

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Risikolebensversicherung (RisikoLeben Basis, RisikoLeben Comfort, RisikoLeben Premium)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als →Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner; für unser Versicherungsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

Wichtige Fachbegriffe, die im Text mit einem Pfeil „→“ markiert sind, werden im beigefügten Glossar erläutert.

Inhaltsverzeichnis

Der Versicherungsumfang	2	§ 23 Wer erhält die Versicherungsleistungen Familienschutz und Extraleistung Pflege?	15
§ 1 Welche Leistungen bietet der Tarif RisikoLeben Basis (Basistarif)?	2	Sonstiges	15
§ 2 Welche zusätzlichen Leistungen bietet der Tarif RisikoLeben Comfort (Comforttarif)?	3	§ 24 Welche Rechnungsgrundlagen gelten für Ihre Risikolebensversicherung?	15
§ 3 Welche zusätzlichen Leistungen bietet der Tarif RisikoLeben Premium (Premiumtarif)?	5	§ 25 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?	15
§ 4 Welche Wechselmöglichkeiten haben Sie zwischen den Tarifen RisikoLeben Basis, Comfort und Premium?	7	§ 26 Wo ist der Gerichtsstand?	15
§ 5 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?	7	§ 27 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?	15
§ 6 Was ist zu beachten, wenn Sie einen Nichtraucher- tarif mit verringerten Beiträgen abgeschlossen haben?	8	§ 28 Welche der vorstehenden Bestimmungen können geändert werden?	16
§ 7 Wann können Sie von einem Raucher- in einen Nichtrauchertarif wechseln?	9		
Beginn des Versicherungsschutzes	9		
§ 8 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	9		
Beitragszahlung	9		
§ 9 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?	9		
§ 10 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	10		
Kündigung und Beitragsfreistellung Ihres Vertrages	10		
§ 11 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?	10		
§ 12 Welchen Abzug erheben wir bei Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung?	11		
Kosten für den Versicherungsschutz	11		
§ 13 Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?	11		
§ 14 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?	12		
Ihre Pflichten	12		
§ 15 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	12		
§ 16 Was müssen Sie beachten, wenn Sie eine Leistung verlangen (Obliegenheiten)?	13		
§ 17 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?	13		
§ 18 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?	13		
Ausschlussklauseln	14		
§ 19 Was gilt bei Polizei- oder Wehrdienst, Unruhen, Krieg oder Einsatz beziehungsweise Freisetzen von ABC- Waffen/-Stoffen?	14		
§ 20 Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?	14		
Versicherungsschein, Leistungsempfänger	14		
§ 21 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?	14		
§ 22 Wer erhält die Versicherungsleistung?	14		

Der Versicherungsumfang

§ 1 Welche Leistungen bietet der Tarif RisikoLeben Basis (Basistarif)?

1. Kapitalzahlung im Todesfall

Je nachdem welchen Tarif Sie gewählt haben, gilt eine der nachstehenden Leistungsbeschreibungen. Welchen Tarif Sie ausgewählt haben, finden Sie in Ihrem →Versicherungsschein.

Tarif R1 Risikolebensversicherung mit →gleichbleibender Versicherungssumme

Wenn die →versicherte Person während der →Versicherungsdauer stirbt, zahlen wir die vereinbarte Versicherungssumme. Erlebt die →versicherte Person den Ablauf, erbringen wir keine Leistung.

Tarif R2 Risikolebensversicherung mit →gleichmäßig fallender Versicherungssumme

Wenn die →versicherte Person während der →Versicherungsdauer stirbt, zahlen wir die jeweils gültige Versicherungssumme. Erlebt die →versicherte Person den Ablauf, erbringen wir keine Leistung.

2. Vorableistung

- a) Sie erhalten die ursprünglich vereinbarte beziehungsweise bei den Tarifen mit fallender Versicherungssumme die jeweils gültige Versicherungssumme bereits zu Lebzeiten der →versicherten Person. Voraussetzung dafür ist, dass die →versicherte Person während der →Versicherungsdauer an einer fortschreitenden, unheilbaren Krankheit gemäß Absatz 2 b) erkrankt.
- b) Eine fortschreitende, unheilbare Krankheit im Sinne dieser Bedingungen ist jede Krankheit, die innerhalb von zwölf Monaten zum Tode führen wird.
- c) Beantragen Sie eine vorgezogene Leistung ist uns Folgendes einzureichen
 - der →Versicherungsschein
 - ein Zeugnis des behandelnden Facharztes der entsprechenden Fachrichtung einschließlich Befunden. Aus diesem muss eindeutig hervorgehen, dass es sich um eine fortschreitende, unheilbare Krankheit gemäß Absatz 2 b) handelt.
 - Krankenhausberichte (falls vorhanden).

Maßgeblich für die Zwölf-Monatsfrist hinsichtlich der Prognose über die Lebenserwartung, der verbleibenden →Vertragsdauer sowie der jeweils gültigen Versicherungssumme, ist der Zeitpunkt, zu dem alle für die Leistungsprüfung erforderlichen Unterlagen bei uns vorliegen.

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.

- d) Zahlen wir die bei Beantragung der Vorableistung gültige Versicherungssumme vorab aus, endet dieser Versicherungsvertrag.
- e) Wir erbringen keine Vorableistung, wenn
 - die verbleibende →Versicherungsdauer weniger als zwölf Monate beträgt oder
 - die fortschreitende, unheilbare Krankheit im Sinne dieser Bedingungen auf die in den §§ 19 und 20 genannten Umstände zurückzuführen ist oder
 - die fortschreitende, unheilbare Krankheit im Sinne dieser Bedingungen auf Umstände zurückzuführen ist, deren Nichtanzeige uns zum Rücktritt nach § 15 berechtigt oder
 - wir nach § 15 anfechten können.

3. Ereignisabhängige und ereignisunabhängige Nachversicherungsgarantien

Sie können die jeweils gültige Versicherungssumme erhöhen – ohne erneute Risikoprüfung. Diese Möglichkeit der Erhöhung bezeichnen wir als Nachversicherung. Durch die Nachversicherung erhöht sich Ihr Beitrag. Weitere Änderungen ergeben sich für Ihren Vertrag nicht.

Das bedeutet insbesondere:

- Die Nachversicherung erfolgt auf Basis der Ihrem Vertrag aktuell zugrundeliegenden Berufseinstufung.
- Den Beitrag für die Erhöhung berechnen wir mit den Rechnungsgrundlagen zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses.
- Medizinische Risiken, Hobbys und Freizeitaktivitäten werden wir im Rahmen der Nachversicherung nicht überprüfen. Zwischenzeitlich aufgetretene Erkrankungen oder aufgenommene Freizeitaktivitäten können somit nicht zu einer Beitragserhöhung führen.

a) Ereignisabhängige Nachversicherungsgarantie

- (1) Sie können Ihr Recht auf Nachversicherung beim Eintritt der nachfolgend genannten Ereignisse im Leben der →versicherten Person ausüben. Das ist innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt des jeweiligen Ereignisses möglich.

Diese Ereignisse sind:

- Heirat
- Geburt oder Adoption eines Kindes
- Genehmigung zum Bau eines selbst genutzten Hauses oder Erwerb von selbst genutztem Wohneigentum jeweils mit einem Darlehen von mindestens 100.000 Euro
- Gehaltserhöhung (= Erhöhung des regelmäßigen Bruttoeinkommens) der →versicherten Person um mindestens zehn Prozent im Zusammenhang mit Arbeitgeberwechsel, Beförderung, oder Erhöhung der Arbeitszeit im Rahmen einer Teilzeittätigkeit. Als Beförderung gilt auch, wenn die →versicherte Person eine Weiterbildung erfolgreich absolviert oder einen Meisterbrief erhält.
- Beginn einer selbstständigen Tätigkeit als Haupterwerb, zum Beispiel Neugründung oder Übernahme einer Praxis oder Kanzlei beziehungsweise Wegfall der Rentenversicherungspflicht aus der gesetzlichen Rentenversicherung
- bei Selbstständigen Steigerung des Gewinns vor Steuern in den letzten drei Geschäftsjahren um durchschnittlich 30 Prozent im Vergleich zum durchschnittlichen Gewinn vor Steuern der drei davorliegenden Geschäftsjahre.

- (2) Wenn Sie eine ereignisabhängige Nachversicherung beantragen, müssen Sie uns Nachweise zum betreffenden Ereignis erbringen.

b) Ereignisunabhängige Nachversicherungsgarantie

Sie können Ihr Recht auf ereignisunabhängige Nachversicherung ausüben, ohne dass eines der Ereignisse nach Absatz 3 a) (1) vorliegt.

Die ereignisunabhängige Nachversicherungsgarantie können Sie einmalig innerhalb der ersten drei Jahre nach Versicherungsbeginn in Anspruch nehmen.

Wenn Sie eine ereignisunabhängige Nachversicherung in Anspruch nehmen, können Sie nicht zum gleichen Zeitpunkt eine ereignisabhängige Nachversicherung nach Absatz 3 a) (1) beantragen.

c) Wann ist das Recht auf Nachversicherung ausgeschlossen?

Sie können das Recht auf – ereignisabhängige oder ereignisunabhängige – Nachversicherung nicht ausüben, wenn mindestens eines der nachfolgenden Kriterien zutrifft:

- die →versicherte Person ist älter als 50 Jahre. Maßgebend ist das →rechnungsmäßige Alter.

- die letzte Nachversicherung liegt weniger als sechs Monate zurück,
- die verbleibende →Beitragszahlungsdauer beträgt weniger als fünf Jahre,
- Sie haben eine Vorleistung (vergleiche Absatz 2) beantragt

d) Wie hoch darf die nachzuversichernde Versicherungssumme sein?

Wenn Sie die Versicherungssumme erhöhen, gelten folgende Grenzen:

- Sie können die Versicherungssumme bei der ereignisabhängigen Nachversicherung um maximal 50.000 Euro je Ereignis erhöhen, bei der ereignisunabhängigen Nachversicherung um maximal 25.000 Euro.
- Sie dürfen die Versicherungssumme durch Nachversicherungen um maximal 100.000 Euro erhöhen. Des Weiteren darf sich die Versicherungssumme im Vergleich zur ursprünglich vereinbarten Versicherungssumme durch Nachversicherungen maximal verdoppeln.
- Insgesamt darf durch die Inanspruchnahme der Nachversicherungsgarantie die Versicherungssumme aller bei der →LV 1871 Unternehmensgruppe bestehenden Verträge 400.000 Euro nicht übersteigen.
- Bei dem Tarif mit fallender Versicherungssumme gehen wir wie folgt vor: wir erhöhen zunächst die ursprünglich vereinbarte Versicherungssumme um die Nachversicherung. Im Anschluss berechnen wir den neuen fallenden Verlauf der Versicherungssumme. Die oben genannten Grenzen gelten bei dem Tarif mit fallender Versicherungssumme daher für die ursprünglich vereinbarte Versicherungssumme. Ändern Sie aktiv die ursprünglich vereinbarte Versicherungssumme, zum Beispiel durch eine Reduzierung des Versicherungsschutzes, ist diese Versicherungssumme maßgebend.

