



Allgemeine Bedingungen für die Restkreditlebensversicherung

Stand: 21.12.2015

Versicherungsnehmer dieser Restkreditlebensversicherung ist das Kreditinstitut. Deshalb sprechen wir mit den nachstehenden Allgemeinen Bedingungen für die Restkreditlebensversicherung das Kreditinstitut unmittelbar an; die einzelnen versicherungsvertraglichen Rechte und Pflichten betreffen das Kreditinstitut. Der versicherten Person dienen diese Allgemeinen Bedingungen zur Information.

Inhaltsverzeichnis

Begriffe	Erläuterung wichtiger Begriffe	Seite
Leistung	§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?	3
	§ 2 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	3
	§ 3 Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?	4
	§ 4 Was gilt bei Polizei- oder Wehrdienst, Unruhen, Krieg oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen/-Stoffen?	4
	§ 5 Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?	4
	§ 6 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	4
	§ 7 Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?	4
	§ 8 Wer erhält die Leistung?	5
	§ 9 Wann können die Beiträge und Leistungen angepasst werden?	5
Beitrag	§ 10 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?	5
	§ 11 Was geschieht, wenn Sie den Einmalbeitrag nicht rechtzeitig zahlen?	5
Kündigung	§ 12 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen?	5
Weitere Regelungen	§ 13 Was gilt bei Änderungen Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?	5
	§ 14 Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?	5
	§ 15 Wie werden die Kosten Ihres Vertrags verrechnet?	6
	§ 16 Welche Kosten und Abgaben stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung, und welche tarifabhängigen Begrenzungen gelten?	6
	§ 17 Wann müssen uns gegenüber versicherungsvertragliche Ansprüche spätestens geltend gemacht werden?	6
	§ 18 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?	6
§ 19 Wo ist der Gerichtsstand?	6	
Bedingungsanpassung	§ 20 Wann können diese Bedingungen angepasst werden?	6
Bestimmungen	Bestimmungen zur Überschussbeteiligung nach § 2 Absatz 3	7
	Bestimmungen über Kosten und tarifabhängige Begrenzungen nach § 16	8

Erläuterung wichtiger Begriffe

Wir möchten Ihnen vorab in alphabetischer Reihenfolge einige wichtige Begriffe erläutern, die in den Versicherungsbedingungen verwendet werden.

Bezugsberechtigter dieser Restkreditlebensversicherung ist grundsätzlich das Kreditinstitut als Versicherungsnehmer. Dieses wird die Leistung mit der Zahlungsverpflichtung des Kreditnehmers aus dem Kreditvertrag verrechnen und einen darüber hinausgehenden Betrag an den Kreditnehmer oder dessen Erben auszahlen.

Das **Deckungskapital** ist die mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechnete Deckungsrückstellung.

Eine **Deckungsrückstellung** bilden wir, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können. Die Deckungsrückstellung wird nach § 88 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und § 341e und § 341f des Handelsgesetzbuches (HGB) sowie den dazu erlassenen Rechtsverordnungen berechnet.

Rechnungsgrundlagen sind die Grundlagen, die für die Kalkulation Ihrer Versicherung benötigt werden. Diese sind im Wesentlichen Sterbetafel, Rechnungszins und Kosten.

Versicherte Person ist die Person, auf deren Leben die Versicherung abgeschlossen ist.

Versicherungsnehmer dieser Restkreditlebensversicherung ist das Kreditinstitut. Die Rechte und Pflichten aus diesem Vertrag betreffen vorrangig den Versicherungsnehmer.

Versicherungsperiode ist der Zeitabschnitt, für den die Zahlung des Beitrags vereinbart ist. Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag beträgt die Versicherungsperiode ein Jahr.

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

Unsere Leistung bei Tod der versicherten Person

(1) Wenn die versicherte Person – *das ist die Person, auf deren Leben die Versicherung abgeschlossen ist* – während der Versicherungsdauer stirbt, zahlen wir die jeweils versicherte Summe. Die Anfangsversicherungssumme fällt monatlich um einen gleich bleibenden Betrag, sodass mit Ablauf der Versicherungsdauer die versicherte Summe Null ist.

Unsere Leistung aus der Überschussbeteiligung

(2) Wir beteiligen Sie an dem Überschuss und an den Bewertungsreserven (siehe § 2).

Rechnungsgrundlagen

(3) Die tariflichen Rechnungsgrundlagen sind insbesondere der Rechnungszins in Höhe von 1,25 Prozent jährlich und eine aus der – um die Sterbetafel DAV 2008 T erweiterte – Sterbetafel DAV 1994 T abgeleitete unternehmenseigene Mischtafel, die der Aufsichtsbehörde angezeigt wurde.

§ 2 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

(1) Ihr Vertrag ist grundsätzlich überschussberechtigigt. Umfang und Bemessungsgrundlagen der Überschussbeteiligung richten sich nach der jeweils zum Zeitpunkt einer Zuteilung geltenden Fassung des § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG). Die Überschussbeteiligung umfasst nach der derzeitigen Fassung des § 153 VVG eine Beteiligung an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven. Die Überschüsse und die Bewertungsreserven ermitteln wir nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches und veröffentlichen sie jährlich im Geschäftsbericht. Die Überschussbeteiligung kann auch null Euro betragen (Absatz 4).

Wir erläutern Ihnen,

- wie wir die Überschussbeteiligung für die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit ermitteln (Absatz 2)
- wie die Überschussbeteiligung Ihres konkreten Vertrags erfolgt (Absatz 3) und
- warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren können und diese auch null Euro betragen kann (Absatz 4).

(2) Wie ermitteln wir die Überschussbeteiligung für die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit?

Dazu erklären wir Ihnen

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

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

(a) Überschüsse können aus drei verschiedenen Quellen entstehen:

- den Kapitalerträgen (aa),
- dem Risikoergebnis (bb) und
- dem übrigen Ergebnis (cc).

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

(aa) Kapitalerträge

Von den Nettoerträgen der nach dieser Verordnung maßgeblichen Kapitalanlagen erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den dort genannten prozentualen Anteil. In der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben. Aus diesem Betrag werden zunächst die Mittel entnommen, die für die garantierten Leistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer. Da der Beitrag Ihrer Restkreditlebensversicherung der Deckung des Todesfallsrisikos dient, stehen vor Eintritt des Todesfalls keine oder allenfalls

geringfügige Beträge zur Verfügung, um Kapital zu bilden, aus dem Kapitalerträge entstehen können.

(bb) Risikoergebnis

In der Restkreditlebensversicherung ist der wichtigste Einflussfaktor auf die Überschüsse vor Eintritt des Todesfalls die Entwicklung des versicherten Risikos (Todesfallrisiko). Überschüsse entstehen, wenn die Aufwendungen für das Todesfallrisiko sich günstiger entwickeln als bei der Tariffkalkulation angenommen. In diesem Fall müssen wir weniger Todesfallleistungen als ursprünglich angenommen zahlen und können daher die Versicherungsnehmer an dem so entstandenen Risikoergebnis beteiligen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 90 % beteiligt.

(cc) Übriges Ergebnis

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

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

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

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

- zur Abwendung eines drohenden Notstandes,
- um unvorhersehbare Verluste aus den überschussberechtigigten Verträgen auszugleichen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind oder
- um die Deckungsrückstellung zu erhöhen, wenn die Rechnungsgrundlagen auf Grund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen.

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

(c) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen, die für künftige Leistungen vorgesehen sind, über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen im Geschäftsbericht ausgewiesen sind.

Die Höhe der Bewertungsreserven ermitteln wir jährlich neu, zusätzlich auch für den Zeitpunkt der Beendigung eines Vertrags. Die Bewertungsreserven, die nach gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ordnen wir den Verträgen anteilig rechnerisch zu (siehe Absatz 3 a).

(3) Wie erfolgt die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages?

(a) Wir haben gleichartige Versicherungen (z.B. Rentenversicherung, Risikoversicherung) zu Abrechnungsverbänden zusammengefasst und teilweise nach engeren Gleichartigkeitskriterien innerhalb der Abrechnungsverbände Untergruppen (Überschussverbände) gebildet. Abrechnungsverbände bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen. Die Überschüsse verteilen wir auf die einzelnen Abrechnungs- und Überschussverbände nach einem verursachungsorientierten Verfahren und zwar in dem Maß, wie die Abrechnungs- und Überschussverbände zur Entstehung von Überschüssen beigetragen haben.

