Leistungen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden.

4. Wir leisten jedoch nicht, wenn der Tod der versicherten Person verursacht ist:

- a) durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person;
- b) durch vorsätzliche Selbsttötung vor Ablauf von drei Jahren nach Abschluss des Versicherungsvertrages. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist, werden wir leisten.

Dasselbe gilt entsprechend bei unserer Leistungspflicht erweiternden Änderungen oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung. Die Frist nach Absatz 1 beginnt mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen;

- c) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der der Versicherungsnehmer vorsätzlich den Tod der versicherten Person herbeigeführt hat;
- d) 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 oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden.

§ 5 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

1. Die Zusatzversicherung bildet mit der Hauptversicherung eine Einheit; sie kann ohne diese nicht fortgesetzt werden. Wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung aus anderen Gründen als durch den Tod der versicherten Person endet, so erlischt auch die Zusatzversicherung.

2. Kündigung der Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung

Die Zusatzversicherung kann getrennt von der Hauptversicherung gekündigt werden.

- a) Möglicher Zeitpunkt und Form einer Kündigung
Sie können gemäß § 168 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) Ihre Versicherung entsprechend den in der Hauptversicherung bestimmten Fristen jederzeit schriftlich (z.B. durch ein unterschriebenes Schriftstück) kündigen.
- b) Rechtsfolgen einer Kündigung
Wird die Zusatzversicherung für sich alleine gekündigt, wandelt sie sich in eine beitragsfreie Versicherung gemäß nachfolgender Ziffer 3 um. Wird die beitragsfreie Mindestrente gemäß Ziffer 3. d) nicht erreicht haben Sie gemäß § 169 VVG einen Anspruch auf den Rückkaufswert. Dieser wird nicht ausgezahlt, sondern in das Vertragsvermögen der Hauptversicherung übertragen.

Ist eine Beitragsfreistellung möglich, führt die Kündigung mit Wirksamwerden zu einer herabgesetzten beitragsfreien Versicherungsleistung. Ist die Beitragsfreistellung nicht möglich, führt die Kündigung zum Ende Ihres Versicherungsschutzes aus dieser Zusatzversicherung.

Wird die Zusatzversicherung zusammen mit der Hauptversicherung gekündigt, haben Sie gemäß § 169 VVG einen Anspruch auf den Rückkaufswert. Die Kündigung führt zudem mit dem Wirksamwerden der Kündigung zum Ende Ihres Versicherungsschutzes.

- c) Mögliche wirtschaftliche Nachteile einer Kündigung
Bitte beachten Sie: Die Kündigung Ihrer Zusatzversicherung kann in Ihrer jeweiligen Situation zwar sinnvoll sein. Die Kündigung kann jedoch bezogen auf die Höhe der Versicherungsleistung aus der Zusatzversicherung auch zu wirtschaftlichen Nachteilen führen.

Diese Nachteile resultieren insbesondere daraus, dass wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten in den ersten Jahren in der Regel nur ein Anspruch auf einen Rückkaufswert besteht, der niedriger ist als die bis zur Kündigung auf die Zusatzversicherung eingezahlten Beiträge. Der Anspruch auf einen Rückkaufswert erreicht auch in den Folgejahren nicht unbedingt die Summe der auf die Zusatzversicherung eingezahlten Beiträge. Ein weiterer Nachteil kann sich daraus ergeben, dass der Rückkaufswert vor Auszahlung noch durch die Erhebung eines Stornoabzugs (siehe sogleich unter e)) verringert wird. Nähere Informationen zu der Höhe des garantierten Rückkaufswertes sowie des vorgesehenen Stornoabzugs können Sie der Beilage C50 zum Versicherungsschein entnehmen.

- d) Höhe des Anspruchs auf einen Rückkaufswert
Der Rückkaufswert ist das gemäß § 169 Abs. 3 VVG nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechnete Deckungskapital der Versicherung. Mindestens erstatten wir jedoch den Betrag des Deckungskapitals, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Beträgt die Versicherungsdauer weniger als fünf Jahre, so erfolgt eine gleichmäßige Verteilung über diesen Zeitraum. Eine Darstellung der garantierten Rückkaufswerte finden Sie in der Beilage C 50 zum Versicherungsschein.