§ 2 Welche zusätzlichen Leistungen bietet der Tarif Risiko-Leben Comfort (Comforttarif)?

Wenn Sie den Tarif RisikoLeben Comfort vereinbart haben, umfasst Ihr Versicherungsschutz neben den Leistungen des Basistarifs zusätzlich die nachfolgend genannten Leistungen.

Ob Sie den Tarif RisikoLeben Comfort abgeschlossen haben, können Sie Ihrem →Versicherungsschein entnehmen.

Der Tarif RisikoLeben Comfort kann nicht gegen Einmalbeitrag abgeschlossen werden.

1. Nachversicherungsgarantie Plus

Mit der „Nachversicherungsgarantie Plus“ stehen Ihnen erweiterte Möglichkeiten der Nachversicherung zur Verfügung.

Die „Nachversicherungsgarantie Plus“ besteht aus drei Bestandteilen: einer ereignisabhängigen Nachversicherungsgarantie, einer ereignisunabhängigen Nachversicherungsgarantie und dem temporären Bonus. Die Nachversicherungsgarantie Plus ersetzt die Nachversicherungsgarantien im Basistarif (vergleiche § 1 Absatz 3).

Ereignisabhängige und ereignisunabhängige Nachversicherungsgarantien

Im Rahmen der ereignisabhängigen und ereignisunabhängigen Nachversicherungsgarantie können Sie die jeweils gültige Versicherungssumme erhöhen – ohne erneute Risikoprüfung. Durch Nachversicherungen erhöht sich Ihr Beitrag. Weitere Änderungen ergeben sich für Ihren Vertrag nicht.

Das bedeutet insbesondere:

- Die Nachversicherung erfolgt auf Basis der Ihrem Vertrag aktuell zugrundeliegenden Berufseinstufung.
- Den Beitrag für die Erhöhung berechnen wir mit den Rechnungsgrundlagen zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses.
- Medizinische Risiken, Hobbys und Freizeitaktivitäten werden wir im Rahmen der Nachversicherung nicht überprüfen. Zwischenzeitlich aufgetretene Erkrankungen oder aufgenommene Freizeitaktivitäten können somit nicht zu einer Beitragserhöhung führen.

zwischenzeitlich aufgetretene Erkrankungen oder aufgenommene Freizeitaktivitäten können somit nicht zu einer Beitragserhöhung führen.

a) Ereignisabhängige Nachversicherungsgarantie Plus

- (1) Sie können Ihr Recht auf ereignisabhängige Nachversicherung beim Eintritt der nachfolgend genannten Ereignisse im Leben der →versicherten Person ausüben. Das ist innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt des jeweiligen Ereignisses möglich.

Diese Ereignisse sind:

- Heirat
- Geburt oder Adoption eines Kindes
- Scheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft
- Tod des erwerbstätigen Ehepartners oder des eingetragenen Lebenspartners
- Genehmigung zum Bau eines selbst genutzten Hauses oder Erwerb von selbst genutztem Wohneigentum
- erstmalige Aufnahme eines Darlehens für eine selbstgenutzte Immobilie durch die →versicherte Person
- Aufnahme eines Darlehens von mindestens 50.000 Euro durch die →versicherte Person zur Finanzierung, Modernisierung oder Instandhaltung einer selbstgenutzten Immobilie einschließlich deren Um- beziehungsweise Ausbau
- erstmaliger Eintritt in das Berufsleben, sofern die →versicherte Person eine unbefristete oder mindestens auf sechs Monate befristete Erwerbstätigkeit aufnimmt; oder Abschluss eines Hochschulstudiums oder anerkannten Ausbildungsberufs und Beginn einer Tätigkeit, die dieses Studium oder diese Ausbildung typischerweise voraussetzen
- erstmaliges Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) mit dem Jahresgehalt der →versicherten Person am Ende eines Kalenderjahres; maßgeblich ist die BBG der allgemeinen Rentenversicherung des Bundeslandes, in dem die →versicherte Person ihren Arbeitsplatz hat
- Gehaltserhöhung (= Erhöhung des regelmäßigen Bruttoeinkommens) der →versicherten Person um mindestens zehn Prozent im Zusammenhang mit Arbeitgeberwechsel, Beförderung oder Erhöhung der Arbeitszeit im Rahmen einer Teilzeittätigkeit. Als Beförderung gilt auch, wenn die →versicherte Person eine Weiterbildung erfolgreich absolviert oder einen Meisterbrief erhält.
- Beginn einer selbstständigen Tätigkeit als Haupterwerb, zum Beispiel Neugründung oder Übernahme einer Praxis oder Kanzlei beziehungsweise Wegfall der Rentenversicherungspflicht aus der gesetzlichen Rentenversicherung
- bei Selbstständigen Steigerung des Gewinns vor Steuern in den letzten drei Geschäftsjahren um durchschnittlich 30 Prozent im Vergleich zum durchschnittlichen Gewinn vor Steuern der drei davorliegenden Geschäftsjahre
- Wegfall oder Reduzierung des Hinterbliebenenschutzes aus der betrieblichen Altersversorgung

- (2) Wenn Sie eine ereignisabhängige Nachversicherung beantragen, müssen Sie uns Nachweise zum betreffenden Ereignis erbringen.

b) Ereignisunabhängige Nachversicherungsgarantie Plus

Sie können Ihr Recht auf ereignisunabhängige Nachversicherung ausüben, ohne dass eines der Ereignisse nach Absatz 1 a) vorliegt.

Möchten Sie eine ereignisunabhängige Nachversicherung in Anspruch nehmen, so gelten folgende Voraussetzungen:

- Sie haben in den letzten drei Jahren keine ereignisabhängige oder ereignisunabhängige Nachversicherung für diesen oder einen anderen bestehenden Vertrag bei uns ausgeübt und
- Sie beantragen nicht zum gleichen Zeitpunkt eine ereignisabhängige Nachversicherung nach Absatz 1 a).

Wartezeit

Üben Sie die ereignisunabhängige Nachversicherungsgarantie innerhalb der ersten drei Jahre nach Versicherungsbeginn aus, besteht keine Wartezeit. Danach gilt eine Wartezeit von drei Jahren ab dem jeweiligen Erhöhungszeitpunkt.

Während der Wartezeit leisten wir aus der Nachversicherung nur dann, wenn der Versicherungsfall ausschließlich durch einen Unfall verursacht wurde. Ein Unfall liegt vor, wenn die →versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Der Unfall muss während der Wartezeit eingetreten sein. Verstirbt die →versicherte Person vor Ablauf der Wartezeit aus anderen Gründen, erbringen wir keine Leistung aus der jeweiligen Nachversicherung. In diesem Fall erlischt diese Nachversicherung. Wir erstatten dann die hierfür bis zum Todesfallzeitpunkt geleisteten Beiträge zurück.

c) Wann ist das Recht auf Nachversicherung ausgeschlossen?

Sie können das Recht auf – ereignisabhängige oder ereignisunabhängige – Nachversicherung nicht ausüben, wenn mindestens eines der nachfolgenden Kriterien zutrifft:

- die →versicherte Person ist älter als 50 Jahre. Maßgebend ist das →rechnungsmäßige Alter.
- die letzte Nachversicherung liegt weniger als sechs Monate zurück,
- die verbleibende →Beitragszahlungsdauer beträgt weniger als fünf Jahre,
- Sie haben eine Vorableistung (vergleiche § 1 Absatz 2) beantragt

d) Wie hoch darf die nachzuversichernde Versicherungssumme sein?

Wenn Sie die Versicherungssumme erhöhen, gelten folgende Grenzen:

- Sie können die Versicherungssumme bei der ereignisabhängigen Nachversicherung um maximal 50.000 Euro je Ereignis erhöhen, bei der ereignisunabhängigen Nachversicherung um maximal 25.000 Euro.
- Sie dürfen die Versicherungssumme durch Nachversicherung um maximal 200.000 Euro erhöhen.
- Eine ereignisabhängige Nachversicherung ist nicht möglich, wenn die Erhöhung zu mehr als einer Verdreifachung der ursprünglich vereinbarten Versicherungssumme führen würde.
- Eine ereignisunabhängige Nachversicherung ist nicht möglich, wenn die Erhöhung zu mehr als einer Verdoppelung der ursprünglich vereinbarten Versicherungssumme führen würde.
- Insgesamt darf durch die Inanspruchnahme der Nachversicherungsgarantie die Versicherungssumme aller bei der →LV 1871 Unternehmensgruppe bestehenden Verträge 400.000 Euro nicht übersteigen.
- Bei dem Tarif mit fallender Versicherungssumme gehen wir wie folgt vor: wir erhöhen zunächst die ursprünglich vereinbarte Versicherungssumme um die Nachversicherung. Im Anschluss berechnen wir den neuen fallenden Verlauf der Versicherungssumme. Die oben genannten Grenzen gelten bei dem Tarif mit fallender Versicherungssumme daher für die ursprünglich vereinbarte Versicherungssumme. Ändern Sie aktiv die ursprünglich vereinbarte Versicherungssumme, zum Beispiel durch

eine Reduzierung des Versicherungsschutzes, ist diese Versicherungssumme maßgebend.

e) Temporärer Bonus

Innerhalb der ersten sechs Monate nach Eintritt eines der nachfolgend genannten Ereignisse ist eine Erhöhung der vereinbarten Versicherungssumme um 50.000 Euro mitversichert. Hierfür müssen Sie keinen höheren Beitrag leisten.