Ihr Versicherungsvertrag erhält Anteile an den Überschüssen des Abrechnungsverbands Restschuldversicherungen im Überschussverband Tarifwerk 2015. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die

Höhe der Überschussanteilsätze legen wir jedes Jahr fest. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Diesen können Sie auf unserer Homepage einsehen.

Haben ein Abrechnungs- und Überschussverband nicht zur Entstehung von Überschüssen beigetragen, bekommen sie keine Überschüsse zugewiesen.

(b) Bei Beendigung Ihres Vertrags gilt Folgendes: Wir teilen Ihrem Vertrag dann den für diesen Zeitpunkt zugeordneten Anteil an den Bewertungsreserven entsprechend den jeweils geltenden gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen (§ 153 VVG) Regelungen zu. Gesetzliche und aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

(c) Die für die Überschussbeteiligung geltenden Berechnungsgrundsätze sind in den als Anlage beigefügten „Bestimmungen zur Überschussbeteiligung nach § 2 Absatz 3“ enthalten. Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Versicherungsbedingungen.

(4) Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor ist die Entwicklung des Todesfallrisikos. Aber auch die Entwicklung des Kapitalmarkts und der Kosten sind von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Über die Entwicklung Ihrer Überschussbeteiligung werden wir Sie jährlich unterrichten.

§ 3 Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?

(1) Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie den Vertrag mit uns abgeschlossen haben und die Kreditsumme ausgezahlt worden ist, frühestens jedoch sechs Wochen vor dem in der Beitrittserklärung angegebenen Versicherungsbeginn. Allerdings kann unsere Leistungspflicht entfallen, wenn Sie den Einmalbeitrag nicht rechtzeitig zahlen (siehe § 10 Absatz 1 und § 11).

(2) Ein Versicherungsjahr beginnt am Jahrestag des vereinbarten Beginns der Versicherung um 12 Uhr und endet am Jahrestag im folgenden Kalenderjahr um 12 Uhr.

(3) Der Versicherungsschutz endet mit Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer. Der Versicherungsschutz endet vorzeitig mit dem Tod der versicherten Person. Tilgt der Kreditnehmer den Kredit vorzeitig oder planmäßig, endet der Versicherungsschutz zum auf den Rückzahlungstermin folgenden Monatsersten. Über die erfolgte Tilgung müssen Sie uns unverzüglich informieren.

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

(1) Grundsätzlich leisten wir unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Wir leisten auch dann, wenn die versicherte Person – *das ist die Person, auf deren Leben die Versicherung abgeschlossen ist* – in Ausübung des Polizei- oder Wehrdienstes oder bei inneren Unruhen gestorben ist.

(2) Stirbt die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen, ist unsere Leistungspflicht eingeschränkt. In diesem Fall vermindert sich unsere Leistung auf den für den Todestag berechneten Rückkaufswert (siehe § 12 Absätze 2 bis 4). Unsere Leistung vermindert sich nicht, 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) In folgenden Fällen vermindern sich unsere Leistungen auf die in Absatz 2 Satz 2 und 3 genannten Leistungen: Die versicherte Person stirbt in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit

- dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder
- dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen.

Der Einsatz bzw. das Freisetzen muss dabei darauf gerichtet gewesen sein, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Unsere Leistung vermindert sich nicht, 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.

§ 5 Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?

(1) Bei vorsätzlicher Selbsttötung leisten wir, wenn seit Abschluss des Vertrags drei Jahre vergangen sind.

(2) Bei vorsätzlicher Selbsttötung vor Ablauf der Dreijahresfrist besteht kein Versicherungsschutz. In diesem Fall zahlen wir den für den Todestag berechneten Rückkaufswert (siehe § 12 Absätze 2 bis 4) aus.

Wenn uns nachgewiesen wird, dass sich die versicherte Person – *das ist die Person, auf deren Leben die Versicherung abgeschlossen ist* – in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit selbst getötet hat, besteht Versicherungsschutz.

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

§ 6 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf die folgenden der versicherten Person bekannten Erkrankungen, wegen derer sie in den letzten 12 Monaten vor Abgabe ihrer Beitrittserklärung ärztlich beraten oder behandelt wurde:

- Hirndurchblutungsstörungen
- Schlaganfall
- Leberzirrhose
- Angina Pectoris
- koronare Herzerkrankungen
- Herzrhythmusstörungen
- Herzinfarkt
- Herzschwäche
- Herzmuskelerkrankung
- Krebs
- Tumore
- Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Diese Einschränkung des Versicherungsschutzes gilt nur, wenn der Versicherungsfall innerhalb der ersten 24 Monate nach Abgabe der Beitrittserklärung eintritt und mit diesen Erkrankungen in ursächlichem Zusammenhang steht.

(2) Ist bei Tod der versicherten Person der Versicherungsschutz nach Absatz 1 ausgeschlossen, zahlen wir den Rückkaufswert nach § 12 Absätze 2 bis 4. Die Rückzahlung des Einmalbeitrages können Sie nicht verlangen.

(3) Wenn unsere Leistungspflicht durch eine Änderung des Vertrags erweitert wird, gilt Absatz 1 bezüglich des geänderten Teils erneut.

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

(1) Der Tod der versicherten Person – *das ist die Person, auf deren Leben die Versicherung abgeschlossen ist* – muss uns unverzüglich – *d.h. ohne schuldhaftes Zögern* – mitgeteilt werden. Außerdem muss uns die Beitrittserklärung und eine amtliche Sterbeurkunde mit Angabe von Alter und Geburtsort vorgelegt werden. Zusätzlich muss eine ausführliche ärztliche oder amtliche Bescheinigung über die Todesursache vorgelegt werden. Aus der Bescheinigung müssen sich Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tode der versicherten Person geführt hat, ergeben.

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

(3) Unsere Leistung wird fällig, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Wenn eine der in den Absätzen 1 bis 2 genannten Pflichten nicht erfüllt wird, kann dies zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine solche Pflichtverletzung kann somit dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird.

(4) Unsere Leistungen überweisen wir der empfangsberechtigten Person auf ihre Kosten. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums trägt die empfangsberechtigte Person auch die damit verbundene Gefahr.

§ 8 Wer erhält die Leistung?

Die Leistung aus dem Vertrag erbringen wir an den Versicherungsnehmer (Kreditgeber) als alleinigen unwiderruflich Bezugsberechtigten zu Gunsten des jeweiligen Kreditkontos.

§ 9 Wann können die Beiträge und Leistungen angepasst werden?

(1) Wir sind zu einer Neufestsetzung des vereinbarten Beitrags berechtigt, wenn

- sich der Leistungsbedarf nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den Rechnungsgrundlagen des vereinbarten Beitrags geändert hat,
- der nach den berechtigten Rechnungsgrundlagen neu festgesetzte Beitrag angemessen und erforderlich ist, um die dauernde Erfüllbarkeit der Leistung zu gewährleisten, und
- ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die vorstehenden Voraussetzungen überprüft und bestätigt hat.

Eine Neufestsetzung des Beitrags ist insoweit ausgeschlossen, als die Leistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies insbesondere anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen hätte erkennen müssen.

(2) Sie können verlangen, dass anstelle einer Erhöhung des Beitrags nach Absatz 1 die Leistungen entsprechend herabgesetzt werden.

(3) Die Neufestsetzung des Beitrags und die Herabsetzung der Leistungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Herabsetzung und der hierfür maßgeblichen Gründe an Sie folgt.

§ 10 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Den Einmalbeitrag müssen Sie unverzüglich – *d. h. ohne schuldhaftes Zögern* – nach Abschluss des Vertrags zahlen, jedoch nicht vor dem in der Beitrittserklärung angegebenen Versicherungsbeginn.

(2) Sie müssen den Einmalbeitrag auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten zahlen.

§ 11 Was geschieht, wenn Sie den Einmalbeitrag nicht rechtzeitig zahlen?

(1) Wenn Sie den Einmalbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Vertrag zurücktreten. Wir sind nicht zum Rücktritt berechtigt, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.

(2) Ist der Einmalbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform – *z. B. Papierform, E-Mail* – oder durch einen auffälligen Hinweis in der Beitrittserklärung auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie das Ausbleiben der Zahlung nicht zu vertreten haben.