- e) Stornoabzug
- aa) Vom Rückkaufswert nehmen wir vor Auszahlung des Rückkaufswertes einen Stornoabzug nach Maßgabe dieser Ziffer 2 e) vor. Die Erhebung eines Stornoabzuges vereinbaren wir auf der Grundlage dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit allen unseren Versicherungsnehmern.
- bb) Den Stornoabzug vereinbaren wir aus folgenden Gründen:
Mit einem Teil des Stornoabzugs gleichen wir die Veränderung der Risiko- und Ertragslage des verbleibenden Versichertenbestandes aus. Die Kalkulation Ihrer Versicherung basiert darauf, dass sich die Risikogemeinschaft gleichmäßig aus Versicherten mit einem hohen und einem geringeren Risiko zusammensetzt. Da Personen mit einem geringeren Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko, stellen wir in Form eines kalkulatorischen Ausgleichs sicher, dass der Risikogemeinschaft durch vorzeitige Vertragskündigung kein Nachteil entsteht. Dementsprechend dient dieser Teil des Stornoabzugs dazu, diejenigen Versicherungsnehmer zu schützen, die ihre Verträge bis zum bei Vertragsschluss vereinbarten Ende durchführen.
- Mit dem anderen Teil des Stornoabzugs nehmen wir einen Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vor. Wir bieten Ihnen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes Garantien und Optionen. Dies ist möglich, weil ein Teil des dafür erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) durch den bereits bei Ihrem Vertragsabschluss vorhandenen Versichertenbestand bei uns zur Verfügung gestellt wird. Bei Neuabschluss eines Vertrages partizipiert dieser also an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Während der Laufzeit muss der Vertrag daher Solvenzmittel zur Verfügung stellen. Bei Vertragskündigung gehen diese Solvenzmittel dem verbleibenden Bestand verloren und müssen deshalb im Rahmen des Abzugs ausgeglichen werden.
- cc) Auf den Stornoabzug wird verzichtet, falls
- die versicherte Person das rechnerische 60. Lebensjahr vollendet hat oder
 - die Versicherung vorher beitragsfrei gestellt wurde.
- dd) Wie hoch der Stornoabzug bei Kündigung Ihres Vertrages ist, hängt von der Höhe des Rückkaufswertes ab. Die Höhe des Stornoabzugs ist in der Beilage C50 zum Versicherungsschein für verschiedene Zeitpunkte dargestellt. Dabei beruht die Höhe des Stornoabzugs auf pauschalen Annahmen, die wir bei der Berechnung des Stornoabzugs zugrunde gelegt haben und die aus unserer Sicht mit Blick auf die vorgenannten Gründe für die Erhebung des Stornoabzugs angemessen sind.
- ee) Die Beweislast für die Angemessenheit des so bestimmten Stornoabzugs tragen wir.
Wenn wir im Streitfall diesen Nachweis erbracht haben, steht es Ihnen frei, uns nachzuweisen, dass die von uns zugrunde gelegten pauschalen Annahmen in Ihrem Einzelfall ausnahmsweise nur teilweise zutreffen oder nicht zutreffen und daher teilweise oder ganz unangemessen sind. Führen Sie diesen Nachweis, erheben wir nur einen entsprechend reduzierten bzw. keinen Stornoabzug.
- f) Beitragsrückstände
Etwaige Beitragsrückstände bringen wir vor Auszahlung ebenfalls vom Rückkaufswert in Abzug.
- g) Überschussbeteiligung
Zusätzlich zahlen wir die Ihrem Vertrag bereits zugeteilten Überschüsse aus, soweit sie nicht bereits in dem berechneten Rückkaufswert enthalten sind, sowie einen Schlussüberschussanteil, soweit ein solcher nach den Bedingungen der Hauptversicherung für den Fall der Kündigung vorgesehen ist. Außerdem erhöht sich der Auszahlungsbetrag gegebenenfalls um die Ihrer Versicherung gemäß den Bedingungen der Hauptversicherung zugeteilten Bewertungsreserven.