- Heirat (Hochzeitsbonus)
- Geburt oder Adoption eines Kindes (Kinderbonus)
- Scheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft (Trennungsbonus)
- Tod des erwerbstätigen Ehepartners oder des eingetragenen Lebenspartners (Hinterbliebenenbonus)
- Genehmigung zum Bau eines selbst genutzten Hauses oder Erwerb von selbst genutztem Wohneigentum (Baubonus)
- erstmalige Aufnahme eines Darlehens für eine selbstgenutzte Immobilie durch die →versicherte Person (Immobilienfinanzierungsbonus)
- Aufnahme eines Darlehens von mindestens 50.000 Euro durch die →versicherte Person zur Finanzierung, Modernisierung oder Instandhaltung einer selbstgenutzten Immobilie einschließlich deren Um- beziehungsweise Ausbau (Finanzierungs- und Modernisierungsbonus)
- erstmaliger Eintritt in das Berufsleben, sofern die →versicherte Person eine unbefristete oder mindestens auf sechs Monate befristete Erwerbstätigkeit aufnimmt; oder Abschluss eines Hochschulstudiums oder anerkannten Ausbildungsberufs und Beginn einer Tätigkeit, die dieses Studium oder diese Ausbildung typischerweise voraussetzen (Berufseinsteigerbonus)
- erstmaliges Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) mit dem Jahresgehalt der →versicherten Person am Ende eines Kalenderjahres; maßgeblich ist die BBG der allgemeinen Rentenversicherung des Bundeslandes, in dem die →versicherte Person ihren Arbeitsplatz hat (Gutverdienerbonus)
- Gehaltserhöhung (= Erhöhung des regelmäßigen Bruttoeinkommens) der →versicherten Person um mindestens zehn Prozent im Zusammenhang mit Arbeitgeberwechsel, Beförderung oder Erhöhung der Arbeitszeit im Rahmen einer Teilzeittätigkeit. Als Beförderung gilt auch, wenn die →versicherte Person eine Weiterbildung erfolgreich absolviert oder einen Meisterbrief erhält. (Karrierebonus Angestellte)
- Beginn einer selbstständigen Tätigkeit als Haupterwerb, zum Beispiel Neugründung oder Übernahme einer Praxis oder Kanzlei beziehungsweise Wegfall der Rentenversicherungspflicht aus der gesetzlichen Rentenversicherung (Selbstständigenbonus)
- bei Selbstständigen Steigerung des Gewinns vor Steuern in den letzten drei Geschäftsjahren um durchschnittlich 30 Prozent im Vergleich zum durchschnittlichen Gewinn vor Steuern der drei davorliegenden Geschäftsjahre (Karrierebonus Selbstständige)
- Wegfall oder Reduzierung des Hinterbliebenenschutzes aus der betrieblichen Altersversorgung (Versorgungsbonus)

Insgesamt gewähren wir Ihnen den temporären Bonus, solange Sie die Obergrenzen für die Nachversicherung (vergleiche Absatz 1 d) noch nicht erreicht haben.

Zudem gelten die Ausschlüsse gemäß § 2 Absatz 1 c).

Nach sechs Monaten wird im Todesfall wieder die zuvor versicherte Leistung fällig. Dies gilt nicht, wenn Sie die vereinbarte Versicherungssumme durch eine Erhöhung im Rahmen der ereignisabhängigen Nachversicherung beitragspflichtig angehoben haben.

2. Sofortleistung

- a) Nach Vorlage des →Versicherungsscheins und der amtlichen Sterbeurkunde der →versicherten Person leisten wir eine Soforthilfe. Die Soforthilfe beträgt zehn Prozent der ursprünglich vereinbarten beziehungsweise bei den Tarifen mit fallender Versicherungssumme der jeweils gültigen Versicherungssumme, maximal 10.000 Euro. Wir erbringen diese Leistung, wenn

- der Vertrag seit Vertragsbeginn mindestens drei Jahre bestanden hat und
- die Beiträge bis zum Zeitpunkt des Todes in voller Höhe gezahlt wurden.

Die Soforthilfe wird nicht zusätzlich zur Versicherungssumme gezahlt.

Sobald wir die Leistungsprüfung abgeschlossen haben und die Versicherungssumme ausgezahlt werden kann, verrechnen wir die bereits erbrachte Soforthilfe mit der Versicherungssumme.

- b) Die gezahlte Soforthilfe verlangen wir unter keinen Umständen zurück. Auch nicht, wenn wir nach Abschluss der Leistungsprüfung gemäß § 15 dieser Bedingungen von diesem Vertrag zurücktreten beziehungsweise diesen Vertrag anfechten. Gleiches gilt, wenn die Voraussetzungen nach § 19 und § 20 dieser Bedingungen vorliegen, die zum Wegfall unserer Leistungspflicht führen.
- c) Wir erbringen die Soforthilfe einmal. Dies gilt auch, wenn für die →versicherte Person mehrere Verträge bei der →LV 1871 Unternehmensgruppe bestehen.

3. Verlängerungsoption

- a) Sie können die Laufzeit des Vertrags einmalig um bis zu 15 Jahre verlängern - ohne erneute Risikoprüfung.

- b) Für die Verlängerung gelten folgende Voraussetzungen:

- Die Versicherung muss beitragspflichtig sein.
- Sie müssen eine Verlängerung bis spätestens drei Jahre vor Ablauf Ihrer Versicherung beantragen.
- Die ursprüngliche →Versicherungsdauer darf maximal verdoppelt werden. Die ursprünglich vereinbarte →Versicherungsdauer und die Dauer der Verlängerung dürfen zusammen 50 Jahre nicht überschreiten.
- Die →Versicherungsdauer kann nur um volle Jahre verlängert werden.
- Die →versicherte Person darf zum neuen Versicherungsablauf nicht älter sein als 75 Jahre. Maßgebend ist das →rechnungsmäßige Alter.
- Die →versicherte Person hat keine Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit oder Minderung der Erwerbsfähigkeit oder Berufsfähigkeit beantragt.

- c) Üben Sie die Verlängerungsoption aus, berechnen wir den Beitrag für Ihren Vertrag neu. Dabei berücksichtigen wir das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter der →versicherten Person, die Restlaufzeit des bisherigen Vertrages einschließlich der Verlängerung sowie gegebenenfalls vereinbarte Zuschläge. Infolge des höheren Alters und der verlängerten →Vertragsdauer erhöhen sich Ihre Beiträge nach Ausübung der Verlängerungsoption. Über die Beitragsanpassung informieren wir Sie in →Textform.

Bei dem Tarif mit fallender Versicherungssumme gilt Folgendes: Üben Sie die Verlängerungsoption aus, ändert sich die zum Ausübungszeitpunkt gültige Versicherungssumme nicht. Die Versicherungssumme fällt dann bis zum neuen Ablaufzeitpunkt.

- d) Gültige Leistungseinschränkungen gelten weiterhin auch für die verlängerte →Versicherungsdauer.

§ 3 Welche zusätzlichen Leistungen bietet der Tarif RisikoLeben Premium (Premiumtarif)?

Wenn Sie den Tarif RisikoLeben Premium vereinbart haben, umfasst Ihr Versicherungsschutz neben den Leistungen des Basis- und Comfortarifs zusätzlich die nachfolgend genannten Leistungen.

Ob Sie den Tarif RisikoLeben Premium abgeschlossen haben, können Sie Ihrem →Versicherungsschein entnehmen.

Der Tarif RisikoLeben Premium kann nicht gegen Einmalbeitrag abgeschlossen werden.

1. Familienschutz

a) Extra-Kindergeld

Hat die →versicherte Person zum Zeitpunkt ihres Todes ein leibliches oder adoptiertes Kind, das das siebte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, erbringen wir ein Extra-Kindergeld.

Das Extra-Kindergeld leisten wir in Höhe von 200 Euro monatlich für die ersten zwölf Monate nach dem Todeszeitpunkt.

Für den Fall, dass die →versicherte Person mehrere Kinder hat, die das siebte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zahlen wir das Extra-Kindergeld für alle diese Kinder.

b) Kindermitversicherung (Leistung bei Tod eines Kindes)

Sie erhalten eine einmalige Kapitalleistung in Höhe von zwei Prozent der ursprünglich →vereinbarten Versicherungssumme, maximal 5.000 Euro, wenn eines der Kinder der →versicherten Person verstirbt. Die Leistung erbringen wir für jedes der Kinder der →versicherten Person.

Als Kinder im Sinne dieser Bedingungen gelten Kinder der →versicherten Person, für die Kindergeld gezahlt wird und die zum Zeitpunkt des Todesfalls mindestens drei Jahre alt sind. Als kindergeldberechtigte Kinder gelten alle Kinder im Sinne des § 32 Einkommensteuergesetzes.

Wartezeit

Für die Kindermitversicherung gilt eine Wartezeit von sechs Monaten nach Versicherungsbeginn. Verstirbt das Kind der →versicherten Person vor Ablauf dieser Wartezeit, erbringen wir keine Leistung aus der Kindermitversicherung.

Wenn Sie die Leistung für eines der Kinder der →versicherten Person in Anspruch genommen haben, bleibt der Vertrag unverändert bestehen. Das bedeutet, Sie haben die Beiträge in unveränderter Höhe zu entrichten.

c) Kinder-Soforthilfe

- (1) Sie erhalten eine einmalige Kapitalleistung, wenn:

- bei einem Kind der →versicherten Person während der →Versicherungsdauer eine Erkrankung eintritt. Die versicherten Erkrankungen sind in Absatz 1 c) (4) definiert.
- und das Kind der →versicherten Person aufgrund der jeweiligen Erkrankung nach Absatz 1 c) (4) mindestens 14 aufeinanderfolgende Tage lang stationär im Krankenhaus behandelt wurde. Reha-Kliniken gelten dabei nicht als Krankenhaus im Sinne dieser Bedingungen. Diese Voraussetzung gilt nicht bei Lähmung oder Taubheit im Sinne dieser Bedingungen.

Die Kinder-Soforthilfe beträgt für jedes Kind zehn Prozent der ursprünglich vereinbarten Versicherungssumme, maximal 25.000 Euro. Die Soforthilfe kann während der →Versicherungsdauer pro Kind einmal in Anspruch genommen werden.

Als Kinder im Sinne dieser Bedingungen gelten Kinder der →versicherten Person, für die Kindergeld gezahlt wird. Als kindergeldberechtigte Kinder gelten alle Kinder im Sinne des § 32 Einkommensteuergesetzes.

- (2) Sie können die Kinder-Soforthilfe nur zu Lebzeiten der →versicherten Person beantragen. Sie müssen die Kinder-Soforthilfe unverzüglich, spätestens jedoch sechs Monate nach der Erstdiagnose beantragen. Dies gilt nicht, wenn Sie unverschuldet daran gehindert sind, die Kinder-Soforthilfe rechtzeitig zu beantragen.

Mit dem Antrag auf Kinder-Soforthilfe müssen Sie uns ein Zeugnis eines Facharztes – einschließlich Befunden und

Krankenhausberichten – einreichen. Aus diesem muss eindeutig hervorgehen, dass bei dem Kind der →versicherten Person erstmalig eine Erkrankung im Sinne des Absatzes 1 c) (4) eingetreten ist.

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.

Die Sorgeberechtigten des betroffenen Kindes müssen in die Übermittlung und Speicherung der Gesundheitsdaten des Kindes einwilligen. Nur so können wir die Kinder-Soforthilfe erbringen.