§ 12 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen?

Kündigung

(1) Sie können Ihren Vertrag jederzeit mit einer Frist von zwei Wochen zum Schluss eines jeden Monats ganz oder teilweise in Textform – *d. h. z. B. Papierform oder E-Mail* – kündigen.

Auszahlung des Rückkaufwertes

(2) Entsprechend § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) erstatten wir nach Kündigung – soweit vorhanden – den Rückkaufwert. Dieser entspricht nicht dem von Ihnen gezahlten Einmalbeitrag, sondern ist das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation zum Schluss des laufenden Monats berechnete Deckungskapital des Vertrags.

(3) Wir können entsprechend § 169 Absatz 6 VVG den nach Absatz 2 berechneten Betrag angemessen herabsetzen, soweit dies erforderlich ist, um eine Gefährdung der Belange der Versicherungsnehmer, insbesondere durch eine Gefährdung der dauernden Erfüllbarkeit der sich aus den Versicherungsverträgen ergebenden Verpflichtungen, auszuschließen. Die Herabsetzung ist jeweils auf ein Jahr befristet.

(4) Zusätzlich zahlen wir, soweit bei Kündigung vorhanden:

- die Ihrem Vertrag bereits zugeteilten Überschussanteile, soweit sie nicht bereits in dem nach den Absätzen 2 und 3 berechneten Betrag enthalten sind, nach den „Bestimmungen zur Überschussbeteiligung nach § 2 Absatz 3“ dieser Bedingungen
- die Ihrem Vertrag nach § 2 Absatz 3 zuzuteilenden Bewertungsreserven.

Keine Beitragsrückzahlung

(5) Die Rückzahlung des Einmalbeitrags können Sie nicht verlangen.

§ 13 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?

(1) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich – *d. h. ohne schuldhaftes Zögern* – mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen. Wir sind berechtigt, eine an Sie zu richtende Erklärung – *z. B. Setzen einer Zahlungsfrist* – mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift zu senden. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie den Vertrag für Ihren Gewerbebetrieb abgeschlossen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

(2) Bei Änderung Ihres Namens gilt Absatz 1 entsprechend.

§ 14 Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?

(1) Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen bei Vertragsabschluss, bei Änderung nach Vertragsabschluss oder auf Nachfrage unverzüglich – *d. h. ohne schuldhaftes Zögern* – zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.

(2) Notwendige Informationen im Sinne von Absatz 1 sind insbesondere Umstände, die für die Beurteilung

- Ihrer persönlichen Steuerpflicht,
- der Steuerpflicht dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben und
- der Steuerpflicht des Leistungsempfängers

maßgebend sein können.

Dazu zählen die deutsche oder ausländische Steuerpflicht, die Steueridentifikationsnummer, der Geburtsort und der Wohnsitz.

Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, müssen Sie davon ausgehen, dass wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden melden, auch wenn keine Steuerpflicht besteht.

(3) Auch Ihre Mitteilungspflichten nach den jeweils maßgeblichen gesetzlichen Regelungen zur Geldwäschebekämpfung, derzeit § 4 Absatz 6 Geldwäschegesetz (GwG), müssen Sie beachten. Sie haben offen zu legen, ob Sie die Geschäftsbeziehung und/oder eine Transaktion für einen Dritten begründen, fortsetzen oder durchführen wollen, sowie alle notwendigen Informationen und Unterlagen zur Verfügung zu stellen und sich im Laufe der Geschäftsbeziehung ergebende Änderungen unverzüglich – d.h. ohne schuldhaftes Zögern – anzuzeigen. Daraus resultiert die Pflicht für Sie, uns aktiv darüber zu informieren, wenn die Beiträge von einem Konto bezahlt werden sollen, dessen Inhaber nicht Sie als Vertragspartner sind (fremde Beitragszahlung). Als fremde Beitragszahlung gelten dabei z. B. auch Lastschriften von Konten, für die Sie lediglich Kontovollmacht besitzen, sowie Zahlungen von Geschäftskonten, durch Vermittler oder durch den Arbeitgeber, sofern diese nicht Versicherungsnehmer sind.

Die aktive Informationspflicht gilt für sämtliche zahlungsrelevanten Geschäftsvorfälle während der Geschäftsbeziehung (z. B. Überweisungen, Zuzahlungen, Darlehen, Kontoänderungen).

Kommen Sie Ihrer Offenlegungspflicht nicht oder nicht wahrheitsgemäß nach, ist nach den jeweils maßgeblichen gesetzlichen Regelungen, derzeit § 11 Absatz 1 GwG Meldung an das Bundeskriminalamt und die Strafverfolgungsbehörden zu erstatten.

§ 15 Wie werden die Kosten Ihres Vertrags verrechnet?

(1) Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Diese sind in Ihren Beitrag einkalkuliert. Es handelt sich um Abschlusskosten sowie übrige Kosten.

Zu den **Abschlusskosten** gehören insbesondere Abschlussprovisionen für den Versicherungsvermittler. Die **übrigen Kosten** umfassen die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen sowie Werbeaufwendungen und die Kosten für die laufende Verwaltung.

(2) Die Abschlusskosten werden dem Einmalbeitrag entnommen. Die übrigen Kosten entnehmen wir teilweise dem Einmalbeitrag, teilweise während der gesamten Vertragslaufzeit.

§ 16 Welche Kosten und Abgaben stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung, und welche tarifabhängigen Begrenzungen gelten?

Kosten und Abgaben

(1) Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand entsteht, stellen wir Ihnen pauschal die zusätzlichen Kosten gesondert in Rechnung.

Die derzeit gültigen Kosten können Sie den „Bestimmungen über Kosten und tarifabhängige Begrenzungen nach § 16“ entnehmen. Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Bedingungen. Wir können Kosten in angemessener Weise neu festlegen. Über künftige Änderungen werden wir Sie jeweils schriftlich unterrichten.

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

(3) Alle etwaigen öffentlichen Abgaben (zum Beispiel Steuern), die von uns für Ihren Vertrag abzuführen sind, verrechnen wir mit den Leistungen bzw. sind uns zu erstatten.

Tarifabhängige Begrenzungen

(4) Für Ihren Vertrag gelten bestimmte tarifabhängige Begrenzungen. Die derzeit gültigen Begrenzungen können Sie den als Anlage beigefügten

„Bestimmungen über Kosten und tarifabhängige Begrenzungen nach § 16“ entnehmen. Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Bedingungen. Wir können Begrenzungen in angemessener Weise neu festlegen. Über künftige Änderungen werden wir Sie jeweils schriftlich unterrichten.

§ 17 Wann müssen uns gegenüber versicherungsvertragliche Ansprüche spätestens geltend gemacht werden?

(1) Ansprüche aus diesem Vertrag verjähren innerhalb der gesetzlichen Frist von drei Jahren. Die Verjährungsfrist beginnt mit dem Ende des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Anspruchserhebende von den anspruchsbegründenden Umständen Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste.

(2) Wenn der Anspruchserhebende die Verjährungsfrist verstreichen lässt, ohne die Ansprüche gerichtlich geltend zu machen, sind diese ausgeschlossen. Dies gilt nicht für Ansprüche, soweit wir diese bereits anerkannt haben.

§ 18 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 19 Wo ist der Gerichtsstand?

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag **gegen uns** ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk unser Sitz oder die für den Vertrag zuständige Niederlassung liegt. Zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz haben. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

(2) Klagen aus dem Versicherungsvertrag **gegen Sie** müssen wir bei dem Gericht erheben, das für Ihren Wohnsitz zuständig ist. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

(3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts in das Ausland, sind für Klagen aus dem Versicherungsvertrag die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

§ 20 Wann können diese Bedingungen angepasst werden?

(1) Ist eine Bestimmung in unseren Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie durch eine neue Regelung ersetzen, wenn

- dies zur Fortführung des Vertrages notwendig ist, oder
- wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde.

Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.

(2) Die neue Regelung nach Absatz 1 wird zwei Wochen, nachdem wir Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt haben, Vertragsbestandteil.

(3) Sollte eine Bestimmung dieses Bedingungswerks ganz oder teilweise unwirksam sein, berührt dies die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht.

Bestimmungen zur Überschussbeteiligung nach § 2 Absatz 3

Stand: 21.12.2015

Diese Bestimmungen sind Bestandteil der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden „Allgemeinen Bedingungen für die Restkreditlebensversicherung“. Wir können sie für Ihren Vertrag unter den Voraussetzungen von § 20 ändern.