3. Beitragsfreistellung der Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung

- a) Voraussetzungen einer Beitragsfreistellung
Falls laufende Beitragszahlung vereinbart wurde, kann diese Zusatzversicherung entsprechend den in der Hauptversicherung bestimmten Fristen für sich allein beitragsfrei gestellt werden. Die Beitragsfreistellung müssen Sie uns schriftlich (z.B. durch ein unterschriebenes Schriftstück) mitteilen.
- b) Rechtsfolgen der Beitragsfreistellung
Bei der Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung müssen Sie ab Wirksamwerden der Beitragsfreistellung keine laufenden Beiträge mehr zahlen. Weiter führt eine Beitragsfreistellung zu einer herabgesetzten beitragsfreien Versicherungsleistung.
- c) Mögliche wirtschaftliche Nachteile einer Beitragsfreistellung
Bitte beachten Sie: Die Beitragsfreistellung Ihres Vertrages kann in Ihrer jeweiligen Situation zwar sinnvoll sein. Sie kann jedoch bezogen auf die Höhe der Versicherungsleistung aus der Zusatzversicherung auch zu wirtschaftlichen Nachteilen führen. Diese Nachteile resultieren daraus, dass wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten in den ersten Jahren in der Regel nur eine im Verhältnis zu den bis dahin auf die Zusatzversicherung eingezahlten Beiträgen geringe beitragsfreie Versicherungsleistung bestehen kann. Auch in den Folgejahren stehen nicht unbedingt Mittel in Höhe der auf die Zusatzversicherung eingezahlten Beiträge für die Bildung einer beitragsfreien Rente zur Verfügung. Ein weiterer Nachteil kann sich daraus ergeben, dass bei der Beitragsfreistellung noch ein Stornoabzug nach Maßgabe des Absatzes e) erhoben wird. Nähere Informationen zu den beitragsfreien Leistungen können Sie der Beilage C50 zum Versicherungsschein entnehmen.

d) **Ausschluss der Möglichkeit der Beitragsfreistellung**
Eine Beitragsfreistellung ist nur möglich, sofern die sich durch die Beitragsfreistellung ergebende beitragsfreie Rente eine bestimmte Mindestrente nicht unterschreitet. Je nach gewählter Rentenzahlungsweise beträgt die Mindestrente monatlich 25 Euro, vierteljährlich 50 Euro, halbjährlich 100 Euro und jährlich 150 Euro. Erreicht die beitragsfreie Rente diese Mindestwerte nicht, haben Sie einen Anspruch auf den Rückkaufswert zuzüglich Überschussbeteiligung; Ziffer 2. a) bis g) gilt insoweit entsprechend. Vor Auszahlung des Rückkaufswertes nehmen wir nach Maßgabe von Ziffer 2. e) einen Stornoabzug vom Rückkaufswert vor und bringen nach Maßgabe von Ziffer 2. f) etwaige Beitragsrückstände ebenfalls vom Rückkaufswert zum Abzug. Der Rückkaufswert wird jedoch nicht ausgezahlt, sondern auf die Hauptversicherung übertragen.

e) Bei Beitragsfreistellung wird ein Stornoabzug erhoben. Insoweit gilt Ziffer 2. e) entsprechend.

4. Umwandlung der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung

Wenn die Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung umgewandelt wird, so wandelt sich auch die Zusatzversicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Rente um, wenn die beitragsfreie Mindestrente der Zusatzversicherung erreicht wird. Das Verhältnis zwischen Leib- und Hinterbliebenenrente bleibt dabei unverändert. Wird die Mindestrente nicht erreicht, gilt Ziffer 3. d) entsprechend.

5. Überschussbeteiligung der Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung

Die Zusatzversicherung ist grundsätzlich gesondert am Überschuss beteiligt. Sie gehört derselben Bestandsgruppe an wie die Hauptversicherung. In einzelnen Versicherungsjahren kann eine Zuteilung von Überschüssen entfallen.

Die einzelne Versicherung erhält bei Tod der versicherten Person eine zusätzliche, nicht rückkaufsfähige Versicherungsleistung (Bonusrente). Eine Wartefrist entfällt. Die Bonusrente wird in Prozent der versicherten Hinterbliebenenrente bemessen. Sofern die Hauptversicherung keine fondsgebundene Rentenversicherung ist, können bei Übereinstimmung der Beitragszahlungs- und Versicherungsdauer die Überschussanteile bei monatlicher Zahlungsweise auf Antrag auch mit den Beiträgen verrechnet werden. Während der Rentenzahlung werden die jährlichen Überschussanteile für eine beitragsfreie Zusatzrente (Bonusrente) verwendet.

6. Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen für die Rentenversicherung (Hauptversicherung) bzw. die für die fondsgebundene Rentenversicherung sinngemäß Anwendung.

§ 6 Was bedeutet die Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten?

1. Durch den Abschluss von Versicherungsverträgen entstehen Kosten. Diese Abschluss- und Vertriebskosten (§ 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 den Versicherungsvertrag ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 Deckungsrückstellungsverordnung (Zillmerverfahren) maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung von Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit sie nicht für Leistungen im Versicherungsfall und Kosten des Versicherungsbetriebes in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung der Deckungsrückstellung aufgrund von § 25 Abs. 2 i.V.m. § 169 Abs. 3 VVG bestimmt sind. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 4 Prozent der während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt.

3. Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden während der vertraglich vereinbarten Zahlungsdauer aus den laufenden Beiträgen getilgt.

4. Das beschriebene Verrechnungsverfahren hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit der Versicherung keine Beiträge zur Bildung der beitragsfreien Rente oder für einen Rückkaufswert vorhanden sind. Die Dauer der Anfangszeit wird von den Daten des Vertrages bestimmt, wie z.B. Eintrittsalter, Laufzeit und Kosten. Letztere setzen sich aus den Abschluss-, Inkasso- und Verwaltungskosten zusammen.

Nähere Informationen können Sie der Modellrechnung und der Anlage C50 zu Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

An wen können Sie sich in Problemfällen wenden?

Bitte fragen Sie uns bei Unklarheiten oder Verständnisfragen zu Ihrer Versicherung. Wir helfen Ihnen gerne weiter. Sollte es dennoch einmal Grund zur Beschwerde geben, können Sie sich auch an folgende Stellen wenden:

- Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 080632, 10006 Berlin,
Telefon (0 18 04) 22 44 24 (0,25 Euro je Gespräch), Fax (0 18 04) 22 44 25,
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Unser Unternehmen ist Mitglied in diesem Verein. Sie können daher das kostenlose und außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Auf Wunsch senden wir Ihnen gerne die Verfahrensordnung zu.

- Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht,
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn

Bedingungen für die Risiko-Zusatzversicherung (B144)

§ 1 Was ist versichert?

Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme bei Tod der versicherten Person während der Dauer dieser Zusatzversicherung bzw. während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes nach § 10 dieser Bedingungen.

Es wird zwischen Raucher- und Nichtraucherтарifen unterschieden.

§ 2 Welche Besonderheiten gibt es bei den Nichtraucher-Tarifen?

1. Nichtraucher ist, wer in den vergangenen 12 Monaten vor dem Vertragsabschluss weder Zigaretten noch sonstigen Tabak (Zigarren, Zigarillos, Pfeife, Wasserpfeife etc.) unter Feuer konsumiert hat und auch beabsichtigt, in Zukunft Nichtraucher zu bleiben.
2. Wird die versicherte Person nach Vertragsabschluss Raucher, so sind Sie als unser Versicherungsnehmer – neben der versicherten Person – verpflichtet, uns dies unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Die Versicherung wird dann ab dem nächsten Monatsersten nach dem Zugang der Mitteilung in den entsprechenden Rauchertarif mit dem erforderlichen Beitrag eingestuft.
3. Tritt der Leistungsfall ein, ohne dass Sie die Anzeige gemäß Ziffer 2 gemacht haben, wird eine gekürzte Leistung ausgezahlt. Die Leistung wird wie folgt ermittelt: Zunächst wird für den Todeszeitpunkt das Verhältnis zwischen Nichtrauchersterblichkeit und Rauchersterblichkeit ermittelt. Mit diesem Faktor wird die vereinbarte Todesfalleistung gekürzt. Von dem so ermittelten Betrag werden 80 Prozent ausgezahlt. Das gleiche gilt, wenn die Anzeige nach Ziffer 2 verspätet erfolgt. Die genannte Rechtsfolge tritt nicht ein, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Anzeige unverschuldet verspätet erfolgt oder unterblieben ist.
4. Wir sind zur Herabsetzung der Versicherungssumme entsprechend Ziffer 3 auch dann berechtigt, wenn die Einstufung als Nichtraucher aufgrund unrichtiger Angaben im Versicherungsantrag erfolgte.