Wartezeit

- (3) Für die Kinder-Soforthilfe gilt eine Wartezeit von zwölf Monaten. Das heißt, bei bereits zu Versicherungsbeginn geborenen oder adoptierten Kindern erbringen wir keine Versicherungsleistung, wenn die Erkrankung im Sinne des Absatzes 1 c) (4) innerhalb der ersten zwölf Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes eintritt oder diagnostiziert wird. Gleiches gilt, wenn Symptome einer solchen Krankheit in diesem Zeitraum erstmals auftreten. Für während der Vertragslaufzeit neu geborene oder neu adoptierte Kinder gilt die Wartezeit ab deren Geburt beziehungsweise Adoption.
- (4) Im Rahmen der Kinder-Soforthilfe sind folgende Erkrankungen versichert:

Krebs

Krebs im Sinne dieser Bedingungen ist ein neu aufgetretener histologisch nachgewiesener bösartiger Tumor, der durch unkontrolliertes Wachstum sowie das Eindringen in anderes Gewebe mit Tendenz zur Metastasenbildung gekennzeichnet ist. Unter den Begriff Krebs fallen grundsätzlich auch die Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin. Die Diagnose muss durch Vorlage des histologischen beziehungsweise für Leukämien zytologischen Befundes bestätigt sein.

Ein Rezidiv, das heißt, das Wiederauftreten einer bereits in der Vergangenheit diagnostizierten bösartigen Tumorerkrankung, ist kein Krebs im Sinne dieser Bedingungen.

Benigner Gehirntumor

Ein benigner Gehirntumor im Sinne dieser Bedingungen ist ein lebensbedrohlicher, nicht bösartiger Tumor des Gehirns.

Bakterielle Meningitis

Bakterielle Meningitis im Sinne dieser Bedingungen ist eine Entzündung der Hirn- oder Rückenmarkshäute, die durch eine Infektion mit Bakterien verursacht wird.

Nicht unter den Versicherungsschutz fällt eine Meningitis bei gleichzeitig bestehender HIV- Infektion oder AIDS.

Enzephalitis

Enzephalitis im Sinne dieser Bedingungen ist eine Entzündung des Gehirns, einer Hirnhälfte, des Hirnstamms oder des Kleinhirns, die gewöhnlich durch Viren oder Bakterien verursacht ist.

Nicht unter den Versicherungsschutz fällt eine Enzephalitis bei gleichzeitig bestehender HIV- Infektion oder AIDS.

Polio (Kinderlähmung)

Polio im Sinne dieser Bedingungen ist eine eindeutig diagnostizierte schwere Infektion durch das Poliovirus.

Die voraussichtliche dauerhafte und irreversible Lähmung muss durch einen Facharzt für Neurologie frühestens sechs Monate nach Beginn der Lähmung bestätigt werden.

Lähmung

Lähmung im Sinne dieser Bedingungen ist die vollständige und dauerhafte Lähmung von zwei Armen und/ oder zwei Beinen und/ oder einer Körperhälfte als Folge einer Krankheit oder eines Unfalls.

Die dauerhafte Lähmung muss durch einen Facharzt für Neurologie frühestens sechs Monate nach Beginn der Lähmung bestätigt werden.

Taubheit

Taubheit im Sinne dieser Bedingungen ist der irreversible und nicht therapierbare Verlust der Hörfähigkeit für alle Schallreize unterhalb von 90 Dezibel auf Grund einer Krankheit oder eines Unfalls.

Die Diagnose des irreversiblen Hörverlustes kann frühestens sechs Monate nach Erkrankungsbeginn oder Unfallereignis erfolgen.

Es besteht kein Anspruch auf die Kinder-Soforthilfe, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung die Hörfähigkeit durch ein Hörgerät, Implantat oder andere Hilfsmittel derart verbessert werden kann, dass auch Schallreize unterhalb von 90 Dezibel gehört werden könnten

2. Extraleistung Pflege

- a) Sie erhalten eine einmalige Kapitalleistung in Höhe von zehn Prozent der ursprünglich vereinbarten Versicherungssumme, maximal 25.000 Euro, wenn die →versicherte Person gemäß Absatz 2 c) und d) während der →Versicherungsdauer pflegebedürftig wird. Sie erhalten die Leistung nur dann, wenn die →versicherte Person bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit das →rechnungsmäßige Alter von 75 noch nicht überschritten hat.

Die Versicherungsleistung bei Tod der →versicherten Person während der →Versicherungsdauer bleibt hiervon unberührt.

- b) Sie können die Extraleistung Pflege nur zu Lebzeiten der →versicherten Person beantragen.

Mit dem Antrag auf Extraleistung Pflege ist uns Folgendes einzureichen:

- ein Zeugnis eines Facharztes einschließlich Befunden. Aus diesem muss die Ursache, der Beginn, die Art, der Verlauf und die voraussichtliche Dauer des Leidens sowie die Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit oder schwere beziehungsweise mittelschweren Demenz eindeutig hervorgehen
- eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege.

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.

- c) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die →versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls so hilflos ist, dass sie der Hilfe einer anderen Person bedarf.

Voraussetzung ist, dass diese Hilfe in erheblichem Umfang täglich nötig ist:

- bei mindestens drei der folgend genannten Verrichtungen (sogenannte →Activities of Daily Living = ADL)
- auch bei Einsatz technischer oder medizinischer Hilfsmittel

Ist die →versicherte Person für mindestens sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig, gilt die Pflegebedürftigkeit ab Beginn dieses Zeitraums als eingetreten.

Bewertungsmaßstab ist die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung legen wir die nachstehenden Verrichtungen zugrunde:

Die →versicherte Person benötigt Hilfe beim:

Fortbewegen im Zimmer

Hilfebedürftig ist, wer die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls.

Aufstehen und Zubettgehen

Hilfebedürftig ist, wer nur mithilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder ins Bett gelangen kann.

An- und Auskleiden

Hilfebedürftig ist, wer sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung.

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken

Hilfebedürftig ist, wer nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße.

Waschen, Kämmen oder Rasieren

Hilfebedürftig ist, wer von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da er selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.

Verrichten der Notdurft

Hilfebedürftig ist, wer die Unterstützung einer anderen Person benötigt. Gründe hierfür sind:

- Er kann sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern.
- Der Darm beziehungsweise die Blase kann nur mit fremder Hilfe entleert werden.

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.

d) **Pflegebedürftigkeit unabhängig vom Bewertungsmaßstab**

Unabhängig von der Bewertung aufgrund der Verrichtungen liegt Pflegebedürftigkeit vor:

- wenn die →versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf
- wenn die →versicherte Person dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann
- wenn die →versicherte Person infolge einer schweren oder mittelschweren Demenz (Hirnleistungsstörung) kontinuierliche Beaufsichtigung benötigt, weil sie sich selbst oder andere sonst erheblich gefährden würde. Die Diagnose ist durch einen Facharzt für Neurologie auf der Basis einer ausführlichen Untersuchung zu stellen und unter Verwendung psychometrischer Tests zu bestätigen. Es muss mindestens ein Schweregrad 5 („Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen“) vorliegen, der über die Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg ermittelt wird.

e) **Vorübergehende Änderung des Gesundheitszustands**

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 Wechselmöglichkeiten haben Sie zwischen den Tarifen RisikoLeben Basis, Comfort und Premium?**Erweiterung des Versicherungsumfangs**

1. Sie haben die Möglichkeit, nachträglich vom Basistarif in den Comfort- oder Premiumtarif und vom Comforttarif in den Premiumtarif zu wechseln.

Innerhalb der ersten fünf Jahre nach Versicherungsbeginn ist der Wechsel ohne erneute Risikoprüfung möglich. Nach Ablauf dieser Fünfjahresfrist ist eine erneute Risikoprüfung erforderlich.

Reduzierung des Versicherungsumfangs

2. Während der →Versicherungsdauer können Sie zu jedem Jahrestag des Versicherungsbeginns vom Premium- beziehungsweise Comforttarif in den Basistarif oder vom Premiumtarif in den Comforttarif wechseln.

Nach Reduzierung des Versicherungsumfangs können Sie wieder in den Comfort- oder Premiumtarif wechseln. Innerhalb der ersten fünf Jahre nach Versicherungsbeginn ist der Wechsel ohne erneute Risikoprüfung möglich. Nach Ablauf dieser Fünfjahresfrist ist eine erneute Risikoprüfung erforderlich.

3. Die Wechselmöglichkeiten bestehen nicht, wenn Sie eine Einmalbeitragszahlung vereinbart haben.

§ 5 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?**Überschussermittlung**

1. Sie erhalten gemäß § 153 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) eine Überschussbeteiligung. Eine Beteiligung an den Bewertungsreserven erfolgt nicht.

In den nachfolgenden Absätzen erläutern wir Ihnen,

- wie wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens ermitteln und wie wir diesen verwenden (Absatz 2),
- wie Ihr Vertrag an dem Überschuss beteiligt wird (Absätze 3, 4 und 5),
- wie Bewertungsreserven entstehen und wie wir diese Ihrem Vertrag zuordnen (Absatz 6),
- warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung Ihres Vertrages nicht garantieren können (Absatz 7) und
- wie wir Sie über die Überschussbeteiligung informieren (Absätze 8 und 9).

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

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

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

Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrages am Überschuss ergeben sich weder aus der Höhe des Rohüberschusses noch aus der Höhe der Zuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung.**Wie wird Ihr Vertrag an dem Überschuss beteiligt?**

3. Bei der Verteilung des Überschusses auf die einzelnen Verträge wenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren an. Hierzu haben wir gleichartige Versicherungen in Bestandsgruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den verschiedenen Versicherungsarten zu berücksichtigen. Unterscheiden sich die Tarife in einer Bestandsgruppe, so bilden wir innerhalb der Bestandsgruppen Gewinnverbände.

Ihre Versicherung gehört zum Gewinnverband Ris 2022 in der Bestandsgruppe Risikoversicherung. Jede einzelne Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen dieser Bestandsgruppe.

Die Verteilung des Überschusses für die →Versicherungsnehmer auf die einzelnen Gruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Hat eine Bestandsgruppe oder ein Gewinnverband nicht zur Entstehung des Überschusses beigetragen, besteht insoweit auch kein Anspruch auf Überschussbeteiligung.

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

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

- Den laufenden Überschussanteil weisen wir jeweils zu Beginn jedes Versicherungsmonats zu. Bei viertel-, halb- oder jährlicher Beitragszahlung weisen wir zu Beginn jedes Zahlungszeitraums alle auf den Zahlungszeitraum entfallenden monatlichen Überschussanteile zu. Beenden Sie die Versicherung vor Ablauf des Zahlungszeitraums, bringen wir die bis zum Ende des Zahlungszeitraums zu viel zugewiesenen Überschussanteile wieder in Abzug. Der laufende Überschussanteil besteht aus einem Grundüberschussanteil.