1. Wie teilen wir Überschussanteile und Bewertungsreserven zu?

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer nach § 153 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) an dem Überschuss und den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung).

Ihr Vertrag erhält Überschussanteile des Abrechnungs- und Überschussverbands, zu denen Ihr Vertrag gehört.

Einzelheiten zur Zuteilung von Überschussanteilen und Bewertungsreserven finden Sie in unserem jährlichen Überschussverteilungsplan. Den Überschussverteilungsplan veröffentlichen wir jährlich im Rahmen unseres Geschäftsberichts auf unserer Homepage.

Ihr Vertrag ist vom ersten Versicherungsjahr an am Überschuss beteiligt.

1.1 Überschussanteile für einen Todesfallbonus

Ihr Vertrag erhält, sofern eine Zuteilung erfolgt, im Todesfall Überschussanteile zur Erhöhung der Versicherungsleistung (Todesfallbonus).

Bemessungsgrundlage

Bemessungsgrundlage ist die Versicherungssumme im Leistungsfall.

1.2 Beteiligung an den Bewertungsreserven

Soweit Ihr Vertrag zur Entstehung von Bewertungsreserven beigetragen hat, beteiligen wir Sie an den Bewertungsreserven.

Zuordnung der Bewertungsreserven

Die Bewertungsreserven ordnen wir Ihrem Vertrag nach einem verursachungsorientierten Verteilungsverfahren jährlich zum Bilanzstichtag rechnerisch zu (§ 153 Absatz 3 des Versicherungsvertragsgesetzes).

Wir bestimmen dazu den Wert der Summe aus dem Deckungskapital, soweit es positiv ist, am Bilanzstichtag zuzüglich der entsprechenden Werte zu den vorangegangenen Bilanzstichtagen. Dieser für Ihren Vertrag ermittelte Wert wird zu dem entsprechenden Wert aller berechtigten Verträge ins Verhältnis gesetzt (Verteilungsschlüssel).

Der so zum Bilanzstichtag ermittelte Verteilungsschlüssel gibt den individuellen Anteil der Bewertungsreserven Ihres Vertrags im Verhältnis zur Gesamtheit aller berechtigten Verträge wieder und gilt jeweils für einen Zeitraum von zwölf Monaten. Der Zeitraum beginnt am 01.01. des Folgejahres nach 12 Uhr mittags und dauert bis zum 01.01. um 12 Uhr mittags des nachfolgenden Jahres.

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Wichtigste Einflussfaktoren sind die Zinsentwicklung des Kapitalmarkts und die Entwicklung der Lebenserwartung. Auch die Entwicklung der tatsächlichen Kosten ist von Bedeutung. Deshalb kann die absolute Höhe der künftigen Überschussbeteiligung nicht garantiert werden.

Zuteilung der Bewertungsreserven

Für die Zuteilung werden nur die Bewertungsreserven berücksichtigt, die nach gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind (maßgebende Bewertungsreserven).

Bewertungsreserven teilen wir bei Ablauf der Versicherung oder bei Beendigung Ihres Vertrags vor Ablauf der Versicherung durch Tod der versicherten Person oder Kündigung (Zuteilungszeitpunkte) zu.

Dazu ermitteln wir den Betrag der maßgebenden Bewertungsreserven für den jeweiligen Zuteilungszeitpunkt und teilen ihn gemäß dem ermittelten Verteilungsschlüssel zur Hälfte Ihrem Vertrag zu.

Die Wertermittlung der maßgebenden Bewertungsreserven führen wir mindestens monatlich durch. Die Festlegung der Wertermittlungstermine, die Nennung der Voraussetzungen, unter denen diese jeweils gelten, sowie die Zuordnung der für die Zuteilungszeitpunkte jeweils maßgebenden Wertermittlungstermine erfolgt im Rahmen unseres Überschussverteilungsplans jährlich neu.

Der rechnerische Betrag der maßgebenden Bewertungsreserven kann sich von dem der tatsächlichen Bewertungsreserven unterscheiden, der Höhe nach jederzeit ändern, auch starken Schwankungen unterliegen und sogar ganz entfallen.

2. Wie verwenden wir zugeteilte Überschussanteile und Bewertungsreserven?

Die ggf. zuzuteilenden Überschussanteile verwenden wir zur Erhöhung der Leistung (Todesfallbonus).

2.1 Überschussanteile für einen Todesfallbonus

Die Höhe des Todesfallbonus hängt vor allem vom Verlauf der Sterblichkeit ab. Er kann deshalb nicht garantiert werden. Sofern sich der Todesfallbonus in einzelnen Versicherungsjahren vermindert oder wegfällt, haben Sie das Recht, gegen einen Mehrbeitrag Ihren Versicherungsschutz ohne neue Gesundheitsprüfung dem bisherigen Stand anzupassen.

2.2 Bewertungsreserven

Den Wert der Beteiligung an den Bewertungsreserven zahlen wir bei Ablauf der Versicherung oder vor Ablauf der Versicherung bei Tod der versicherten Person oder Kündigung an den Anspruchsberechtigten aus.

Bestimmungen über Kosten und tarifabhängige Begrenzungen nach § 16

Stand: 21.12.2015

Diese Bestimmungen sind Bestandteil der Ihrer Versicherung zugrunde liegenden Allgemeinen und Besonderen Bedingungen. Wir können die Bestimmungen in angemessener Weise neu festlegen. Die jeweils aktuelle Kostenübersicht können Sie jederzeit bei uns anfordern.

1 Kosten

Nr.	Kostenart	derzeit	maximal
1.1	Durchführung einer Vertragsänderung	0,00 Euro	15,00 Euro
1.2	Einholung individueller Erklärungen zur Entbindung von der Schweigepflicht je Entbindung	0,00 Euro	15,00 Euro

2 Tarifabhängige Begrenzungen

Derzeit keine.

ALLGEMEINE BEDINGUNGEN ZUR ARBEITSUNFÄHIGKEITSVERSICHERUNG

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
mit den nachfolgenden Bedingungen möchten wir Sie über die Regelungen informieren, die für dieses Vertragsverhältnis gelten.

§ 1 Versicherungsumfang

1. Was ist Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

- (1) Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person aufgrund von Krankheit oder Unfall ihre zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund
- vorübergehend nicht mehr ausüben kann, sie auch nicht ausübt, oder
 - für die vereinbarte Restlaufzeit dieses Versicherungsvertrages dauerhaft zu mindestens 50 Prozent nicht mehr ausüben kann und auch keine andere, ihrer bisherigen wirtschaftlichen und sozialen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit ausüben kann.

Der Versicherungsfall gilt mit dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit als eingetreten. Eine während der Behandlung neu eingetretene und behandelte Krankheit oder Unfallfolge, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, begründet nur dann einen neuen Versicherungsfall, wenn sie mit der ersten Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang steht.

- (2) Bei einer selbstständigen Tätigkeit oder bei Angestellten mit Unternehmensleitungsbefugnis (z. B. Geschäftsführer) ist für eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Nr. 1. (1) b zusätzlich nachzuweisen, dass die versicherte Person auch bei möglicher und zumutbarer betrieblicher Umorganisation zu mindestens 50 Prozent außerstande sein wird, ihrer zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Zumutbar ist eine Umorganisation (z. B. durch eine qualifizierte Vertreterregelung), wenn sie für das Unternehmen betrieblich zweckmäßig und nicht mit wesentlich höheren Personalkosten verbunden ist und die versicherte Person bei einem Wechsel des Aufgabengebietes eine unternehmensleitende Stellung behält, die der bisherigen wirtschaftlichen und sozialen Lebensstellung entspricht.
- (3) Die Arbeitsunfähigkeit ist uns durch eine Bescheinigung eines in Deutschland zugelassenen und praktizierenden Arztes unter Angabe der genauen Krankheitsbezeichnung nachzuweisen.