§ 3 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

1. Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Vertragsabschluss in Verbindung mit dem Versicherungsantrag in Textform gestellten Fragen (gefahrerhebliche Umstände) bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Stellen wir nach Abgabe Ihrer Erklärung, aber vor Vertragsannahme noch Fragen in Textform im Sinne des Satz 1, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
2. Soll der Tod einer anderen Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der gestellten Fragen entsprechend der Ziffer 1 verantwortlich.

Rücktritt

3. Wenn gefahrerhebliche Umstände im Sinne von Ziffer 1, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben und für unseren Entschluss, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind, von Ihnen oder der versicherten Person (vgl. Ziffer 2) zum Zeitpunkt der Abgabe Ihrer Vertragserklärung nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten.

Dies gilt jedoch nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht ist jedoch dann ausgeschlossen, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Falle 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.

Haben wir Ihnen gegenüber den Rücktritt erklärt, wird der Vertrag von Beginn an aufgehoben. Wir sind dann zur Leistung nicht verpflichtet; darüber hinaus haben wir das Recht auf die Bezahlung der Prämien bis zum Wirksamwerden unserer Rücktrittserklärung, die Rückzahlung der Beiträge, die Sie geleistet haben, können Sie nicht verlangen.

Erklären wir den Rücktritt zur Risiko-Zusatzversicherung, dann sind Sie berechtigt, die Hauptversicherung zu kündigen. Ihre Kündigung muss spätestens zum Schluss der Versicherungsperiode erklärt werden, zu der unser Rücktritt bzw. unsere Kündigung wirksam werden.

Haben Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

Kündigung

4. Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

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.

Erklären wir die Kündigung zur Risiko-Zusatzversicherung, dann sind Sie berechtigt, die Hauptversicherung zu kündigen. Ihre Kündigung muss spätestens zum Schluss der Versicherungsperiode erklärt werden, zu der unsere Kündigung wirksam wird.

Rückwirkende Vertragsanpassung

5. Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich die Prämie durch die Vertragsanpassung um mehr als 10 Prozent oder können wir die Gefahrabsicherung für den nicht oder nicht richtig angezeigten Umstand nur über eine Leistungsausschlussklausel in den Vertrag mit aufnehmen, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer entsprechenden Mitteilung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. In unserer Mitteilung weisen wir Sie auf dieses Kündigungsrecht hin.

Ausübung unserer Rechte

6. Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung oder Vertragsanpassung stehen uns nur zu, wenn Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen unsere Rechte schriftlich innerhalb eines Monats geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die die von uns geltend gemachten Rechte begründet, Kenntnis erhalten haben. Dabei geben wir schriftlich die Umstände an, auf die wir unsere Erklärung stützen und weisen Sie auch auf die Folgen der Anzeigepflichtverletzung hin. Weitere nachträglich bekannt gewordene Umstände zur Begründung unserer Rechte können wir nur dann noch anführen, wenn für diese die Einmonatsfrist noch nicht verstrichen ist.

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.

7. Die genannten Rechte können wir nur binnen fünf Jahren seit Abschluss des Vertrags ausüben. Haben Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

8. Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, wenn durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmendeckung Einfluss genommen worden ist (arglistige Täuschung). Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten.

Ziffer 7 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung oder Wiederherstellung der Versicherung

9. Die Ziffern 1 bis 8 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternde Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen nach Ziffer 7 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

Erklärungsempfänger

10. Die Ausübung unserer Rechte erfolgt durch schriftliche Erklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Ableben ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, so können wir den Inhaber des Versicherungsscheines zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

§ 4 Was gilt bei Wehrdienst, Unruhen oder Krieg oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen/-Stoffen?

1. Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Wir gewähren Versicherungsschutz insbesondere auch dann, wenn die versicherte Person in Ausübung des Wehr- oder Polizeidienstes oder bei inneren Unruhen den Tod gefunden hat.

2. Bei Ableben der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen beschränkt sich unsere Leistungspflicht allerdings auf die Auszahlung des für den Todestag berechneten Rückkaufswertes der Versicherung (§ 8 Ziffer 4). Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht entfällt, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen stirbt, denen sie während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.
3. Bei Ableben der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen beschränkt sich unsere Leistungspflicht auf die Auszahlung des für den Todestag berechneten Rückkaufswertes der Versicherung (§ 8 Ziffer 4), sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden.