Beitragsverrechnung

Bei Versicherungen gegen laufende Beitragszahlung verrechnen wir die laufenden Überschussanteile mit den garantierten Beiträgen. Der laufende Überschussanteil wird in Prozent des überschussberechtigten Beitrages festgesetzt.

Todesfallbonus

Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag bilden wir aus dem laufenden Überschussanteil eine zusätzliche Versicherungsleistung für den Todesfall.

Der Todesfallbonus wird in Prozent der Versicherungssumme, bei Verträgen mit fallender Versicherungssumme in Prozent der halben Versicherungssumme festgesetzt.

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

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

Da die Beiträge bei der Risikolebensversicherung so kalkuliert sind, dass sie vollständig zur Deckung des versicherten Risikos und der Kosten benötigt werden, stehen für die Bildung von Kapitalerträgen keine Beträge zur Verfügung. Somit werden durch den Vertrag auch keine Bewertungsreserven verursacht. Eine Beteiligung an den Bewertungsreserven erfolgt daher nicht.

Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

- Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab, die nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar sind. Einflussfaktoren sind insbesondere die Entwicklung des Todesfallrisikos, des Kapitalmarkts und der Kosten.

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

Wie informieren wir über die Überschussbeteiligung?

- Die festgelegten Überschussanteilsätze veröffentlichen wir jährlich in unserem Geschäftsbericht. Diesen finden Sie auf unserer Internetseite unter www.lv1871.de/.
- Über den Stand Ihrer Ansprüche unterrichten wir Sie jährlich. Diese Standmitteilung senden wir Ihnen erstmals nach dem Ende des ersten Versicherungsjahres zu. Dabei berücksichtigen wir die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages. Sie erhalten jedoch keine automatische Information, wenn der Stand der Überschussbeteiligung unverändert bleibt.

§ 6 Was ist zu beachten, wenn Sie einen Nichtraucher mit verringerten Beiträgen abgeschlossen haben?

- Begriff des Nichtrauchers

Nichtraucher seit mindestens zwölf Monaten ist, wer in den letzten zwölf Monaten vor Antragstellung nicht aktiv Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen hat. Darunter fällt sowohl der Konsum von Zigaretten, Zigarren, Pfeifen oder sonstigem Tabak unter Feuer als auch das Konsumieren von Nikotin durch elektronische Verdampfer, wie beispielsweise E-Zigaretten.

Nichtraucher seit mindestens zehn Jahren ist, wer diese Voraussetzungen in den letzten zehn Jahren erfüllt hat.

- Gefahrerhöhung nach Abgabe der Vertragserklärung

a) Eine Gefahrerhöhung liegt vor, wenn die →versicherte Person nach Abgabe der Vertragserklärung Raucher wird. Raucher ist, wer aktiv Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren aufnimmt. Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie nach Abgabe der Vertragserklärung ohne unsere Einwilligung keine Gefahrerhöhung vornehmen oder deren Vornahme durch einen Dritten gestatten. Wenn das Leben einer anderen Person versichert ist, so ist auch diese – neben Ihnen – dafür verantwortlich, dass nach Abgabe der Vertragserklärung keine Gefahrerhöhung vorgenommen wird.

b) Sowohl Sie als auch die →versicherte Person sind verpflichtet, uns eine Gefahrerhöhung nach Absatz 2 a) unverzüglich in →Textform anzuzeigen.

- Rechtsfolgen bei Gefahrerhöhung

a) Beitragsanpassung bei Gefahrerhöhung

(1) Wir verzichten auf unsere gesetzlichen Rechte, den Vertrag wegen einer Gefahrerhöhung zu kündigen oder die erhöhte Gefahr vom Versicherungsschutz auszuschließen.

(2) Bei einer Gefahrerhöhung nach Absatz 2 können wir bei unveränderter Versicherungssumme rückwirkend ab dem Zeitpunkt der Gefahrerhöhung einen unseren Geschäftsgrundsätzen entsprechenden höheren Beitrag verlangen. Eine Beitragserhöhung ist ausgeschlossen, wenn Sie uns nachweisen, dass die Gefahrerhöhung unverschuldet eingetreten ist.

Unser Recht zur Beitragserhöhung erlischt, wenn wir es nicht innerhalb eines Monats ausüben, nachdem wir von der Gefahrerhöhung Kenntnis erlangt haben.

Statt einer Erhöhung Ihres Beitrags können Sie verlangen, dass die Versicherungssumme entsprechend unserer Geschäftsgrundsätze herabgesetzt wird. Dieses Recht können Sie innerhalb von zwei Monaten ausüben, nachdem Ihnen unsere Mitteilung über die Beitragserhöhung zugegangen ist.

(3) Erkennen Sie oder die →versicherte Person nachträglich, dass eine Gefahrerhöhung nach Absatz 2 eingetreten ist, und wird uns diese nicht unverzüglich nach Absatz 2 angezeigt, so können wir den Beitrag erhöhen auch wenn die Gefahrerhöhung unverschuldet eingetreten ist.

(4) Bei einer Beitragserhöhung um mehr als zehn Prozent können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen. Auf dieses Kündigungsrecht weisen wir Sie in der Mitteilung hin.

b) Leistungsminderung im Versicherungsfall

Haben Sie oder die →versicherte Person eine Gefahrerhöhung nach Absatz 2 vorsätzlich vorgenommen oder gestattet und nicht angezeigt, können wir bei einem späteren Eintritt des Versicherungsfalles die Leistung kürzen. Wir kürzen dabei auf die Hälfte der Versicherungssumme, auf die wir bei ordnungsgemäßer Anzeige der Gefahrerhöhung bei unverändertem Beitrag herabgesetzt hätten. Bei einer grob fahrlässigen Verletzung können wir die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis kürzen. Die Leistung beträgt jedoch mindestens die Hälfte der Versicherungssumme, auf die wir bei ordnungsgemäßer An-

zeige der Gefahrerhöhung bei unverändertem Beitrag herabgesetzt hätten. Die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit tragen Sie.

Wir bleiben zur Leistung verpflichtet, wenn die Gefahrerhöhung nicht ursächlich für den Eintritt des Versicherungsfalls oder den Umfang der Leistungspflicht war.

Unsere Leistungspflicht bleibt auch dann bestehen, wenn wir vor Eintritt des Versicherungsfalls unser Recht zur Beitragsanpassung nach Absatz 3 a) (2) ausgeübt haben.

4. Verzicht auf Nachprüfungsrecht

Während der Vertragslaufzeit verzichten wir auf unser Recht, das Rauchverhalten der →versicherten Person nachzuprüfen. Wir überprüfen das Rauchverhalten lediglich im Rahmen der Leistungsprüfung.

§ 7 Wann können Sie von einem Raucher- in einen Nicht-rauchertarif wechseln?

Wenn Sie einen Rauchertarif vereinbart haben, haben Sie die Möglichkeit, unter folgenden Voraussetzungen in den Tarif „Nichtraucher seit mindestens zwölf Monaten“ zu wechseln:

- Die →versicherte Person hat in den letzten zwölf Monaten, bevor Sie den Wechsel in den Nichtrauchertarif beantragen nicht aktiv Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen. Darunter fällt sowohl der Konsum von Zigaretten, Zigarren, Pfeifen oder sonstigem Tabak unter Feuer als auch das Konsumieren von Nikotin durch elektronische Verdampfer, wie beispielsweise E-Zigaretten.
- Die →versicherte Person hat dies auch in Zukunft nicht vor.
- Der Vertrag ist nicht beitragsfrei gestellt.

Der Wechsel von einem Rauchertarif in den Tarif „Nichtraucher seit mindestens zehn Jahren“ ist nicht möglich.

Wenn Sie den Wechsel von einem Raucher- in einen Nichtrauchertarif beantragen, behalten wir uns lediglich das Recht vor, das Rauchverhalten durch einen entsprechenden Nikotintest zu überprüfen. Weitere Risikofragen stellen wir nicht.

Durch den Wechsel vom Raucher- in den Nichtrauchertarif verringert sich Ihr Beitrag. Wir berechnen den neuen Beitrag mit den Rechnungsgrundlagen, die wir bei Abschluss Ihres Vertrages zugrunde gelegt haben. Die vereinbarte Versicherungssumme bleibt dabei in unveränderter Höhe bestehen.

Sollte die →versicherte Person nach dem Wechsel in den Nichtrauchertarif wieder Raucher werden, stellt dies eine Gefahrerhöhung dar, die Sie und die →versicherte Person uns unverzüglich in →Textform anzeigen müssen. Es gelten die Ausführungen unter § 6 Absatz 2 ff.

Beginn des Versicherungsschutzes

§ 8 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag abgeschlossen worden ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im →Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung (vergleiche § 9 Absatz 3 und 4 und § 10).

Beitragszahlung

§ 9 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

1. Die Beiträge zu Ihrer Lebensversicherung können Sie je nach Vereinbarung in einem einzigen Beitrag (Einmalbeitrag), monatlich, viertel-, halbjährlich oder jährlich zahlen. Die →Versicherungsperiode umfasst bei Einmalbeitrags- oder Jahreszahlung ein Jahr, ansonsten entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr beziehungsweise ein halbes Jahr.
2. Den ersten Beitrag oder den Einmalbeitrag müssen Sie unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten Versicherungsbeginn.

Unverzüglich heißt, ohne schuldhaftes Zögern. Der Versicherungsbeginn ist im →Versicherungsschein angegeben. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden jeweils zu Beginn der vereinbarten →Versicherungsperiode fällig. Alternativ können Sie mit uns vereinbaren, dass die Folgebeiträge jeweils am 15. eines Monats fällig werden. Bei vierteljährlicher, halbjährlicher oder jährlicher Zahlungsweise ist dies der erste Monat des jeweiligen Zahlungszeitraums. Bezüglich des ersten Beitrags gilt jedoch immer Satz 1.

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

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

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

4. Sie übermitteln Ihre Beiträge auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.
5. Stirbt die →versicherte Person oder erkrankt Sie an einer fortschreitenden, unheilbaren Krankheit im Sinne des § 1 Absatz 2, verrechnen wir etwaige Beitragsrückstände mit der Versicherungsleistung.

Stundung

6. Sie können verlangen, dass die Beitragszahlung für Ihre Versicherung ausgesetzt wird. Eine solche Stundung ist ohne Angabe eines Grundes für maximal sechs Monate möglich.

