

Empfangsbestätigung

Erstellungsdatum: 02.04.2008

Ich, Max Muster, geb. am 01.01.1978 habe folgende Unterlagen zu meinem Antrag erhalten und zur Kenntnis genommen:

Bedingungen (für Personenversicherung inkl. Informationspflichten nach VVG-InfoVerordnung):

Informationen § 1 Informationspflichtverordnung Stand: 01.01.2008
Produktinformationsblatt für die Selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung Stand: 01.01.2008
AVB BUV Stand: 15.02.2008 V082
BVB Überschussystem Fonds Stand:01.01.2008 V081
AVB Dynamische Anpassung Stand: 01.01.2008 V081

Sonstiges:

Merkblatt Datenverarbeitung
Belehrung nach § 19 Abs. 5 VVG

Datum

Unterschrift



K31505

Informationen gem. § 1 VVG-InfoV

Angaben zum Unternehmen, ladungsfähige Anschrift und gesetzliche Vertreter

INTER Lebensversicherung aG, Erzbergerstr. 9-15, 68165 Mannheim.

Telefon: 0621/427-427, Fax: 0621/427-944, E-Mail: info@inter.de

Vorstand: Bernd Jansen (Vorsitzender), Matthias Kreibich, Jürgen M. Lukas

Aufsichtsratsvorsitzender: Jürgen List

Sitz: Mannheim; Handelsregister-Nr. HRB 1666 beim Amtsgericht Mannheim

Sitz: Berlin: Handelsregister-Nr. 92 HRB 1960 beim Amtsgericht Berlin-Charlottenburg

Die INTER Lebensversicherung aG ist ein Unternehmen in der Rechtsform des Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit.

Hauptgeschäftstätigkeit und Aufsichtsbehörde

Als privates Lebensversicherungsunternehmen besteht unsere Hauptgeschäftstätigkeit im Betrieb der Lebensversicherung. Die für uns zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht – Bereich Versicherungen -, Graurheindorferstr. 108, 53117 Bonn, Telefon 0228/4108-7777, Fax 0228/4108-1550.

Sicherungsfonds

Nach den gesetzlichen Vorschriften müssen alle Unternehmen, die die Lebensversicherung betreiben, einem Sicherungsfonds angehören. Für die Lebensversicherung nimmt diese Aufgabe die Protektor-Lebensversicherungs AG, Wilhelmstraße 43 G, 10117 Berlin, wahr.

Wesentliche Merkmale der Versicherung und anwendbares Recht

Die wesentlichen Merkmale des von Ihnen gewählten Lebensversicherungsschutzes finden Sie im Produktinformationsblatt. Die für den Versicherungsvertrag maßgeblichen Allgemeinen Versicherungs- und Tarifbedingungen haben wir Ihnen vor Abschluss des Vertrages überlassen. Sie enthalten insbesondere die Angaben über Art, Umfang Fälligkeit und Erfüllung unserer Leistungsverpflichtung. Die von Ihnen gewählten Tarife sind im Produktinformationsblatt aufgeführt. Der Versicherungsvertrag unterliegt deutschem Recht.

Gesamtpreis

Der von Ihnen zu zahlende Versicherungsbeitrag ist im Vorschlag zu Ihrer Versicherung unter dem Punkt „Beiträge“ aufgeführt. Sofern ausdrücklich individuelle Risikozuschläge vereinbart wurden, werden diese im Versicherungsschein aufgeführt. Weitere Kosten fallen nicht an.

Beitragszahlungsmodalitäten

Die Beiträge zu Ihrem Versicherungsvertrag sind je nach Vereinbarung in einem einzigen Betrag (Einmalbeitrag) oder durch jährliche Beitragszahlungen (Jahresbeiträge) zu entrichten. Die Jahresbeiträge werden zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres fällig. Nach Vereinbarung können die Jahresbeiträge auch in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Beitragsraten gezahlt werden. Hierfür werden Ratenzuschläge erhoben. Die jeweiligen Ratenzuschläge finden Sie im Anhang zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Die Beitragsraten werden zu Beginn eines jeden Ratenzahlungsabschnitts fällig. Die Zahlung erfolgt rechtzeitig, wenn Sie alles erforderliche für die Zahlung getan haben, z. B. einen Überweisungsauftrag erteilt haben. Sofern Sie uns eine Lastschriftinzugsermächtigung erteilt haben, kümmern wir uns um den Beitragseinzug. Bitte beachten Sie zusätzlich die Hinweise im Versicherungsschein zur Zahlung des Erstbeitrags.