§ 5 Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?

1. Bei vorsätzlicher Selbsttötung vor Ablauf von drei Jahren nach Abschluss des Versicherungsvertrages besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist. Andernfalls zahlen wir den für den Todestag berechneten Rückkaufswert Ihrer Versicherung (§ 8 Ziffer 4).
2. Dasselbe gilt entsprechend bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung. Die Frist nach Ziffer 1 beginnt mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

§ 6 Was ist zur Vermeidung von Rechtsnachteilen nach dem Tod der versicherten Person zu beachten?

1. Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir gegen Vorlage des Versicherungsscheins. Zusätzlich können wir auch den Nachweis der letzten Beitragszahlung verlangen.
2. Der Tod der versicherten Person ist uns von Ihnen oder dem Anspruchsberechtigten unverzüglich anzuzeigen. Außer den in Ziffer 1 genannten Unterlagen sind uns einzureichen:
 - eine amtliche, Alter und Geburtsort enthaltende Sterbeurkunde,
 - ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache sowie über Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tode der versicherten Person geführt hat.
3. Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen.
4. Belege können wir jedoch nur insoweit verlangen, als Ihnen deren Beschaffung billigerweise zugemutet werden kann.
5. Die mit den Nachweisen verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Versicherungsleistung beansprucht.
6. Wir sind berechtigt, die Leiche auf unsere Kosten durch einen von uns beauftragten Arzt besichtigen und öffnen zu lassen.
7. Solange entweder die Mitteilungspflicht von Ihnen oder dem Anspruchsberechtigten vorsätzlich verletzt, oder die Zustimmung zur Besichtigung oder Öffnung der Leiche verweigert wird, sind wir von unserer Leistungspflicht befreit. Bei grob fahrlässiger Verletzung dieser Pflicht bzw. der Zustimmung sind wir berechtigt, unsere Leistungen in einem die Schwere Ihres Verschuldens entsprechendem Verhältnis zu kürzen.

Abweichend von Ziffer 7 Abs. 1 bleiben wir zur Leistung insoweit verpflichtet, als dieses Verhalten weder für den Eintritt noch für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht von Einfluss ist.

Dies gilt jedoch nicht, wenn diese Pflicht arglistig verletzt worden ist.

8. Unsere vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Zustimmungspflicht zur Voraussetzung, dass wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

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

1. Werden Leistungen aus dieser Zusatzversicherung nach Eintritt des Versicherungsfalles beantragt, so können wir von Ihnen bzw. dem Anspruchsberechtigten verlangen, uns jede Auskunft, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist, zu erteilen. Belege können wir insoweit verlangen, als Ihnen deren Beschaffung billigerweise zugemutet werden kann.
2. Nach Stellung des Leistungsantrags haben wir innerhalb eines Monats gegenüber dem Anspruchsberechtigten nach Vorlage der zu dessen Beurteilung erforderlichen, uns eingereichten und von uns herangezogenen Unterlagen in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir unsere Leistungspflicht anerkennen.

3. Haben wir den Anspruch anerkannt, wird die Leistung innerhalb von zwei Wochen fällig, wir werden sie aber so schnell als möglich auszahlen.