In den nachfolgend genannten Lebenssituationen gelten abweichend davon folgende Grenzen:

- Elternzeit: Stundung für maximal 24 Monate
- Pflegezeit, dies bedeutet Freistellung zur Pflege eines Angehörigen im Sinne des Pflegezeitgesetzes: Stundung für maximal zwölf Monate
- Arbeitslosigkeit: Stundung einmalig für maximal zwölf Monate
- Sabbatical im Sinne einer unbezahlten Freistellung: Stundung für maximal zwölf Monate
- Auslandsemester: Stundung für maximal zwölf Monate

Eine Stundung aufgrund dieser Lebenssituationen können Sie nur gegen Vorlage entsprechender Nachweise verlangen.

Der Versicherungsschutz bleibt während dieser Zeit in vollem Umfang erhalten.

Voraussetzungen für die Stundung sind:

- der Vertrag besteht mindestens seit einem Jahr
- seit der letzten Stundung ist mindestens ein Jahr vergangen.
- die nach Ablauf der Beitragsstundung verbleibende →Beitragszahlungsdauer beträgt noch mindestens ein Jahr.

Für eine Stundung der Beiträge ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich.

Nach Ablauf des Stundungszeitraums können Sie die gestundeten Beiträge:

- in einem Betrag nachzahlen, oder
- in monatlichen, vierteljährlichen, halbjährlichen Raten über einen Zeitraum von maximal 48 Monaten nachentrichten.

Anstelle der zinslosen Rückzahlung der gestundeten Beiträge, können Sie die offenen Beiträge auch durch eine Vertragsänderung – wahlweise Verringerung der Versicherungsleistungen oder Erhöhung des zukünftigen Beitrags – begleichen.

Sie können nicht mehr stunden, wenn Sie bereits eine Stundung für insgesamt 24 Monate in Anspruch genommen haben und die

gestundeten Beiträge auf die restliche →Beitragszahlungsdauer verteilt wurden. Das Recht auf Stundung besteht dann wieder, wenn Sie die ausstehenden auf die restliche →Beitragszahlungsdauer verteilten Raten einmalig nachzahlen.

7. Wenn eine Leistung fällig wird, verrechnen wir etwaige Beitragsrückstände mit dieser. Kündigen Sie Ihre Versicherung und ist eine Verrechnung der gestundeten Beiträge nicht möglich, müssen Sie diese in einem Betrag nachzahlen.

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

Erster Beitrag oder Einmalbeitrag

1. Wenn Sie den ersten Beitrag oder den Einmalbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Versicherungsvertrag zurücktreten, solange die Zahlung nicht bewirkt ist. In diesem Fall können wir von Ihnen die Kosten für ärztliche Untersuchungen im Rahmen einer Gesundheitsprüfung verlangen. Wir sind nicht zum Rücktritt berechtigt, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.
2. Ist der erste Beitrag oder der Einmalbeitrag noch nicht gezahlt, wenn der Versicherungsfall eintritt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in →Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im →Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht bleibt bestehen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie das Ausbleiben der Zahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag

3. Zahlen Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in →Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.
4. Für einen Versicherungsfall, der nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintritt, entfällt oder vermindert sich der Versicherungsschutz, wenn Sie sich bei Eintritt des Versicherungsfalls noch mit der Zahlung in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.
5. Nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist können wir den Vertrag fristlos kündigen, wenn Sie sich noch immer mit Beiträgen, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Sie wird dann automatisch mit Ablauf der Frist wirksam, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt noch immer mit der Zahlung in Verzug sind. Auf diese Rechtsfolge müssen wir Sie ebenfalls hinweisen.

6. Sie können den angeforderten Betrag auch dann noch nachzahlen, wenn unsere Kündigung wirksam geworden ist. Nachzahlen können Sie nur innerhalb eines Monats nach der Kündigung. Wurde die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden, können Sie innerhalb eines Monats nach Fristablauf nachzahlen.

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

Kündigung und Beitragsfreistellung Ihres Vertrages

§ 11 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?

Kündigung

1. Wenn Sie laufende Beiträge zahlen, können Sie Ihre Versicherung jederzeit zum Schluss des laufenden Monats in →Textform kündigen. Bei vierteljährlicher, halbjährlicher oder jährlicher Zahlungsweise erstatten wir etwaige zu viel gezahlte Beiträge zurück.

Die Kündigung wird zum Schluss des Monats wirksam, in der wir Ihre Kündigung erhalten haben. Maßgebend ist der Eingang Ihres Kündigungsschreibens bei uns.

Sofern Sie die Zahlung eines Einmalbeitrages vereinbart haben, können Sie Ihre Versicherung nicht kündigen.

2. Mit Ihrer Kündigung erlischt die Versicherung. Ein →Rückkaufswert wird nicht fällig. **Die Kündigung ist mit dem Nachteil verbunden, dass kein Versicherungsschutz mehr besteht.**

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

3. Anstelle einer Kündigung nach Absatz 1 können Sie jederzeit in →Textform verlangen, zum Beginn der nächsten →Versicherungsperiode von der Pflicht zur Beitragszahlung befreit zu werden. Die Beitragsfreistellung wird zum Schluss der →Versicherungsperiode wirksam, in der wir Ihren Antrag erhalten haben. Maßgebend ist der Eingang des Schreibens bei uns.

In diesem Fall setzen wir die Versicherungssumme auf eine →beitragsfreie Versicherungssumme herab. Sie wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik gemäß § 165 Absatz 2 VVG errechnet.

Sie haben die Möglichkeit zu beantragen, dass die Versicherungssumme bei Verkürzung der →Versicherungsdauer beibehalten wird.

4. Der aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Leistung zur Verfügung stehende Betrag entspricht nicht der Summe der gezahlten Beiträge. Er entspricht dem →Deckungskapital zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung. Dieses berechnen wir nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation.

Wir legen mindestens den Betrag des →Deckungskapitals zugrunde, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Haben Sie eine →Beitragszahlungsdauer von weniger als fünf Jahren vereinbart, verteilen wir die Abschluss- und Vertriebskosten auf die →Beitragszahlungsdauer.

Von dem aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Leistung zur Verfügung stehenden Betrags nehmen wir einen →Abzug gemäß § 12 vor.

Weiterhin ziehen wir ausstehende Forderungen (zum Beispiel rückständige Beiträge, Kosten) von dem zur Verfügung stehenden Betrag ab.

5. **Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vergleiche § 13) nur ein geringer Betrag zur Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme zur Verfügung. Nähere Informationen zur beitragsfreien Versicherungssumme können Sie Ihrem →Versicherungsschein entnehmen.**
6. Eine beitragsfreie Fortführung des Comfort- oder Premiumtarifs ist nicht möglich. Das heißt, in diesem Fall erlischt der zusätzliche Versicherungsschutz aus dem Comfort- oder Premiumtarif. Wir führen Ihren Vertrag im Basistarif fort.

Befristung der Beitragsfreistellung

7. Sie können jederzeit in →Textform verlangen, zum Beginn der nächsten →Versicherungsperiode von der Pflicht zur Beitragszahlung für einen von Ihnen festgelegten Zeitraum befreit zu werden. Der von Ihnen festgelegte Zeitraum der Beitragsfreistellung darf nicht mehr als sechs Monate betragen. Ist der vereinbarte Zeitraum der Beitragsfreistellung abgelaufen, setzen wir die Beitragszahlung wieder in Kraft, ohne dass Sie dies beantragen müssen.
8. Die Beitragszahlung setzen wir nach Ende der von Ihnen gewählten Frist nicht wieder in Kraft, wenn
 - Sie eine Berufsunfähigkeitszusatzversicherung abgeschlossen haben und die →versicherte Person zum Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung berufsunfähig ist oder sie Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit bezieht

- Sie bereits die Extraleistung Pflege aus dem Premiumtarif erhalten haben.
 - Sie eine Vorableistung gemäß § 1 Abs. 2 beantragt haben
 - die verbleibende →Beitragszahlungsdauer weniger als ein Jahr beträgt.
9. Wird die Beitragszahlung nach Ablauf der von Ihnen gewählten Frist wieder in Kraft gesetzt, führen wir den Vertrag mit der Versicherungssumme fort, die vor der Beitragsfreistellung vereinbart war. Wir berechnen Ihren Beitrag nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu.

Falls der Beitrag höher sein sollte als der Beitrag vor der Beitragsfreistellung, können Sie den Vertrag auch mit dem Beitrag weiterführen, der vor der Beitragsfreistellung vereinbart war. In diesem Fall setzen wir die Versicherungssumme entsprechend herab.

10. Sofern Sie den Comfort- oder Premiumtarif vereinbart haben, gilt Folgendes: Wir setzen Ihren Vertrag nach der Beitragsfreistellung im Basistarif wieder in Kraft.
11. Die Wiederinkraftsetzung führen wir mit unveränderten →Rechnungsgrundlagen durch.

Wiederaufnahme der Beitragszahlung nach Beitragsfreistellung (Wiederinkraftsetzung)

12. Sie können die Beitragszahlung innerhalb von drei Jahren nach Beginn der Beitragsfreistellung wiederaufnehmen.
13. Innerhalb von sechs Monaten nach Beitragsfreistellung können Sie die Beitragszahlung jederzeit wiederaufnehmen. Nach den sechs Monaten können Sie den Vertrag nur nach positiver Risikoprüfung wieder in Kraft setzen.
14. Sie können die Beitragszahlung dann nicht wieder in Kraft setzen, wenn
- Sie eine Berufsunfähigkeitszusatzversicherung abgeschlossen haben und die →versicherte Person zum Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung berufsunfähig ist oder sie Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit bezieht
 - Sie bereits die Extraleistung Pflege aus dem Premiumtarif erhalten haben.
 - Sie eine Vorableistung gemäß § 1 Abs. 2 beantragt haben
 - die verbleibende →Beitragszahlungsdauer weniger als ein Jahr beträgt.

15. Wenn Sie die Beitragszahlung wiederaufnehmen, wird der Vertrag mit der Versicherungssumme, wie sie vor der Beitragsfreistellung vereinbart war, fortgeführt. Wir berechnen Ihren Beitrag nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu.

Falls der Beitrag höher sein sollte als der Beitrag vor der Beitragsfreistellung, können Sie den Vertrag auch mit dem Beitrag weiterführen, der vor der Beitragsfreistellung vereinbart war. In diesem Fall setzen wir die Versicherungssumme entsprechend herab.

16. Sofern Sie den Comfort- oder Premiumtarif vereinbart haben, gilt Folgendes: Sie können Ihren Vertrag nach der Beitragsfreistellung nur im Basistarif wieder in Kraft setzen.
17. Die Wiederinkraftsetzung führen wir mit unveränderten →Rechnungsgrundlagen durch.