2. Welche Leistung erbringt die Versicherung?

- (1) Im Versicherungsfall zahlen wir nach Maßgabe dieser Bedingungen die im Versicherungsvertrag ausgewiesene Versicherungssumme (versicherte Rate). Für jeden nachgewiesenen Monat der Arbeitsunfähigkeit erbringen wir jeweils rückwirkend die versicherte Leistung.
- (2) Der Anspruch auf Zahlung der Versicherungssumme entsteht bei andauerndem Fortbestand der Arbeitsunfähigkeit mit Ablauf einer Karenzzeit, wird jedoch nicht vor Beendigung der zur Feststellung notwendigen Erhebungen fällig. Die Karenzzeit beträgt 42 Tage ab dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit. Mit Eintritt jedes weiteren Versicherungsfalls beginnt die Karenzzeit erneut. § 1 Nr. 2 (3) bleibt davon unberührt.
- (3) Wird uns ein Versicherungsfall später als drei Monate nach Eintritt in Textform mitgeteilt, so entsteht bei andauerndem Fortbestand der Anspruch auf die Versicherungsleistung erst mit dem Beginn des Monats der Mitteilung.
- (4) Sofern mehrere Versicherungsfälle gleichzeitig bestehen (z. B. bei gleichzeitiger Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit), wird für diesen Zeitraum die Versicherungssumme gemäß Absatz 1 insgesamt nur einmal erbracht.
- (5) Der Anspruch auf Versicherungsleistung für Arbeitsunfähigkeit gemäß Nr. 2 (1) erlischt, wenn die Arbeitsunfähigkeit endet oder mit Beendigung des Versicherungsvertrages gemäß § 3 Nr. 3.
- (6) Hält sich die versicherte Person länger als drei Monate ununterbrochen außerhalb der europäischen Gebiete der Mitgliedstaaten der Europäischen Union oder der Schweiz auf, besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, solange dieser Aufenthalt andauert.

3. In welchen Fällen von Arbeitsunfähigkeit ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- (1) Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf die der versicherten Person bekannten und in Satz 3 namentlich benannten schweren Erkrankungen, wegen derer sie in den letzten 12 Monaten vor Antragsunterzeichnung ärztlich beraten oder behandelt wurde. Diese Einschränkung gilt nur, wenn der Versicherungsfall innerhalb der ersten 24 Monate nach Antragsunterzeichnung eintritt und mit einer schweren Erkrankung gemäß Satz 1 in ursächlichem Zusammenhang steht.

Schwere Erkrankungen im Sinne dieser Klausel sind ausschließlich: Krebserkrankung, Herzinfarkt, koronare Herzerkrankung, Angina Pectoris, Hirninfarkt, Hirnblutung, psychische Erkrankungen, Epilepsie, Multiple Sklerose, Diabetes mellitus Typ I und II, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, allergisches Asthma und Asthma bronchiale, Schlafapnoe, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Hepatitis A, B, C, Bandscheibenvorfall, Spinalkanalstenose, Meniskusriß, Gonarthrose, Koxarthrose, Gelenkschaden mit Implantateinsatz, Fibromyalgie.

Wird mit uns nachträglich eine Erhöhung der Versicherungssumme vereinbart, so gilt Absatz 1 entsprechend nur für den Erhöhungsbetrag.

- (2) Keine Versicherungsleistung wird gezahlt bei Arbeitsunfähigkeit verursacht durch:
- Krankheiten, Kräfteverfall und Selbstverletzungen, die auf Vorsatz beruhen, sowie versuchte Selbsttötung und vorsätzlich herbeigeführte Unfälle einschließlich ihrer Folgen. 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;

- Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegereignisse verursacht oder durch innere Unruhen verursacht wurden, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- Krankheiten und Unfallfolgen durch Sucht (z. B. Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch) oder die auf eine durch Alkohol- oder Drogenkonsum bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind, sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- Strahlung, Kontamination oder radioaktive Einwirkungen, egal aus welcher Quelle;
- die vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;
- Unfälle als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteleiter), soweit nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt wird, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges, bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit oder bei der Benutzung von Raumfahrzeugen;
- Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

Außerdem sind Leistungen während des Mutterschutzes (vgl. MuSchG § 3 Nr. 2 und § 6 Nr. 1) sowie während der Elternzeit (vgl. BEEG §§ 15 ff.) im dort nach der jeweils gültigen Fassung geregelten zeitlichen Umfang ausgeschlossen.

4. Nicht versicherbare Personen

Nicht versicherbar sind solche Personen, die auf Dauer keine Berufstätigkeit ausüben. Der für nicht versicherbare Personen entrichtete Beitrag für die Arbeitsunfähigkeitsversicherung ist von uns zurückzuzahlen.

§ 2 Versicherungsfall

1. Wie wird der Versicherungsfall gemeldet und welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten?

- (1) Der Eintritt des Versicherungsfalles ist uns spätestens nach Ablauf der Karenzzeit unverzüglich in Textform anzuzeigen. Für die Geltendmachung sind die hierfür bestimmten Meldeformulare zu verwenden, die von uns oder über den Vermittler bezogen werden können. Zusammen mit den Meldeformularen sind uns die dort aufgelisteten benötigten Nachweise einzureichen.
- (2) Ansprüche auf monatliche Folgezahlungen sind im Falle des § 1 Nr. 1 (1) a innerhalb von 90 Tagen für jeden Monat, für den eine Versicherungsleistung beansprucht wird, erneut geltend zu machen. Entsprechende Folgeformulare werden von uns mit der Auszahlung der Versicherungsleistung zur Verfügung gestellt. Die in den Folgeformularen angegebenen benötigten Nachweise sind mit einzureichen.

2. Wer trägt die Kosten für die benötigten Nachweise?

- (1) Die benötigten Unterlagen (§ 2 Nr. 1) sind auf Kosten des Anspruchstellers einzureichen.
- (2) Wir können - dann allerdings auf unsere Kosten - weitere Nachweise, auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen, sowie zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen oder ärztliche Untersuchungen verlangen. Dabei werden jedoch etwaige Kosten, die der versicherten Person durch eine Anreise aus dem Ausland entstehen, nicht von uns erstattet.

3. Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?

- (1) Wird eine Obliegenheit nach Nr. 1 vorsätzlich verletzt, so sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in dem Verhältnis zu kürzen, das der Schwere des Verschuldens entspricht. Das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit ist uns nachzuweisen.
- (2) Außer im Falle einer arglistigen Obliegenheitsverletzung sind wir jedoch zur Leistung verpflichtet, soweit uns nachgewiesen wird, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistung ursächlich ist.
- (3) Wird eine nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehende Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit verletzt, so sind wir nur dann vollständig oder teilweise leistungsfrei, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 3 Versicherungsdauer

1. Wann beginnt die Versicherung?

Die Versicherung beginnt vorbehaltlich der Regelungen des § 4 zu dem im Versicherungsantrag angegebenen Zeitpunkt, jedoch nicht vor Ablauf der Wartezeit (vgl. § 3 Nr. 2).

2. Welche Wartezeit gilt es zu beachten?

- (1) Für Versicherungsfälle, die vor Ablauf einer Wartezeit eintreten, werden keine Leistungen erbracht. Wird mit uns nachträglich eine Erhöhung der Versicherungssumme vereinbart bzw. diese Leistungsart später gewählt, so gilt Satz 1 entsprechend nur für den Erhöhungsbetrag bzw. die zugewählte Leistungsart.

- (2) Die Wartezeit beträgt 90 Tage und beginnt mit dem im Antrag genannten Versicherungsbeginn.
- (3) Wird der Versicherungsvertrag zeitgleich mit einem abzuschließenden Finanzierungsvertrag abgeschlossen, entfällt die Wartezeit. Die Wartezeit entfällt außerdem, wenn die Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall der versicherten Person hervorgerufen wird.

3. Wann endet die Versicherung?

- (1) Der Vertrag wird für die im Versicherungsvertrag angegebene Zeit abgeschlossen.
- a) Ein Versicherungsverhältnis, das für eine Dauer von mehr als drei Jahren eingegangen wurde, kann zum Ende des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten gekündigt werden.
- b) Gemäß Absatz a) kann auch nur die Kündigung des Risikos Arbeitslosigkeit verlangt werden, sofern dieses bei Vertragsschluss mit beantragt wurde.
- (2) Nach dem Eintritt eines Versicherungsfalles kann jede Vertragspartei den Versicherungsvertrag kündigen. Die Kündigung ist in Textform zu erklären. Sie muss der anderen Vertragspartei spätestens einen Monat nach Auszahlung oder Ablehnung der Leistung zugegangen sein.
- (3) Im Falle einer vorzeitigen Beendigung des Versicherungsvertrages erfolgt eine anteilige Beitragsrückerstattung.
- (4) Die Versicherung endet – sofern tariflich nichts anderes vorgesehen ist – ggf. auch vorzeitig mit Ablauf des Monats, in dem eines der folgenden Ereignisse eintritt:
- Beendigung des abgesicherten Finanzierungsvertrages;
 - Eintritt der versicherten Person in den endgültigen Ruhestand einschließlich Vorruhestand;
 - freiwillige Aufgabe der Erwerbstätigkeit;
 - Ableben der versicherten Person;
 - Beendigung einer ggf. tariflich zugrunde liegenden Todesfallversicherung.
- Diese Veränderungen sind uns durch die versicherte Person bzw. ihre Erben in Textform anzuzeigen.