§ 8 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

1. Die Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet, so erlischt auch die Zusatzversicherung. Bei Versicherungen mit Berufs- oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung besteht die Risiko-Zusatzversicherung auch dann fort, wenn die Hauptversicherung wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person ganz oder teilweise beitragsfrei wird.
2. Wird die Leistung der Hauptversicherung herabgesetzt, so vermindert sich auch der Versicherungsschutz aus der Zusatzversicherung, und zwar auf den Betrag, der dem Teil der Hauptversicherung entspricht, für den der Beitrag weitergezahlt wird. Sollte sich dabei die Zusatzversicherungssumme stärker als die Leistung aus der Hauptversicherung vermindern, so können Sie innerhalb von drei Monaten verlangen, dass die Zusatzversicherungssumme gegen Zahlung eines Einmalbeitrages soweit erhöht wird, dass ihr bisheriges Verhältnis zur Leistung aus der Hauptversicherung wieder hergestellt wird.
3. Wird die Hauptversicherung beitragsfrei gestellt, entfällt die Risiko-Zusatzversicherung ersatzlos zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung.
4. Eine Risiko-Zusatzversicherung, für die laufende Beiträge zu zahlen sind, können Sie für sich allein kündigen. Einen Rückkaufswert aus der Zusatzversicherung – soweit vorhanden – erhalten Sie nur, wenn Sie die Zusatzversicherung zusammen mit der Hauptversicherung kündigen.
 - a) Höhe des Anspruchs auf einen Rückkaufswert
Der Rückkaufswert ist das gemäß § 169 Abs. 3 VVG nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechnete Deckungskapital der Versicherung. Mindestens erstatten wir jedoch den Betrag des Deckungskapitals, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Beträgt die Versicherungsdauer weniger als fünf Jahre, so erfolgt eine gleichmäßige Verteilung über diesen Zeitraum.
 - b) Stornoabzug
 - aa) Vom Rückkaufswert nehmen wir vor Auszahlung des Rückkaufswertes einen Stornoabzug nach Maßgabe dieser Ziffer 4 b) vor. Die Erhebung eines Stornoabzuges vereinbaren wir auf der Grundlage dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit allen unseren Versicherungsnehmern.
 - bb) Den Stornoabzug vereinbaren wir aus folgenden Gründen:
Mit einem Teil des Stornoabzugs gleichen wir die Veränderung der Risiko- und Ertragslage des verbleibenden Versichertenbestandes aus. Die Kalkulation Ihrer Versicherung basiert darauf, dass sich die Risikogemeinschaft gleichmäßig aus Versicherten mit einem hohen und einem geringeren Risiko zusammensetzt. Da Personen mit einem geringeren Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko, stellen wir in Form eines kalkulatorischen Ausgleichs sicher, dass der Risikogemeinschaft durch vorzeitige Vertragskündigung kein Nachteil entsteht. Dementsprechend dient dieser Teil des Stornoabzugs dazu, diejenigen Versicherungsnehmer zu schützen, die ihre Verträge bis zum bei Vertragsschluss vereinbarten Ende durchführen.

Mit dem anderen Teil des Stornoabzugs nehmen wir einen Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vor. Wir bieten Ihnen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes Garantien und Optionen. Dies ist möglich, weil ein Teil des dafür erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) durch den bereits bei Ihrem Vertragsabschluss vorhandenen Versichertenbestand bei uns zur Verfügung gestellt wird. Bei Neuabschluss eines Vertrages partizipiert dieser also an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Während der Laufzeit muss der Vertrag daher Solvenzmittel zur Verfügung stellen. Bei Vertragskündigung gehen diese Solvenzmittel dem verbleibenden Bestand verloren und müssen deshalb im Rahmen des Abzugs ausgeglichen werden.
 - cc) Auf die Erhebung eines Stornoabzugs verzichten wir unter den gleichen Voraussetzungen, unter denen wir bei der Hauptversicherung darauf verzichten.
 - dd) Wie hoch der Stornoabzug bei Kündigung Ihres Vertrages ist, hängt von der Höhe des Rückkaufswertes ab. Die Höhe des Stornoabzugs ist in der Beilage C50 zum Versicherungsschein für verschiedene Zeitpunkte dargestellt. Dabei beruht die Höhe des Stornoabzugs auf pauschalen Annahmen, die wir bei der Berechnung des Stornoabzugs zugrunde gelegt haben und die aus unserer Sicht mit Blick auf die vorgenannten Gründe für die Erhebung des Stornoabzugs angemessen sind.
 - ee) Die Beweislast für die Angemessenheit des so bestimmten Stornoabzugs tragen wir.
Wenn wir im Streitfall diesen Nachweis erbracht haben, steht es Ihnen frei, uns nachzuweisen, dass die von uns zugrunde gelegten pauschalen Annahmen in Ihrem Einzelfall ausnahmsweise nur teilweise zutreffen oder nicht zutreffen und daher teilweise oder ganz unangemessen sind. Führen Sie diesen Nachweis, erheben wir nur einen entsprechend reduzierten bzw. keinen Stornoabzug.