Herabsetzung des Beitrags

18. Anstelle der Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung können Sie die Höhe der Beiträge reduzieren. Es gelten die in Absatz 1 genannten Termine und Fristen.
19. Im Falle einer Reduzierung der Beiträge verringert sich die versicherte Versicherungssumme beziehungsweise die →Versicherungsdauer. Die herabgesetzte Versicherungssumme beziehungsweise →Versicherungsdauer berechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. Für die Reduzierung erheben wir einen →Abzug gemäß § 12. Er wird anteilig berechnet.
20. Eine Herabsetzung des Beitrags können Sie nur verlangen, wenn die nach Absatz 19 berechnete Versicherungssumme mindestens 25.000 Euro beträgt. Andernfalls können Sie nur die Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung verlangen.

Rückzahlung der Beiträge

21. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

§ 12 Welchen Abzug erheben wir bei Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung?

1. Bei Beitragsfreistellung vor dem vereinbarten Ablauf der Versicherung erheben wir einen →Abzug.
2. Der →Abzug beträgt 5,5 Promille der zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung aktuellen Versicherungssumme.
3. Den Eurobetrag des →Abzugs können Sie Ihrem →Versicherungsschein entnehmen.
4. Der →Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den →Abzug aus den folgenden Gründen für angemessen:

Mit dem →Abzug wird eine negative Veränderung der Risiko- und Ertragslage des verbleibenden Versichertenbestandes ausglich:

Veränderung der Risikolage

Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass die Risikogemeinschaft sich gleichmäßig aus →Versicherungsnehmern mit einem hohen und einem geringeren Risiko zusammensetzt. Da Personen mit einem geringen Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko, schaffen wir mithilfe des →Abzugs einen Ausgleich. Damit entsteht der Risikogemeinschaft durch die vorzeitige Einstellung der Beitragszahlung kein Nachteil.

Veränderung der Ertragslage

Durch die Verrechnung eines Teils der Überschüsse mit den Beiträgen ergibt sich eine Vorleistung auf zukünftige Überschüsse. Diese wird durch den Versichertenbestand zur Verfügung gestellt. Mithilfe des →Abzugs stellen wir bei Beitragsfreistellung hierfür einen Ausgleich her.

Die Darlegungs- und Beweislast für die Bemessungsgrundlage und die Angemessenheit des →Abzugs liegt bei uns. Wenn Sie uns nachweisen, dass der von uns vorgenommene →Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der →Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

Kosten für den Versicherungsschutz

§ 13 Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?

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

Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören die Kosten für die Antragsprüfung und die Provisions- oder Courtagezahlungen an den Vermittler. Außerdem umfassen die Abschluss- und Vertriebskosten zum Beispiel die Kosten für die Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen. Bei den übrigen Kosten handelt es sich um Verwaltungskosten. Hierzu gehören beispielsweise Kosten für die laufende Vertragsverwaltung, für Korrespondenzen oder die Betreuung Ihres Vertrages.

Die Höhe der einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten können Sie dem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten unter „Prämie; Kosten“ entnehmen. Das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten haben Sie mit den vorvertraglichen Informationen erhalten.

Abschluss- und Vertriebskosten

2. Wir wenden auf Ihren Vertrag das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung an. Das bedeutet:

Wir ziehen die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten heran. Dies gilt jedoch nicht für den Teil der ersten Beiträge, der für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen → Versicherungsperiode und aufgrund von gesetzlichen Regelungen für die

Bildung einer Deckungsrückstellung bestimmt ist. Bei Kündigung des Versicherungsvertrages steht mindestens der Betrag des →Deckungskapitals zur Verfügung, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Jahre ergibt.

Bei →Beitragszahlungsdauern unter fünf Jahren werden die Abschluss- und Vertriebskosten auf die tatsächliche →Beitragszahlungsdauer verteilt.

Der auf diese Weise zu tilgende Betrag an Abschluss- und Vertriebskosten ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 Prozent der Beiträge beschränkt, die von Ihnen während der Laufzeit des Vertrags zu zahlen sind.

Bei Einmalbeiträgen werden die Abschluss- und Vertriebskosten sofort mit Eingang der Zahlung getilgt.

Übrige Kosten (Verwaltungskosten)

3. Die übrigen Kosten werden über die gesamte Vertragslaufzeit verteilt.
4. Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihres Vertrages nur geringe Beträge zur Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme vorhanden sind (vergleiche auch § 11 Absatz 4 und § 12 Absatz 1). Nähere Informationen zur beitragsfreien Versicherungssumme können Sie Ihrem →Versicherungsschein entnehmen.

§ 14 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

1. Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir die entstehenden Kosten gesondert in Rechnung stellen. Dies erfolgt entweder als pauschaler Abgeltungsbetrag oder in Höhe der tatsächlich entstehenden Kosten.

Dies gilt bei:

- Rückläufeln im Lastschriftverfahren
- Ausstellen einer Ersatzurkunde
- Ausstellen eines neuen →Versicherungsscheins
- Abschriften der Erklärungen, die Sie mit Bezug auf Ihren Vertrag abgegeben haben
- Änderung des →Versicherungsnehmers
- Abtretungen und Verpfändungen
- Teilkündigung
- Wiederinkraftsetzung
- Stundung
- Beitragsänderung
- Mahnung
- Durchführung von Vertragsänderungen wie zum Beispiel Schließung von Beitragslücken, Daueränderungen
- nicht rechtzeitiger Zahlung des ersten Beitrags

2. Wir haben uns bei der Bemessung des pauschalen Abgeltungsbetrags an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand orientiert. Wenn Sie uns nachweisen, dass der pauschale Abgeltungsbetrag der Höhe nach wesentlich niedriger anzusetzen ist, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass die dem pauschalen Abgeltungsbetrag zugrundeliegenden Annahmen in Ihrem Fall dem Grunde nach nicht zutreffen, entfällt der Betrag.

Ihre Pflichten

§ 15 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

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

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

Das gilt insbesondere auch für Fragen bezüglich der →versicherten Person nach

- gegenwärtigen und früheren Erkrankungen
- gesundheitlichen Störungen und Beschwerden
- Rauchverhalten
- der beruflichen Tätigkeit einschließlich deren Ausgestaltung
- bestehenden, beendeten oder beantragten Versicherungsverträgen
- Freizeitverhalten
- Anzahl der Kinder
- der Körpergröße und dem Gewicht

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

3. Wird der Vertrag von einem Vertreter des →Versicherungsnehmers geschlossen, sind bei einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung und deren Folgen sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters als auch die des →Versicherungsnehmers zu berücksichtigen. Der →Versicherungsnehmer kann sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch dem →Versicherungsnehmer Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Rechtsfolgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung

4. Nachfolgend informieren wir Sie, unter welchen Voraussetzungen wir bei einer Verletzung der Anzeigepflicht
 - vom Vertrag zurücktreten können
 - den Vertrag kündigen können
 - den Vertrag ändern können
 - den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten können.

Rücktritt

5. Wenn die Anzeigepflicht verletzt wird, können wir vom Vertrag zurücktreten.

Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, sofern wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Dies müssen Sie uns nachweisen.

6. Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz. Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalles zurücktreten, leisten wir jedoch unter folgender Voraussetzung trotzdem:

Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles

- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Dies müssen Sie uns nachweisen.

Wir sind nicht zur Leistung verpflichtet, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

7. Wenn wir vom Vertrag zurücktreten, erlischt die Versicherung, ohne dass ein →Rückkaufwert fällig wird. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

8. Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgt ist. In diesem Fall können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.
9. Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, sofern wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände geschlossen hätten, wenn auch zu anderen Bedingungen. Dies müssen Sie uns nachweisen. Wir verzichten auf unser Kündigungsrecht, sofern die Anzeigepflichtverletzung unverschuldet erfolgt ist.
10. Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt er sich in einen beitragsfreien Vertrag nach Maßgabe des § 11 Absatz 3 um.

Vertragsanpassung

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

Die Vertragsanpassung erfolgt in Form einer Beitragserhöhung und/oder Ausschlussklausel. Haben Sie oder die →versicherte Person die Anzeigepflicht schuldhaft verletzt, erfolgt die Anpassung des Vertrags rückwirkend. Haben Sie beziehungsweise die →versicherte Person die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, verzichten wir auf das Recht zur Vertragsanpassung.

12. Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen, wenn
 - wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als zehn Prozent erhöhen
 - wir den Versicherungsschutz für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

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

Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

13. Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung stehen uns nur zu, wenn wir Sie auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Dies muss durch gesonderte Mitteilung in →Textform erfolgen.
14. Wir haben kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
15. Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.
16. Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch noch innerhalb von zehn Jahren nach Vertragsabschluss geltend machen. Haben Sie oder die →versicherte Person die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist nach Satz 1 zehn Jahre.

Anfechtung

17. Wir können den Vertrag auch anfechten. Voraussetzung ist, dass unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrags durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist. Handelt es sich um Angaben der →versicher-

ten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären. Dies gilt auch, wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Absatz 7 gilt entsprechend. Die Frist für die Anfechtung beträgt ein Jahr. Sie beginnt mit dem Zeitpunkt, in welchem wir von dem Anfechtungsgrund Kenntnis erlangt haben. Die Anfechtung können wir nur innerhalb von zehn Jahren nach Vertragsabschluss ausüben.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

18. Die Absätze 1 bis 17 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert oder wiederhergestellt wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung vorgenommen wird. Die Fristen nach Absatz 16 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung des Vertrags für den geänderten oder wiederhergestellten Teil neu.

Erklärungsempfänger

19. Die Ausübung unserer Rechte erfolgt durch eine schriftliche Erklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist.
20. Auf den Rücktritt, die Kündigung, die Vertragsanpassung oder Anfechtung des Versicherungsvertrages können wir uns auch dritten Berechtigten gegenüber berufen.

§ 16 Was müssen Sie beachten, wenn Sie eine Leistung verlangen (Obliegenheiten)?

1. Der Tod der →versicherten Person muss uns unverzüglich mitgeteilt werden. Unverzüglich heißt: ohne schuldhaftes Zögern. Zudem sind uns folgende Unterlagen einzureichen:

- Versicherungsschein
- Amtliche Sterbeurkunde mit Angabe von Alter und Geburtsort
- Ausführliche ärztliche oder amtliche Bescheinigung über die Todesursache. Aus der Bescheinigung müssen sich Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tod der →versicherten Person geführt hat, ergeben.

2. Unsere Leistungen werden fällig, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind.

Wenn eine der genannten Pflichten nicht erfüllt wird, kann dies zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine Pflichtverletzung kann somit dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird. Bei Überweisung von Leistungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums trägt die empfangsberechtigte Person die damit verbundene Gefahr.