§ 4 Versicherungsbeitrag

1. Wie ist der Versicherungsbeitrag zu zahlen?

Die Beiträge zu dieser Versicherung werden in einem einzigen Beitrag (Einmalbeitrag) entrichtet.

Die Zahlung kann auch an den Versicherungsvermittler erfolgen, sofern dies mit uns im Versicherungsantrag vereinbart wurde.

2. Wann ist der Beitrag zu zahlen und was geschieht, wenn dieser nicht rechtzeitig gezahlt wird?

- (1) Der Beitrag ist - unabhängig von dem Bestehen eines Widerrufsrechts - nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem im Versicherungsantrag angegebenen Versicherungsbeginn.
- (2) Wird der Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt, so sind wir berechtigt, solange die Zahlung noch nicht bewirkt ist, vom Vertrag zurückzutreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass der Beitragspflichtige die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten hat.
- (3) Ist der Beitrag bei Eintritt eines Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, so sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass der Beitragspflichtige die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.

3. Wann kann der Versicherungsbeitrag angepasst werden?

- (1) Eine Beitragsanpassung führen wir durch, wenn dies aus versicherungstechnischen Gründen auf Basis einer Neukalkulation notwendig ist. Notwendig ist eine solche Neukalkulation nur bei einer dauerhaften und nicht vorhersehbaren Veränderung des Bruttoschadenbedarfs für gleichartige Risiken, der sich aus dem direkt zurechenbaren Schadenaufwand und den damit verbundenen Kosten zusammensetzt. Unternehmensübergreifende Daten dürfen für den Fall herangezogen werden, dass eine ausreichende Grundlage unternehmenseigener Daten nicht zur Verfügung steht.

Für Teile des Gesamtbestandes, die nach objektiven, risikobezogenen Kriterien abgrenzbar sind (wie z. B. Arbeiter und Angestellte, Selbstständige), kann zur Ermittlung des Anpassungsbedarfs mittels mathematisch-statistischer Verfahren eine Zusammenfassung erfolgen und für diese gesondert kalkuliert werden.

Die Voraussetzungen für eine Beitragsanpassung werden von einem Aktuar geprüft und bestätigt.

- (2) Im Falle der Erhöhung sind wir berechtigt, im Falle der Ermäßigung verpflichtet, den Beitrag für bestehende Versicherungsverträge anzupassen. Im Falle der Erhöhung ist diese begrenzt auf einen vergleichbaren Versicherungsschutz im Neugeschäft, höchstens jedoch 30 Prozent.

Bei Einmalbeitragsversicherungen erfolgt eine Beitragsanpassung in Form einer Nachberechnung bzw. Rückvergütung. Der Versicherungsnehmer kann jedoch die Fortsetzung der Versicherung ohne Nachberechnung bzw. Rückvergütung verlangen, dafür aber mit entsprechend verringerten bzw. erhöhten Versicherungsleistungen.

Liegt die Veränderung unter fünf Prozent, entfällt eine Beitragsangleichung. Diese Veränderung ist jedoch in den folgenden Jahren zu berücksichtigen.

- (3) Auf eine Anpassung des Beitrags weisen wir (z. B. mit der Beitragsrechnung) hin, bei einer Erhöhung einen Monat vor Wirksamwerden.

Der Versicherungsvertrag kann innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung einer Beitragserhöhung in Textform gekündigt oder eine Umstellung auf einen Tarif des Neugeschäftes mit den entsprechenden Bedingungen verlangt werden.

Die Kündigung kann frühestens zu dem Zeitpunkt erfolgen, in dem die Erhöhung des Beitrages wirksam werden soll.

Weitere Bestimmungen

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

- (1) Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets in Textform erfolgen. Für uns bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie uns zugegangen sind.
- (2) Eine Änderung der Anschrift ist uns unverzüglich mitzuteilen. Andernfalls können Nachteile für den Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person entstehen, da eine an ihn zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an die uns zuletzt bekannte Anschrift gesandt werden kann; unsere Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen.
- (3) Bei einer Namensänderung gilt Nr. 2 entsprechend.
- (4) Hält sich der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person für längere Zeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland auf, sollte uns eine im Inland ansässige Person benannt werden, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen entgegenzunehmen.

§ 6 Wann können die Versicherungsbedingungen angepasst werden?

- (1) Ist eine Bestimmung in diesen Versicherungsbedingungen durch höchstgerichtliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, so können wir sie durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrages notwendig ist.
- (2) Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange des Versicherungsnehmers und der versicherten Person angemessen berücksichtigt.
- (3) Auf die notwendige Änderung der Versicherungsbedingungen weisen wir in Textform hin. Die neue Regelung nach Nr. 1 wird zwei Wochen nach dem Hinweis auf die Änderung und die hierfür maßgeblichen Gründe Vertragsbestandteil.

§ 7 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren nach drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches. Ist ein Anspruch auf Versicherungsleistung angezeigt worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem unsere Entscheidung dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

§ 8 Welches Recht findet auf den Vertrag Anwendung?

Auf den Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 9 Welches Gericht ist zuständig?

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (2) Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer müssen bei dem Gericht erhoben werden, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

ALLGEMEINE BEDINGUNGEN ZUR ARBEITSLOSIGKEITSVERSICHERUNG

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
mit den nachfolgenden Bedingungen möchten wir Sie über die Regelungen informieren, die für dieses Vertragsverhältnis gelten.

§ 1 Versicherungsumfang

1. Was ist Arbeitslosigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

- (1) Eine Arbeitslosigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person
 - a) ein versichertes Beschäftigungsverhältnis aufgrund einer Kündigung bzw. unwiderruflichen Freistellung durch den Arbeitgeber, die nicht in dem Verhalten der versicherten Person begründet liegt, verliert und für die Arbeitsvermittlung zur Verfügung steht. Versichert ist zudem eine einvernehmliche Aufhebung des Arbeitsverhältnisses im Rahmen der vergleichsweise Erledigung des Kündigungsschutzprozesses oder zur Abwendung einer betriebsbedingten Kündigung.
 - b) eine versicherte selbstständige Tätigkeit aus wirtschaftlichem Grund oder wegen Insolvenz einstellt. Ein wirtschaftlicher Grund im Sinne dieser Bedingungen ist bereits dann gegeben, wenn das Einkommen vor Steuern aus der aufgegebenen selbstständigen Tätigkeit in den letzten 6 Monaten vor der Aufgabe negativ oder im Monatsdurchschnitt geringer als 20 Prozent zzgl. 5 Prozent je unterhaltspflichtiger Person der im Zeitpunkt der Aufgabe aktuellen, für den Wohnsitz maßgeblichen Jahresbeitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI) war.
- (2) Während der Arbeitslosigkeit muss die versicherte Person bei der Agentur für Arbeit¹ arbeitslos gemeldet sein, zur Vermittlung zur Verfügung stehen, sich aktiv um Arbeit bemühen und darf währenddessen nicht gegen Entgelt tätig sein. Ein Nebeneinkommen gemäß den Regelungen der geringfügig entlohnten Beschäftigung (§ 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV) zählt nicht als Tätigkeit gegen Entgelt.
- (3) Bei einem versicherten Beschäftigungsverhältnis gilt der Versicherungsfall mit dem Zeitpunkt des Zugangs der Kündigung, der unwiderruflichen Freistellung oder mit dem Datum des Abschlusses der Aufhebungsvereinbarung als eingetreten.

Bei einer selbstständigen Tätigkeit gilt der Versicherungsfall mit dem Zeitpunkt der Einstellung aus wirtschaftlichem Grund, zu dem die erste Aktivität zur Einstellung der selbstständigen Tätigkeit (z. B. Gewerbeabmeldung, Kündigung der angemieteten Geschäftsräume, Verkauf von gewerblich genutzten Gegenständen) vorgenommen wird, im Falle der Insolvenz mit dem Datum der Feststellung der Zahlungsunfähigkeit bzw. Überschuldung gemäß §§ 17-19 InsO als eingetreten.

2. Welche Leistung erbringt die Versicherung?

- (1) Im Versicherungsfall zahlen wir nach Maßgabe dieser Bedingungen die im Versicherungsvertrag ausgewiesene Versicherungssumme (versicherte Rate). Für jeden nachgewiesenen Monat der Arbeitslosigkeit erbringen wir jeweils rückwirkend die versicherte Leistung.
- (2) Der Anspruch auf Zahlung der Versicherungssumme entsteht bei andauerndem Fortbestand der Arbeitslosigkeit mit Ablauf einer Karenzzeit, wird jedoch nicht vor Beendigung der zur Feststellung notwendigen Erhebung fällig. Die Karenzzeit beträgt 60 Tage ab dem ersten Tag der Arbeitslosigkeit. Mit Eintritt jedes weiteren Versicherungsfalles beginnt die Karenzzeit erneut. § 1 Nr. 2 (3) bleibt davon unberührt.
- (3) Wird uns ein Versicherungsfall später als drei Monate nach Eintritt in Textform mitgeteilt, so entsteht bei andauerndem Fortbestand der Anspruch auf die Versicherungsleistung erst mit dem Beginn des Monats der Mitteilung.
- (4) Sofern mehrere Versicherungsfälle gleichzeitig bestehen (z. B. bei gleichzeitiger Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit), wird für diesen Zeitraum die Versicherungssumme gemäß Absatz 1 insgesamt nur einmal erbracht.
- (5) Der Anspruch auf Versicherungsleistung gemäß Nr. 2. (1) erlischt – auch rückwirkend –, wenn die Arbeitslosigkeit endet, die vereinbarte Leistungsdauer abläuft oder mit Beendigung des Versicherungsvertrages gemäß § 3 Nr. 3.
- (6) Mehrfache Arbeitslosigkeit ist versichert. Im Falle einer erneuten Arbeitslosigkeit müssen die Voraussetzungen gemäß Nr. 4 erfüllt sein, um einen erneuten Anspruch wegen Arbeitslosigkeit geltend machen zu können.
Erfüllt eine Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit, die unmittelbar einem im Sinne dieser Bedingungen anerkannten Fall der Arbeitslosigkeit folgt, diese Voraussetzungen nicht, erbringen wir nur Leistungen für die nicht verbrauchte Leistungsdauer des vorherigen Versicherungsfalles.
- (7) Hält sich die versicherte Person länger als drei Monate ununterbrochen außerhalb der europäischen Gebiete der Mitgliedstaaten der Europäischen Union oder der Schweiz auf, besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, solange dieser Aufenthalt fort dauert.

3. In welchen Fällen von Arbeitslosigkeit ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Es wird keine Versicherungsleistung erbracht, wenn

- (1) die Arbeitslosigkeit unmittelbar oder mittelbar auf kriegerische Ereignisse, innere Unruhen, vorsätzlich herbeigeführte Krankheiten, Kräfteverfall, Selbstverletzung, Unfälle einschließlich ihrer Folgen, versuchte Selbsttötung und Sucht (z. B. Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch) sowie Entziehungmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren zurückzuführen ist oder
- (2) bei Vertragsabschluss die versicherte Person bereits Kenntnis von der bevorstehenden Beendigung der versicherten Tätigkeit hatte bzw. bei Beginn des Versicherungsschutzes bereits ein gerichtliches Verfahren im Zusammenhang mit dem Arbeitsverhältnis rechtshängig war oder

- (3) die Arbeitslosigkeit auf ein Beschäftigungsverhältnis bei einem Ehepartner, einem eingetragenen Lebenspartner, einem Partner, mit dem die versicherte Person in eheähnlicher Gemeinschaft lebt, oder einem in direkter Linie Verwandten sowie Verwandten zweiten Grades bzw. bei einem Unternehmen, das von dem zuvor genannten Personenkreis oder von der versicherten Person selbst beherrscht wird (mehr als 50 Prozent der Geschäftsanteile), folgt. Hiervon ausgenommen besteht Versicherungsschutz, wenn es sich um eine betriebsbedingte Kündigung handelt und innerhalb von zwei Wochen zumindest ein weiterer Arbeitnehmer ebenfalls von einer solchen Kündigung betroffen ist, bei dem die besonderen Voraussetzungen im Hinblick auf das Beschäftigungsverhältnis im Sinne des vorhergehenden Absatzes nicht vorliegen.
- (4) die Arbeitslosigkeit durch Ablauf eines befristeten Arbeitsvertrages eingetreten ist.

4. Welche Tätigkeiten sind im Rahmen dieser Bedingungen versichert?

- (1) Ein versicherbares Beschäftigungsverhältnis liegt vor, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt der Kündigung, Freistellung bzw. der Aufhebung länger als 6 Monate ohne Unterbrechung bei ein und demselben Arbeitgeber einer bezahlten Beschäftigung von mindestens 15 Stunden pro Woche nachgeht. Die Beschäftigung muss der Beitragspflicht zur Agentur für Arbeit¹ unterliegen. Ausgeschlossene Beschäftigungsverhältnisse sind Saisonarbeiten sowie Arbeiten, die eine der in § 1 Abs. 2 Schwarzarbeitsgesetz genannten Voraussetzungen für Schwarzarbeit erfüllen.
- (2) Eine versicherbare selbstständige Tätigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person aus einer nicht sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit (z. B. Gewerbe oder freier Beruf) seinen Lebensunterhalt erwirtschaftet. Der Lebensunterhalt gilt nur dann als aus selbstständiger Tätigkeit erwirtschaftet, wenn während der Betrachtungszeit aus demselben Unternehmen oder Betrieb bei mindestens 2 Einkommensteuerbescheiden ein Jahreseinkommen vor Steuern in Höhe von mindestens 40 Prozent der im jeweiligen Steuerjahr gültigen Jahresbeitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI) erzielt wird. Die Betrachtungszeit umfasst den Zeitraum vom 1. Januar des vorletzten Kalenderjahres vor Beginn des Versicherungsschutzes bis zum 31. Dezember des Kalenderjahres unmittelbar vor Eintritt des Versicherungsfalles.
- (3) Liegen die Voraussetzungen aus Nr. 4. (1) oder 4. (2) nicht vor, ist die versicherte Person nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert; der entrichtete Beitrag ist von uns zurückzuzahlen.

§ 2 Versicherungsfall

1. Wie wird der Versicherungsfall gemeldet und welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten?

- (1) Der Eintritt des Versicherungsfalles ist uns spätestens nach Ablauf der Karenzzeit unverzüglich in Textform anzuzeigen. Für die Geltendmachung sind die hierfür bestimmten Meldeformulare zu verwenden, die von uns oder über den Vermittler bezogen werden können. Zusammen mit den Meldeformularen sind uns die dort aufgelisteten benötigten Nachweise einzureichen.
- (2) Ansprüche auf monatliche Folgezahlungen sind innerhalb von 90 Tagen für jeden Monat, für den eine Versicherungsleistung beansprucht wird, erneut geltend zu machen. Entsprechende Folgeformulare werden von uns mit der Auszahlung der Versicherungsleistung zur Verfügung gestellt. Die in den Folgeformularen angegebenen benötigten Nachweise sind mit einzureichen.

2. Wer trägt die Kosten für die benötigten Nachweise?

- (1) Die benötigten Unterlagen (§ 2 Nr. 1) sind auf Kosten des Anspruchstellers einzureichen.
- (2) Wir können – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere Nachweise, auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen, sowie zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen oder ärztliche Untersuchungen verlangen. Dabei werden jedoch etwaige Kosten, die der versicherten Person durch eine Anreise aus dem Ausland entstehen, nicht von uns erstattet.

3. Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?

- (1) Wird eine Obliegenheit nach Nr. 1 vorsätzlich verletzt, so sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in dem Verhältnis zu kürzen, das der Schwere des Verschuldens entspricht. Das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit ist uns nachzuweisen.
- (2) Außer im Falle einer arglistigen Obliegenheitsverletzung sind wir jedoch zur Leistung verpflichtet, soweit uns nachgewiesen wird, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistung ursächlich ist.
- (3) Wird eine nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehende Auskunfts- oder Aufklärungspflicht verletzt, so sind wir nur dann vollständig oder teilweise leistungsfrei, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 3 Versicherungsdauer

1. Wann beginnt die Versicherung?

Die Versicherung beginnt vorbehaltlich der Regelungen des § 4 zu dem im Versicherungsantrag angegebenen Zeitpunkt, jedoch nicht vor Ablauf der Wartezeit (vgl. § 3 Nr. 2).

2. Welche Wartezeit gilt es zu beachten?

Für Versicherungsfälle, die vor Ablauf einer Wartezeit eintreten, werden keine Leistungen erbracht. Wird mit uns nachträglich eine Erhöhung der Versicherungssumme vereinbart, so gilt Satz 1 entsprechend für den Erhöhungsbetrag.

Die Wartezeit beträgt 90 Tage und beginnt mit dem im Antrag genannten Versicherungsbeginn.

Wird der Versicherungsvertrag nicht zeitgleich mit einem abzuschließenden Finanzierungsvertrag abgeschlossen bzw. diese Leistungsart später zugewählt, verlängert sich die Wartezeit um jeweils 90 Tage.

3. Wann endet die Versicherung?

- (1) Der Vertrag wird für die im Versicherungsvertrag angegebene Zeit abgeschlossen.
Ein Versicherungsverhältnis, das für eine Dauer von mehr als drei Jahren eingegangen wurde, kann zum Ende des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten gekündigt werden.
- (2) Nach dem Eintritt eines Versicherungsfalles kann jede Vertragspartei den Versicherungsvertrag kündigen. Die Kündigung ist in Textform zu erklären. Sie muss der anderen Vertragspartei spätestens einen Monat nach Auszahlung oder Ablehnung der Leistung zugegangen sein.
- (3) Im Falle einer vorzeitigen Beendigung des Versicherungsvertrages erfolgt eine anteilige Beitragsrückerstattung.
- (4) Die Versicherung endet – sofern tariflich nichts anderes vorgesehen ist – ggf. auch vorzeitig mit Ablauf des Monats, in dem eines der folgenden Ereignisse eintritt:
 - a) Beendigung des abgesicherten Finanzierungsvertrages;
 - b) Eintritt der versicherten Person in den endgültigen Ruhestand einschließlich Vorruhestand;
 - c) freiwillige Aufgabe der Erwerbstätigkeit;
 - d) Ableben der versicherten Person;
 - e) Beendigung einer ggf. tariflich zugrunde liegenden Todesfall- oder Arbeitsunfähigkeitsversicherung.

Diese Veränderungen sind uns durch die versicherte Person bzw. ihre Erben in Textform anzuzeigen.

§ 4 Versicherungsbeitrag

1. Wie ist der Versicherungsbeitrag zu zahlen?

Die Beiträge zu dieser Versicherung werden in einem einzigen Beitrag (Einmalbeitrag) entrichtet.

Die Zahlung kann auch an den Versicherungsvermittler erfolgen, sofern dies mit uns im Versicherungsantrag vereinbart wurde.

2. Wann ist der Beitrag zu zahlen und was geschieht, wenn dieser nicht rechtzeitig gezahlt wird?

- (1) Der Beitrag ist – unabhängig von dem Bestehen eines Widerrufsrechts - nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem im Versicherungsantrag angegebenen Versicherungsbeginn.
- (2) Wird der Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt, so sind wir berechtigt, solange die Zahlung noch nicht bewirkt ist, vom Vertrag zurückzutreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass der Beitragspflichtige die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten hat.
- (3) Ist der Beitrag bei Eintritt eines Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, so sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass der Beitragspflichtige die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.

3. Wann kann der Versicherungsbeitrag angepasst werden?

- (1) Eine Beitragsanpassung führen wir durch, wenn dies aus versicherungstechnischen Gründen auf Basis einer Neukalkulation notwendig ist. Notwendig ist eine solche Neukalkulation nur bei einer dauerhaften und nicht vorhersehbaren Veränderung des Bruttoschadenbedarfs für gleichartige Risiken, der sich aus dem direkt zurechenbaren Schadenaufwand und den damit verbundenen Kosten zusammensetzt. Unternehmensübergreifende Daten dürfen für den Fall herangezogen werden, dass eine ausreichende Grundlage unternehmenseigener Daten nicht zur Verfügung steht.
Für Teile des Gesamtbestandes, die nach objektiven, risikobezogenen Kriterien abgrenzbar sind (wie z. B. Arbeiter und Angestellte, Selbstständige), kann zur Ermittlung des Anpassungsbedarfs mittels mathematisch-statistischer Verfahren eine Zusammenfassung erfolgen und für diese gesondert kalkuliert werden.
Die Voraussetzungen für eine Beitragsanpassung werden von einem Aktuar geprüft und bestätigt.

- (2) Im Falle der Erhöhung sind wir berechtigt, im Falle der Ermäßigung verpflichtet, den Beitrag für bestehende Versicherungsverträge anzupassen. Im Falle der Erhöhung ist diese begrenzt auf einen vergleichbaren Versicherungsschutz im Neugeschäft, höchstens jedoch 30 Prozent.

Bei Einmalbeitragsversicherungen erfolgt eine Beitragsanpassung in Form einer Nachberechnung bzw. Rückvergütung. Der Versicherungsnehmer kann jedoch die Fortsetzung der Versicherung ohne Nachberechnung bzw. Rückvergütung verlangen, dafür aber mit entsprechend verringerten bzw. erhöhten Versicherungsleistungen.

Liegt die Veränderung unter fünf Prozent, entfällt eine Beitragsangleichung. Diese Veränderung ist jedoch in den folgenden Jahren zu berücksichtigen.

- (3) Auf eine Anpassung des Beitrags weisen wir (z. B. mit der Beitragsrechnung) hin, bei einer Erhöhung einen Monat vor Wirksamwerden.

Der Versicherungsvertrag kann innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung einer Beitragserhöhung in Textform gekündigt oder eine Umstellung auf einen Tarif des Neugeschäftes mit den entsprechenden Bedingungen verlangt werden.

Die Kündigung kann frühestens zu dem Zeitpunkt erfolgen, in dem die Erhöhung des Beitrages wirksam werden soll.

Weitere Bestimmungen

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

- (1) Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets in Textform erfolgen. Für uns bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie uns zugegangen sind.
- (2) Eine Änderung der Anschrift ist uns unverzüglich mitzuteilen. Andernfalls können Nachteile für den Versicherungsnehmer bzw. die versicherten Person entstehen, da eine an ihn zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an die uns zuletzt bekannte Anschrift gesandt werden kann; unsere Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen.
- (3) Bei einer Namensänderung gilt Nr. 2 entsprechend.
- (4) Hält sich der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person für längere Zeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland auf, sollte uns eine im Inland ansässige Person benannt werden, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen entgegenzunehmen.

§ 6 Wann können die Versicherungsbedingungen angepasst werden?

- (1) Ist eine Bestimmung in diesen Versicherungsbedingungen durch höchststrichliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, so können wir sie durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrages notwendig ist.
- (2) Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange des Versicherungsnehmers und der versicherten Person angemessen berücksichtigt.
- (3) Auf die notwendige Änderung der Versicherungsbedingungen weisen wir in Textform hin. Die neue Regelung nach Nr. 1 wird zwei Wochen nach dem Hinweis auf die Änderung und die hierfür maßgeblichen Gründe Vertragsbestandteil.

§ 7 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren nach drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches. Ist ein Anspruch auf Versicherungsleistung angezeigt worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem unsere Entscheidung dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

§ 8 Welches Recht findet auf den Vertrag Anwendung?

Auf den Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 9 Welches Gericht ist zuständig?

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (2) Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer müssen bei dem Gericht erhoben werden, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

¹ Sofern die versicherte Person ihren Wohnsitz in Deutschland hat und ihre Erwerbstätigkeit in einem Anrainerstaat gemäß § 1 Nr. 4 ausübt, muss die Meldung der Arbeitslosigkeit ggf. bei der im jeweiligen Staat zuständigen Behörde erfolgen.