5. Die Zusatzversicherung ist grundsätzlich gemäß § 153 VVG gesondert am Überschuss beteiligt. Sie gehört zur selben Bestandsgruppe wie die Hauptversicherung, eine Beteiligung an den Bewertungsreserven erfolgt nicht. In einzelnen Versicherungsjahren kann eine Zuteilung von Überschüssen entfallen. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht, den Sie bei uns anfordern können.
Die einzelne Versicherung erhält im Leistungsfalle eine zusätzliche Versicherungsleistung (Zusatzbonus). Diese wird nach einem Prozentsatz der Zusatzversicherungssumme bemessen. Eine Wartefrist für die Erbringung des Zusatzbonus gibt es nicht.
6. Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

§ 9 Was bedeutet die Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten?

1. Durch den Abschluss von Versicherungsverträgen entstehen Kosten. Die Abschluss- und Vertriebskosten (§ 43 Abs. 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 Versicherungsvertrag ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 Deckungsrückstellungsverordnung maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung von Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit sie nicht für Leistungen im Versicherungsfall und Kosten des Versicherungsbetriebes in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung der Deckungsrückstellung aufgrund von § 25 Abs. 2 RechVersV i. V. m. § 169 Abs. 3 VVG bestimmt sind. Der zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 4 Prozent der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt.
3. Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden während der vertraglich vereinbarten Beitragszahlungsdauer aus den laufenden Beiträgen getilgt.

§ 10 Vorläufiger Versicherungsschutz für die Risiko-Zusatzversicherung

1. Tritt während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes der Todesfall ein, so wird eine Todesfalleistung nur gezahlt, wenn der Todesfall innerhalb von drei Monaten angezeigt worden ist.

Die Leistungen im Todesfall betragen zusammen mit einer Todesfalleistung aus einer evtl. zusätzlich bestehenden Unfalltod-Zusatzversicherung höchstens 50.000 Euro. Diese Begrenzungen gelten auch dann, wenn mehrere Anträge auf das Leben derselben Person bei der Gesellschaft gestellt worden sind.
2. Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz ist, dass
 - der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als zwei Monate nach der Unterzeichnung des Antrags liegt,
 - der Einlösungsbeitrag für die beantragte Versicherung gezahlt oder uns eine Ermächtigung zum Beitragseinzug erteilt worden ist,
 - das Zustandekommen der beantragten Versicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht worden ist,
 - der Antrag auf vorläufigen Versicherungsschutz sich im Rahmen der von uns angebotenen Tarifbedingungen bewegt,
 - die versicherte Person bei Unterzeichnung des Antrags das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.
3. Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag, an dem Ihr Antrag in der Hauptverwaltung bzw. einer Gebietsdirektion der ARAG eingeht.
4. Der vorläufige Versicherungsschutz endet, wenn der Versicherungsschutz aus der beantragten Versicherung begonnen hat, wir Ihren Antrag in der gewünschten Form abgelehnt haben, Sie Ihren Antrag angefochten oder zurückgenommen haben, Sie von Ihrem Widerrufsrecht nach § 8 VVG Gebrauch gemacht haben, Sie einer Ihnen gemäß § 5 Abs. 1 und 2 VVG mitgeteilten Abweichung des Versicherungsscheines von Ihrem Antrag widersprochen haben oder der Einzug des Einlösungsbeitrages nicht möglich war oder dem Einzug widersprochen worden ist.
5. Unsere Leistungspflicht ist ausgeschlossen für Versicherungsfälle auf Grund von Ursachen, nach denen im Antrag gefragt ist und von denen die versicherte Person vor seiner Unterzeichnung Kenntnis hatte, auch wenn diese im Antrag angegeben wurden. Dies gilt nicht für solche Umstände, die für den Eintritt des Versicherungsfalles nur mitursächlich gewesen sind.
6. Im Übrigen finden die Besonderen Bedingungen für die Risiko-Zusatzversicherung Anwendung, dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse.

An wen können Sie sich in Problemfällen wenden?

Bitte fragen Sie uns bei Unklarheiten oder Verständnisfragen zu Ihrer Versicherung. Wir helfen Ihnen gerne weiter. Sollte es dennoch einmal Grund zur Beschwerde geben, können Sie sich auch an folgende Stellen wenden:

- Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 080632, 10006 Berlin,
Telefon (0 18 04) 22 44 24 (0,25 Euro je Gespräch), Fax (0 18 04) 22 44 25,
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Unser Unternehmen ist Mitglied in diesem Verein. Sie können daher das kostenlose und außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Auf Wunsch senden wird Ihnen gerne die Verfahrensordnung zu.

- Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht,
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn