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

1. Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Das heißt ohne schuldhaftes Zögern. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen. Wir sind berechtigt, eine an Sie zu richtende Erklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift zu senden. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefs als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung auf Ihren Gewerbebetrieb abgeschlossen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben. Eine an Sie zu richtende Erklärung ist beispielsweise das Setzen einer Zahlungsfrist.
2. Bei Änderung Ihres Namens gilt Absatz 1 entsprechend.
3. Wenn Sie sich für längere Zeit im Ausland aufhalten, sollten Sie uns eine im Inland ansässige Person benennen. Dies ist auch in Ihrem Interesse. Die benannte Person müssen Sie bevollmächtigen, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen. Diese Person fungiert dann als Ihr Zustellungsbevollmächtigter.

§ 18 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?

1. Wir können aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sein. In diesem Fall müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen unverzüglich zur Verfügung stellen. Unverzüglich heißt: ohne schuldhaftes Zögern.

Dies gilt bei Vertragsabschluss, bei Änderung nach Vertragsabschluss oder auf unsere Nachfrage. Wenn dritte Personen Rechte an Ihrem Vertrag haben und deren Status für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist, müssen Sie ebenfalls mitwirken.

- Notwendige Informationen im Sinne von Absatz 1 sind beispielsweise Umstände, die maßgebend sein können zur Beurteilung von:
 - Ihrer persönlichen steuerlichen Ansässigkeit
 - der steuerlichen Ansässigkeit dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben
 - der steuerlichen Ansässigkeit des Leistungsempfängers

Dazu zählen insbesondere die deutsche oder ausländische(n) Steueridentifikationsnummer(n), das Geburtsdatum, der Geburtsort und der Wohnsitz. Welche Umstände dies nach derzeitiger Gesetzeslage im Einzelnen sind, können Sie dem Informationsblatt „Steuerpflicht im Ausland“ entnehmen. Dieses Informationsblatt haben Sie mit den vorvertraglichen Informationen erhalten.

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

Ausschlussklauseln

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

- Grundsätzlich leisten wir unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Wir leisten auch dann, wenn die →versicherte Person in Ausübung des Polizei- oder Wehrdienstes oder bei inneren Unruhen gestorben ist.
- Stirbt die →versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen ist unsere Leistung eingeschränkt. In diesem Fall vermindert sich die Auszahlung auf das für den Todestag berechnete →Deckungskapitals der Versicherung, soweit eines vorhanden ist.

Wir leisten weiterhin, 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.
 - die →versicherte Person in Zusammenhang mit der Teilnahme an humanitären Hilfeleistungen oder friedenssichernden Maßnahmen als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei mit Mandat der NATO, UN oder OSZE stirbt.
- In folgenden Fällen vermindern sich unsere Leistungen auf die in Absatz 2 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 beziehungsweise das Freisetzen muss darauf gerichtet gewesen sein, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Dies muss dazu führen, dass die zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr erfüllt werden können. Dies wird von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt.

§ 20 Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?

- Bei vorsätzlicher Selbsttötung leisten wir, wenn seit Abschluss des Versicherungsvertrags drei Jahre vergangen sind.
- Bei vorsätzlicher Selbsttötung vor Ablauf der Dreijahresfrist besteht kein Versicherungsschutz. In diesem Fall zahlen wir das für den Todestag berechnete →Deckungskapital der Versicherung, soweit eines vorhanden ist.
- Wenn uns nachgewiesen wird, dass sich die →versicherte Person in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit selbst getötet hat, besteht Versicherungsschutz.
- Wenn unsere Leistungspflicht durch eine Änderung des Vertrages erweitert wird, beginnt die Dreijahresfrist bezüglich des geänderten Teils neu. Wenn der Vertrag wiederhergestellt wird, gilt dies bezüglich des wiederhergestellten Teils entsprechend.

Versicherungsschein, Leistungsempfänger

§ 21 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

- Wir können Ihnen den →Versicherungsschein in →Textform übermitteln. Stellen wir diesen als Dokument in Papierform aus, dann liegt eine Urkunde vor. Sie können die Ausstellung als Urkunde verlangen.
- Den Inhaber der Urkunde können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Vertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber der Urkunde seine Berechtigung nachweist.
- In den Fällen des § 22 Absatz 4 erkennen wir den Nachweis der Berechtigung nur an, wenn uns die Anzeige des bisherigen Berechtigten in →Textform vorliegt.

§ 22 Wer erhält die Versicherungsleistung?

- Sie bestimmen, wer die Leistung erhält. Gegebenenfalls bedarf es hierzu zusätzlich einer Zustimmung Dritter. Eine Zustimmung Dritter ist zum Beispiel erforderlich, wenn Sie als →Versicherungsnehmer nicht zugleich die →versicherte Person sind. In diesem Fall muss die →versicherte Person zustimmen.

Wenn Sie keine Bestimmung treffen, leisten wir an Sie; sind Sie die →versicherte Person, leisten wir bei Ihrem Tod an Ihre Erben.

Haben Sie den Tarif RisikoLeben Premium vereinbart, gelten für die Versicherungsleistungen Familienschutz und Extraleistung Pflege die abweichenden Regelungen in § 23.

Bezugsberechtigung

- Sie können uns widerruflich oder unwiderruflich eine andere Person benennen, die die Leistung erhalten soll. Diese Person ist Bezugsberechtigter des Vertrags.

Bestimmen Sie ein Bezugsrecht widerruflich, erwirbt der Bezugsberechtigte das Recht auf die Leistung erst mit Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls. Sie können Ihre Bestimmung bis zum Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls jederzeit widerrufen.

Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich das Recht auf die Leistung erhält. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, können Sie dieses Bezugsrecht nur mit Zustimmung des unwiderruflichen Bezugsberechtigten ändern.

Haben Sie den Tarif RisikoLeben Premium vereinbart, gelten für die Versicherungsleistungen Familienschutz und Extraleistung Pflege die abweichenden Regelungen in § 23.

Abtretung und Verpfändung

- Sie können das Recht auf die Leistung bis zum Eintritt des Versicherungsfalls grundsätzlich an Dritte abtreten und verpfänden. Dies kann ganz oder teilweise erfolgen. Voraussetzung ist, dass derartige Verfügungen rechtlich möglich sind.

Anzeige

- Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts (Absatz 2) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn der bisherige Berechtigte uns diese in →Textform angezeigt hat. Gleiches gilt für die Abtretung und Verpfändung (Absatz 3). Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie. Es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits zuvor Verfügungen getroffen haben.

§ 23 Wer erhält die Versicherungsleistungen Familienschutz und Extraleistung Pflege?

- Abweichend von § 22 erbringen wir die Leistungen

- Familienschutz
- Extraleistung Pflege

unwiderruflich an die →versicherte Person.

Bezugsberechtigung

- Sie können uns bezüglich der Leistungen Familienschutz und Extraleistung Pflege weder widerruflich noch unwiderruflich eine andere Person benennen, die die Leistung erhalten soll.

Abtretung und Verpfändung

- Soweit eine Abtretung oder Verpfändung von Ansprüchen auf die Leistungen Familienschutz und Extraleistung Pflege rechtlich möglich ist, gelten die Ausführungen in Absatz 4.

Anzeige

- Die Abtretung und Verpfändung (Absatz 3) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn der bisherige Berechtigte uns diese in →Textform angezeigt hat. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie als unser →Versicherungsnehmer. Sind Sie als →Versicherungsnehmer nicht zugleich die →versicherte Person ist der Berechtigte im Regelfall die →versicherte Person. Es können aber auch andere Personen sein, sofern bereits zuvor Ansprüche abgetreten oder verpfändet wurden.

Sonstiges**§ 24 Welche Rechnungsgrundlagen gelten für Ihre Risikolebensversicherung?**

Die Ihnen garantierten Beiträge und Leistungen wurden berechnet nach

- der unternehmenseigenen Unisextafel, basierend auf der von der Deutschen Aktuarvereinigung e.V. (DAV) entwickelten Sterbetafel DAV 2008 T und
- einem Rechnungszins von 0,25 Prozent.

§ 25 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet deutsches Recht Anwendung.

§ 26 Wo ist der Gerichtsstand?

- Für Klagen aus dem Vertrag gegen uns ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk unser Sitz oder die für den Vertrag zuständige Niederlassung liegt. Zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz haben. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist 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.
- Klagen aus dem Vertrag 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.

- Verlegen Sie Ihren Wohnsitz ins Ausland, sind für Klagen aus dem Vertrag die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben. Dies gilt auch, wenn Sie den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland verlegen.

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

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

Versicherungsombudsmann

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

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632
10006 Berlin
Tel.: 0800 3696000
Fax: 0800 3699000
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
www.versicherungsombudsmann.de

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

- Wenn Sie Verbraucher sind und diesen Vertrag online (zum Beispiel über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben, können Sie sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet. Fragen hierzu können auch per E-Mail an uns gestellt werden: info@lv1871.de.

Versicherungsaufsicht

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

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Bitte beachten Sie, dass die BaFin keine Schiedsstelle ist und einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden kann.

Unser Beschwerdemanagement

- Unabhängig hiervon können Sie sich jederzeit auch an uns wenden. Unsere interne Beschwerdestelle steht Ihnen hierzu zur Verfügung. Sie erreichen diese derzeit wie folgt:

Tel.: 089/55167-1150
E-Mail: beschwerde@lv1871.de

Rechtsweg

- Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

§ 28 Welche der vorstehenden Bestimmungen können geändert werden?

Bedingungsanpassung

1. Ist eine Bestimmung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt zum Beispiel bei der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) oder der Kartellbehörde für unwirksam erklärt worden, können wir diese nach § 164 VVG durch eine neue Regelung ersetzen. Voraussetzung ist, dass

- dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist, oder
- dass 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 Ihre Belange angemessen berücksichtigt. Ein Ersatz durch eine neue Regelung ist auch mit Wirkung für bestehende Verträge möglich.

2. Die neue Regelung nach Absatz 1 wird zwei Wochen, nachdem Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

Beitrags- und Leistungsänderung

3. Wir sind nach § 163 VVG berechtigt, den vereinbarten Beitrag neu festzusetzen, wenn

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

Eine Neufestsetzung des Beitrags ist insoweit ausgeschlossen, als

- die Versicherungsleistungen 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.

Die Mitwirkung des Treuhänders entfällt, wenn die Neufestsetzung oder die Herabsetzung der Versicherungsleistung der Genehmigung der Aufsichtsbehörde bedarf.

4. Sie können verlangen, dass anstelle einer Erhöhung des Beitrags die Versicherungsleistung entsprechend herabgesetzt wird. Bei einer beitragsfreien Versicherung sind wir unter den Voraussetzungen des Absatz 3 berechtigt, die Versicherungsleistung herabzusetzen.

5. Die Neufestsetzung des Beitrags und die Herabsetzung der Versicherungsleistung werden zu Beginn des zweiten Monats nach unserer Mitteilung wirksam. Wir teilen Ihnen damit die Neufestsetzung oder Herabsetzung und die hierfür maßgeblichen Gründe mit.