Gültigkeitsdauer der Information

Die hier zur Verfügung gestellten Informationen entsprechen dem Stand 01.01.2008.

Vertragsabschluss, Antragsbindung des Versicherungsnehmers, Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsvertrag kommt dadurch zustande, dass wir Ihren Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages annehmen. Dies erfolgt regelmäßig dadurch, dass wir Ihnen den Versicherungsschein übersenden. Haben wir Ihnen ein Angebot auf Abschluss eines Versicherungsvertrages unterbreitet, kommt der Vertrag zustande, wenn Sie die Annahme unseres Angebots ausdrücklich erklären.

Sie können Ihre Vertragserklärung bis zum Ablauf einer Frist von dreißig Tagen nach Abschluss des Vertrages widerrufen. Einzelheiten des Widerrufsrechts finden Sie unter dem nachfolgenden Punkt sowie im Versicherungsschein. An einen gestellten Antrag sind Sie nicht gebunden; sie können den Widerruf auch schon vor unserer Entscheidung über die Annahme des Antrags erklären.

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung), der Zahlung des ersten Versicherungsbeitrags bzw. der ersten Beitragsrate und entsprechend der im Versicherungsschein genannten Hinweise.

Widerrufsrecht und –folgen

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von dreißig Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt am Tag, nachdem Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes und diese Widerrufsbelehrung in Textform zugegangen sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an INTER Lebensversicherung aG, Erzbergerstr. 9-15, 68165 Mannheim.

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0621/427-944.

Bei einem Widerruf per E-Mail ist der Widerruf an folgende Mailadresse zu richten: info@inter.de.

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den Teil Ihres Beitrags, der auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfällt.

Den Teil Ihres Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, können wir einbehalten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt. Haben Sie eine solche Zustimmung nicht erteilt oder beginnt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf der Widerrufsfrist, erstatten wir Ihnen Ihren gesamten Beitrag.

Beiträge erstatten wir Ihnen unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

Besonderer Hinweis

Widerrufen Sie einen Änderungsantrag oder einen Ersatzvertrag, so läuft Ihr ursprünglicher Versicherungsvertrag weiter.

Laufzeit / Mindestlaufzeit des Vertrages

Der Vertrag wird für die von Ihnen gewählte Dauer abgeschlossen.

Beendigung / Kündigung des Vertrages

Informationen zur Beendigung bzw. Kündigung des Versicherungsvertrages finden Sie unter dem Punkt „Besteht die Möglichkeit, den Vertrag vorzeitig zu kündigen“ des Produktinformationsblattes.

Gerichtsstand

Für Klagen gegen uns aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ist das Gericht an unserem Sitz zuständig. Es ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat. Für Klagen gegen den Versicherungsnehmer ist dieses Gericht ausschließlich zuständig. Für den Fall, dass der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Gebiet der Bundesrepublik Deutschland verlegt oder sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist, ist der Gerichtsstand am Sitz des Versicherers begründet.

Sprache

Alle diesen Vertrag betreffenden Informationen sowie die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrages erfolgen ausschließlich in deutscher Sprache.

Außergerichtliche Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Sollten Sie mit uns oder unseren Entscheidungen einmal nicht zufrieden sein, so haben Sie die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde direkt an unseren Vorstand zu wenden.

Sie können Ihre Beschwerde auch an den unabhängigen und neutralen Ombudsmann richten. Sie erreichen ihn unter Versicherungsombudsmann e.V. Postfach 080632, 10006 Berlin, Telefon 01804/224424, Fax 01804/224425 oder per Mail unter beschwerde@versicherungsombudsmann.de.

Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt davon unberührt.

Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde

Sie können Beschwerden auch an die für uns zuständige Aufsichtsbehörde richten. Dies ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht – Bereich Versicherungen -, Graurheindorferstr. 108, 53117 Bonn, Telefon 0228/4108-7777, Fax 0228/4108-1550, Internet www.bafin.de.

Produktinformationsblatt für die Selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung

Mit den nachfolgenden Informationen möchten wir Ihnen einen ersten Überblick über das angebotene Versicherungsprodukt geben. Die Informationen sind jedoch **nicht abschließend**. Der gesamte Vertragsinhalt ergibt sich aus dem Antrag bzw. der Angebotsanforderung, dem Versicherungsschein und den beigefügten zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen. Maßgeblich für den Versicherungsschutz sind die dort getroffenen Regelungen. Wir empfehlen Ihnen daher, die gesamten Vertragsbestimmungen sorgfältig zu lesen. Bei Rückfragen hierzu stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Um welche Versicherung handelt es sich und welche Leistungen erhalten Sie?

Selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung Tarif L01

Berufsunfähigkeitsversicherung mit laufender Beitragszahlungsdauer.

Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer dieser Versicherung mindestens zu 50 % berufsunfähig, wird die versicherte Rente monatlich im Voraus gezahlt.

Die Definition des Begriffes „Berufsunfähigkeit“ finden Sie in § 2 der Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung.

Gibt es Ausschlüsse von unserer Leistungspflicht?

Es gibt nur sehr wenige Ausnahmen von unserer Leistungspflicht: Einschränkungen können zum Beispiel bei kriegerischen Ereignissen oder der vorsätzlichen Herbeiführung des Versicherungsfalles bestehen. Eine genaue Beschreibung möglicher Ausschlüsse finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Darüber hinaus sind ggf. individuell bei Abschluss des Versicherungsvertrages mit Ihnen vereinbarte Leistungsausschlüsse zu beachten. Diese sind im Versicherungsschein aufgeführt.

Wie flexibel ist Ihre Versicherung?

Im Zuge der Nachversicherungsgarantie, die wir Ihnen bei bestimmten Veränderungen Ihrer Lebensumstände einräumen, habe Sie die Möglichkeit Ihren Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erweitern. Näheres hierzu erfahren Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Mit Einschluss einer planmäßigen Erhöhung der Beiträge und Versicherungsleistungen (Dynamik), können Sie Ihren Vertrag ohne erneute Gesundheitsprüfung an die steigenden Lebenshaltungskosten anpassen.

Sofern Sie eine Leistung aus der Berufsunfähigkeitsversicherung beanspruchen, können Sie sich, bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht, die fällig werdenden Beiträge zinslos stunden lassen.

Wie sieht es mit der Sicherheit Ihres angelegten Geldes aus?

Wir wollen sicherstellen die Versicherungsverträge unserer Kunden jederzeit erfüllen zu können. Dabei wird auf eine ausgewogene Mischung und Streuung der Kapitalanlagen geachtet. Rein spekulative Anlagen scheidet somit aus. Die Kundengelder sind besonders gesichert. Selbst im Falle eines

Tarif L01

Produktinformationsblatt



Konkurses kann der Versicherer nicht auf diese Kundengelder zurückgreifen. Über die Ordnungsmäßigkeit der Verwahrung wacht ein unabhängiger Treuhänder. Auch ihr Beitrag und die sich daraus ergebenden garantierten Werte (vergleichen Sie hierzu bitte auch die beiliegende Modellrechnung) sind sicher, sofern der Vertrag unverändert bis zum Ende der Vertragslaufzeit fortgeführt wird.

Was bedeutet Überschussbeteiligung und wie sind Sie an den Überschüssen beteiligt?

Um unsere Leistungsverpflichtung Ihnen gegenüber erfüllen zu können, müssen wir vorsichtig kalkulieren. Dadurch entstehen im Allgemeinen Überschüsse, an denen Sie im Rahmen der Überschussbeteiligung teilhaben. Die Höhe dieser Überschüsse hängt vor allem von der Entwicklung der Kapitalerträge ab. Langfristig negativen Entwicklungen am Kapitalmarkt können sich auch Lebensversicherungsunternehmen nicht entziehen. Der Verlauf der Lebenserwartung bzw. der Sterblichkeit sowie die Entwicklung der Kosten spielen ebenfalls eine wichtige Rolle. Aus diesen Gründen kann die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantiert werden.

Ein Beispiel für die individuelle Überschussentwicklung können Sie den individuellen Produktinformationen entnehmen.

Weiterführende Informationen zu diesem Thema entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Bedingungen, sowie deren Anhang zur Überschussbeteiligung.

Besteht die Möglichkeit, den Vertrag vorzeitig zu kündigen?

Grundsätzlich ist Ihr Versicherungsvertrag auf die Dauerhaftigkeit des Vertragsverhältnisses ausgelegt.

Sie können Ihren Versicherungsvertrag jedoch auch kündigen,

- jederzeit zum Schluss des laufenden Versicherungsjahres,
- bei Vereinbarung von Ratenzahlungen auch innerhalb des Versicherungsjahres mit Frist von einem Monat zum Schluss eines jeden Ratenzahlungsabschnitts, frühestens jedoch zum Schluss des ersten Versicherungsjahres.

Eine Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Welche Steuerregelung gilt für diesen Versicherungsvertrag?

Selbständige Berufsunfähigkeitsversicherungen sind steuerlich begünstigt.

Nähere Informationen hierzu entnehmen Sie bitte den beigefügten Steuerlichen Informationen für die Berufsunfähigkeitsversicherung.

Bitte beachten Sie, dass diese Informationen nur allgemeingültig sein können und daher eine Steuerberatung zum Beispiel durch einen Steuerberater nicht ersetzen können.

Welche Pflichten sollten Sie beachten, um Ihren Versicherungsschutz nicht zu gefährden?

Sie haben als Versicherungsnehmer bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung die Ihnen bekannten Gefahrumstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, uns anzuzeigen. Bitte überprüfen Sie in Ihrem eigenen Interesse, ob z.B. bei den Gesundheitsfragen im Antrag bzw. Ihrer Angebotsanforderung – sofern der von Ihnen gewünschte Tarif eine Beantwortung dieser verlangt – auch nichts vergessen wurde. Falsche oder unvollständige Angaben können uns berechtigen, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Dies hat unter Umständen zur Folge, dass kein bzw. nur ein eingeschränkter Versicherungsschutz besteht.

Bitte beachten Sie hierzu auch das Merkblatt „Wichtiger Hinweis zur Beantwortung von Fragen des Versicherers im Zusammenhang mit dem Abschluss von Versicherungsverträgen“ sowie den Punkt „Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?“ in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner.

Für Ihre Berufsunfähigkeitsversicherung (im Folgenden auch Versicherungsvertrag) gelten die nachfolgenden Bedingungen.

Sind Sie versicherte Person, aber nicht Versicherungsnehmer (z.B. weil Ihr Arbeitgeber auf Ihr Leben eine Versicherung abgeschlossen hat), dann sprechen wir Sie in den Bedingungen nicht unmittelbar an; denn die dort festgelegten Rechte und Pflichten betreffen vorrangig den Versicherungsnehmer als unseren Vertragspartner.

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Welche Leistungen erbringen wir?
- § 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?
- § 3 Wann können Sie Ihre Berufsunfähigkeitsrente im Rahmen der Nachversicherungsgarantie erhöhen?
- § 4 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?
- § 5 Wann beginnt und endet Ihr Versicherungsschutz?
- § 6 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- § 7 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
- § 8 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?
- § 9 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
- § 10 Wann können Sie Ihren Versicherungsvertrag kündigen?
- § 11 Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verteilt?
- § 12 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?
- § 13 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?
- § 14 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?
- § 15 Was gilt bei Aufenthalt im Ausland?
- § 16 Was gilt bei Verletzung der Mitwirkungspflicht nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?
- § 17 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?
- § 18 Wer erhält die Versicherungsleistungen?
- § 19 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?
- § 20 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?
- § 21 Wo ist der Gerichtsstand?
- § 22 Wie können die Versicherungsbedingungen bzw. die Beiträge oder Leistungen geändert werden?

Anhang zur Überschussbeteiligung für die Berufsunfähigkeitsversicherung

Anhang zu erhobenen Ratenzuschlägen

Anhang zur Beitragskalkulation

Abkürzungen: VVG = Versicherungsvertragsgesetz

VAG = Versicherungsaufsichtsgesetz

HGB = Handelsgesetzbuch

ZRQuotenV = Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung

RechVersV = Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

1. Produktbeschreibung

Tarif L01 mit laufender Beitragszahlung
Berufsunfähigkeitsversicherung

Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer dieses Versicherungsvertrages zu mindestens 50 % berufsunfähig, erbringen wir folgende Leistungen:

- volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht.
- Zahlung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente. Sofern keine Karenzzeit gemäß Absatz 4. vereinbart ist, zahlen wir die Berufsunfähigkeitsrente monatlich im Voraus, erstmals im darauf folgenden Monat der Anerkennung der Leistungspflicht.

Bei einem Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % besteht kein Anspruch auf diese Leistungen.

2. Hinweis zur vollständigen Tarifbezeichnung

Die erste Stelle in der Tarifbezeichnung (M bzw. W) steht für eine männliche bzw. weibliche versicherte Person. Die folgenden drei Stellen geben die oben genannte Tarifbeschreibung an. Die letzten vier Stellen dienen zur Kennzeichnung der verwendeten Rechnungsgrundlagen.

Steht an fünfter Stelle der Tarifbezeichnung ein S, G oder B, handelt es sich um Versicherungen im Rahmen eines Kollektivvertrages.

3. Leistung bei Pflegebedürftigkeit

Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer dieses Versicherungsvertrages infolge einer Pflegebedürftigkeit mindestens im Rahmen der Pflegestufe I (§ 2 Absätze 7. bis 9.) berufsunfähig, erbringen wir uneingeschränkt die Leistungen (Absatz 1.) aus diesem Versicherungsvertrag.

4. Leistungsbeginn

Sofern keine Karenzzeit vereinbart ist, entsteht der Anspruch auf Leistung mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen eingetreten ist.

Als Karenzzeit gilt der vereinbarte Zeitraum in Kalendermonaten vom Ende des Monats an, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist, bis zum Beginn der Leistungen aus diesem Versicherungsvertrag.

Bei Vereinbarung einer Karenzzeit entsteht der Anspruch auf die Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erst mit dem Ablauf des Monats, in dem die Karenzzeit endet, sofern die Berufsunfähigkeit nach Absatz 1. bzw. 3. während der

Karenzzeit ununterbrochen bestanden hat und bei deren Ablauf noch andauert. Wir erbringen Leistungen nur für die Zeit nach dem Ende der Karenzzeit. Während der Karenzzeit müssen keine Beiträge mehr entrichtet werden.

Endet die Berufsunfähigkeit und tritt danach erneut die Berufsunfähigkeit aufgrund derselben medizinischen Ursache ein, so lebt der Anspruch auf die Leistungen dieses Versicherungsvertrages wieder auf, wenn die Leistungsdauer für die Berufsunfähigkeitsrente noch nicht abgelaufen ist. Sofern die Leistungsdauer noch besteht, gilt dies auch, wenn die Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeitsrente inzwischen abgelaufen ist. Bereits zurückgelegte Karenzzeiten werden in diesem Fall berücksichtigt.

5. Leistungsende

Der Anspruch auf Rente erlischt,

- a) wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % sinkt (§ 14 Absätze 3. und 4.)
oder
- b) wenn bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit diese unter das Ausmaß der Pflegestufe I sinkt (§ 14 Absätze 3. und 4.)
oder
- c) wenn die versicherte Person stirbt
oder
- d) wenn die vertragliche Leistungsdauer abgelaufen ist.

6. Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht (§ 13) zurückzahlen.

Wir sind bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht bereit, die künftig fällig werdenden Beiträge zinslos zu stunden.

Die gestundeten Beiträge sind zinslos nachzahlen, wenn nach der endgültigen Entscheidung der Leistungsanspruch unbegründet ist. Auf Ihren Wunsch können Sie die gestundeten Beiträge in 12 Monatsraten zinslos nachzahlen.

7. Ist die Leistungsdauer dieses Versicherungsvertrages länger als die Versicherungsdauer und tritt während dieser Versicherungsdauer Berufsunfähigkeit gemäß § 2 ein, endet die Leistungspflicht spätestens mit dem Ablauf der Leistungsdauer. Besteht bei Ablauf der Versicherungsdauer dieses Versicherungsvertrages keine Berufsunfähigkeit, endet der Versicherungsschutz aus diesem Versicherungsvertrag.

Ansprüche, die durch Eintritt der Berufsunfähigkeit vor Ablauf der Versicherungsdauer dieses Versicherungsvertrages entstanden sind, werden auch dann noch anerkannt, wenn sie erst danach geltend gemacht werden. Auf die Mit-

wirkungspflichtigen wird ausdrücklich hingewiesen (§ 12 und § 16).

Erlischt der Leistungsanspruch gemäß Absatz 5.a) oder 5.b), wird die versicherte Person in Textform darauf hingewiesen, dass bei Eintritt einer erneuten Berufsunfähigkeit, deren Ursachen dieselben sind wie bei der früheren Berufsunfähigkeit, der Anspruch auf die versicherte Leistung wieder auflebt.

8. Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen erhalten Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (siehe § 4).

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

1. Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, für voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen außerstande sein wird, ihren zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübten Beruf in seiner Ausgestaltung wie in gesunden Tagen auszuüben, es sei denn, sie übt eine andere ihrer Ausbildung und Erfahrung und ihrer bisherigen Lebensstellung entsprechende berufliche Tätigkeit aus.
2. Teilweise Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die in Absatz 1. genannten Voraussetzungen nur in einem bestimmten Grad voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen erfüllt sind.
3. Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, vollständig oder teilweise außerstande gewesen, ihren zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübten Beruf in seiner Ausgestaltung wie in gesunden Tagen auszuüben, so gilt dieser Zustand von Beginn an als vollständige oder teilweise Berufsunfähigkeit, es sei denn, sie übt eine andere ihrer Ausbildung und Erfahrung und ihrer bisherigen Lebensstellung entsprechende berufliche Tätigkeit aus.
4. Werden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt, ist für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit stets der zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübte Beruf der versicherten Person in seiner Ausgestaltung wie in gesunden Tagen maßgebend. Die Verweisung der versicherten Person auf eine mögliche andere ihrer Ausbildung und Erfahrung und ihrer bisherigen Lebensstellung entsprechende, aber nicht ausgeübte Tätigkeit ist ausgeschlossen (Verzicht auf abstrakte Verweisung).
5. Für Selbständige bzw. Betriebsinhaber oder diesen hinsichtlich ihrer Direktionsbefugnisse in

einem Betrieb gleich gestellte Arbeitnehmer (z. B. Geschäftsführer, die den Betrieb faktisch wie ein Inhaber leiten) ist zusätzlich für die Anerkennung der Berufsunfähigkeit Voraussetzung, dass auch nach einer wirtschaftlich zumutbaren Umorganisation des Betriebes keine Betätigungsmöglichkeit mehr verbleibt, die ihrer Ausbildung und Erfahrung und ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

6. Hatte die versicherte Person vor Eintritt der Krankheit, der Körperverletzung oder des mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls eine Berufs- oder eine Hochschulausbildung begonnen, so wird auf den angestrebten Beruf abgestellt, der regelmäßig mit dem erfolgreichen Abschluss einer solchen Ausbildung erreicht wird.
7. Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig mindestens im Rahmen der Pflegestufe I (gemäß 8.) gewesen und deswegen täglich gepflegt worden, gilt die Fortdauer dieses Zustandes als vollständige Berufsunfähigkeit.
8. Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, für voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen, in zumindest erheblichem Maße (Absatz 9.) der Hilfe bedürfen.
9. Krankheiten und Behinderungen im Sinne des Absatzes 8. sind:

Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen (Absatz 9.) aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

- Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
- Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
- Störungen des zentralen Nervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

Die Hilfe im Sinne des Absatzes 8. besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in der Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 8. sind:

- im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
- im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
- im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
- im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

§ 3 Wann können Sie Ihre Berufsunfähigkeitsrente im Rahmen der Nachversicherungsgarantie erhöhen?

1. Sie haben das Recht, die bei Vertragsabschluss vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente nach Eintritt eines der nachfolgend beschriebenen Ereignisse ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen (Nachversicherungsgarantie):
 - Kauf einer Immobilie durch die versicherte Person mit einem Verkehrswert von mindestens 50.000 EUR zur Eigennutzung,
 - Heirat der versicherten Person,
 - Geburt eines Kindes der versicherten Person
 - Adoption eines Kindes durch die versicherte Person,
 - Aufnahme einer Berufstätigkeit nach erfolgreichem Abschluss eines Hochschul- oder Fachhochschulstudiums durch die versicherte Person,
 - Einkommenserhöhung von mindestens 20% innerhalb von zwölf Monaten aus nichtselbständiger Tätigkeit der versicherten Person,
 - Aufnahme einer selbständigen beruflichen Tätigkeit in einem anerkannten Ausbildungsberuf oder in einem Beruf, der die Mitgliedschaft in einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft erfordert (verkammerter Beruf), sofern die versicherte Person daraus ihr hauptsächlichliches Einkommen bezieht.
2. Das Recht auf Nachversicherung kann nur innerhalb von drei Monaten nach Eintritt des Ereignisses wahrgenommen werden. Der Eintritt des Ereignisses ist uns innerhalb dieses Zeitraumes in geeigneter Form nachzuweisen. Nach Ablauf der genannten Frist besteht kein Recht auf Nachversicherung.
3. Die Nachversicherung erfolgt im Rahmen eines Neuabschlusses nach dem zum jeweiligen Erhöhungszeitpunkt für den Neuzugang offenen Tarif. Sie wird nach dem am Termin, zu dem die Nachversicherung erfolgt, erreichten rech-

nungsmäßigen Alter^{*)} der versicherten Person sowie der restlichen Versicherungs- und Leistungsdauer des Versicherungsvertrages berechnet..

Für die Nachversicherung ist ein zusätzlicher Beitrag zu entrichten.

4. Die Anzahl der Nachversicherungen ist auf drei beschränkt. Die jeweilige Nachversicherung ist pro Ereignis auf 50% der Berufsunfähigkeitsrente, die zum Zeitpunkt der zuletzt erfolgten Gesundheitsprüfung versichert war, höchstens auf 6.000 EUR Jahresrente begrenzt. Die Berufsunfähigkeitsrenten aller Nachversicherungen dürfen insgesamt höchstens 100% der ursprünglich vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente betragen. Zudem darf die Summe aller bei der INTER Lebensversicherung aG abgeschlossenen Berufsunfähigkeitsrenten jährlich höchstens 36.000 EUR pro versicherter Person betragen.
5. Das Recht auf Nachversicherung erlischt
 - zehn Jahre nach dem ursprünglichen Versicherungsbeginn
 - oder
 - wenn der Versicherungsvertrag gekündigt wurde
 - oder
 - wenn bereits Berufsunfähigkeit eingetreten ist.

§ 4 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 VVG an den Überschüssen und ggf. an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des HGB im Rahmen unseres Jahresabschlusses jährlich ermittelt. Die Bewertungsreserven werden im Anhang des Geschäftsberichtes ausgewiesen. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und unserer Aufsichtsbehörde eingereicht.

Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

1. Überschüsse entstehen dann, wenn das Berufsunfähigkeitsrisiko und die Kosten sich günstiger entwickeln, als bei der Tarifikalkulation angenommen wurde. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer angemessen beteiligt (§ 1 Abs. 1 ZRQuotenV).

^{*)} Das rechnungsmäßige Alter der versicherten Person ist die Differenz zwischen dem Kalenderjahr, in dem die Nachversicherung erfolgt, und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Weitere Überschüsse stammen aus den Erträgen der Kapitalanlagen. Von den Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind (§ 3 ZRQuotenV), erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in dieser Verordnung genannten Prozentsatz, der derzeit 90 % beträgt. Aus diesem Betrag werden zunächst die Zinsen gedeckt, die zur Finanzierung der garantierten Versicherungsleistungen benötigt werden (§ 1 Absatz 2 und 3 ZRQuotenV). Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer.

2. Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zu den Überschüssen bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungsverträge in Bestandsgruppen zusammengefasst. Nach engeren Gleichartigkeitskriterien haben wir innerhalb der Bestandsgruppen Untergruppen gebildet; diese werden Bestandsklassen genannt. Die Verteilung der Überschüsse für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Bestandsgruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zur Überschussentstehung beigetragen haben. Die Überschüsse führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit sie nicht in Form der sogenannten Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben werden. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur ausnahmsweise können wir die Rückstellung im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines Notstandes (z. B. Verlustabdeckung) heranziehen. Hierfür benötigen wir die Zustimmung der Aufsichtsbehörde.
3. Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen im Jahresabschluss ausgewiesen sind. Die Beiträge sind so kalkuliert, dass sie für die Deckung der versicherten Leistungen benötigt werden. Für die Bildung von Kapitalerträgen stehen deshalb bei der Berufsunfähigkeitsversicherung keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung. Daher entstehen keine oder nur sehr geringe Bewertungsreserven. Soweit Bewertungsreserven überhaupt bestehen, werden diese monatlich neu ermittelt und den Versicherungsverträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren rechnerisch zugeordnet (§153 Absatz 3 VVG). Die Beschreibung dieses Verfahrens erfolgt in Absatz 6. Bei Beendigung eines Versicherungsvertrages (durch Tod, Kündigung oder Ablauf der Versicherungs- bzw. Leistungsdauer) wird der für diesen Zeitpunkt ermittelte Betrag dem Versicherungsvertrag zur Hälfte zugewiesen und ausgezahlt. Aufsichtsrechtliche Regelungen zur Kapitalausstattung bleiben unberührt.

Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Versicherungsvertrages

4. Ihr Versicherungsvertrag gehört zu der Bestandsklasse H111 (Berufsunfähigkeitsversicherungen mit Rechnungszins 2,25 %) in der Bestandsgruppe D011 (Berufsunfähigkeitsversicherungen und Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen). Abweichend von dieser Festlegung gehört Ihr Versicherungsvertrag zu der Bestandsklasse M111 in der Bestandsgruppe I011, falls er als Kollektivversicherung abgeschlossen wurde^{**)}. In Abhängigkeit von dieser Zuordnung erhält Ihr Versicherungsvertrag jährlich Überschussanteile. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht, den Sie bei uns anfordern können.
5. a) Solange Beiträge gezahlt werden, erhalten Versicherungsverträge mit laufender Beitragszahlung bei jeder Beitragsfälligkeit Überschussanteile in Prozent des Tarifbeitrages (ohne Stückkosten) für die vereinbarte Zahlungsweise. Risikozuschläge sind in gleicher Weise am Überschuss beteiligt.
- b) Sie können bei Antragstellung die Überschussverwendungsform wählen:
 - Beitragsverrechnung (Sofortrabatt)
Die Überschussanteile werden ab dem ersten Beitrag mit den Beiträgen verrechnet.
 - Fondsanlage
Die Überschussanteile werden zum Ende eines jeden Versicherungsjahres gutgeschrieben und in Anteile eines von uns für Ihren Versicherungsvertrag angebotenen Fonds angelegt. Bei Beantragung dieser Überschussverwendungsform müssen Sie sich für einen der angebotenen Fonds entscheiden.

<sup>**) Bestandsgruppen:
D011 = Berufsunfähigkeitsversicherungen und Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen
I011 = Rentenversicherungen im Rahmen von Kollektivverträgen
Bestandsklassen:
H111 = Ungezüllmerte Berufsunfähigkeitsversicherungen mit Rechnungszins 2,25 %
M111 = Ungezüllmerte Berufsunfähigkeitsversicherungen im Rahmen von Kollektivverträgen mit Rechnungszins 2,25 %</sup>

Weitere Festlegungen hinsichtlich der Fondsanlage entnehmen Sie bitte den Besonderen Bedingungen für die Anlage von Überschussanteilen in Fonds.

Ein Wechsel der von Ihnen gewählten Überschussverwendungsform ist nicht möglich.

- c) Versicherungsverträge, zu denen Leistungen erbracht werden, erhalten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres Überschussanteile, die zur Bildung einer Bonusrente verwendet werden. Diese wird in Prozent der Gesamtrente (versicherte Rente und bereits gutgebrachte Bonusrenten) bemessen. Endet der Rentenbezug vor Ablauf des Versicherungsvertrages, so endet auch die Zahlung der Bonusrente, welche dann erlischt.
6. Grundlage für die auf Ihren Versicherungsvertrag entfallenden Bewertungsreserven sind die zum Ersten des Monats vor Beendigung Ihres Versicherungsvertrages ermittelten Bewertungsreserven der INTER Lebensversicherung aG.

Die Zuordnung dieser Bewertungsreserven auf Ihren Versicherungsvertrag erfolgt mittels mehrerer Faktoren, die auf dem jeweils letzten festgestellten Jahresabschluss basieren.

Aufgrund der Verursachungsorientierung sind nicht alle Versicherungsverträge unseres Bestandes anspruchsberechtigt. Daher erfolgt eine Abgrenzung der auf die anspruchsberechtigten Versicherungsverträge entfallenden Bewertungsreserven anhand der in den einzelnen Versicherungsverträgen vorhandenen Kapitalien (z. B. Deckungskapital, Guthaben aus der verzinslichen Ansammlung, Rückstellung für Beitragsrückerstattung).

Maßgeblich für die Ermittlung des individuellen Faktors für Ihren Versicherungsvertrag sind die Kapitalien (z. B. Deckungskapital, Guthaben aus der verzinslichen Ansammlung) sowie die abgelaufene Dauer Ihres Versicherungsvertrages und aller anspruchsberechtigten Versicherungsverträge.

Information über die Höhe der Überschussbeteiligung

7. Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor ist dabei die Zinsentwicklung des Kapitalmarkts. Aber auch die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten sind von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann deshalb nicht garantiert werden.

Weitere Erläuterungen finden Sie im Anhang zu diesen Bedingungen.

§ 5 Wann beginnt und endet Ihr Versicherungsschutz?

1. Ihr Versicherungsschutz beginnt an dem Tag, an welchem der Versicherungsvertrag geschlossen wird, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn, jeweils 12 Uhr mittags. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei verschuldeter nicht rechtzeitiger Beitragszahlung (vgl. § 8 Absatz 3. und § 9 Absatz 1. bis 3.).
2. Der Versicherungsschutz endet am letzten Tag der Versicherungsdauer, 12 Uhr mittags.

§ 6 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

1. Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Berufsunfähigkeit gekommen ist.
2. Nicht mitversichert ist der Eintritt der Berufsunfähigkeit der versicherten Person im unmittelbaren oder mittelbaren Zusammenhang mit
 - a) Kriegsereignissen
oder
 - b) inneren Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
3. Mitversichert ist der Eintritt der Berufsunfähigkeit der versicherten Person im unmittelbaren oder mittelbaren Zusammenhang mit
 - a) Kriegsereignissen
oder
 - b) inneren Unruhen,
die an einem
 - ausländischen Aufenthaltsort (Gefahrengebiet) überraschend ausbrechen
 und
 - ohne aktive Beteiligung der versicherten Person stattfinden.
 Diese Mitversicherung gilt für die Dauer bis zum Ablauf des zehnten Tages nach dem Beginn von a) bzw. b).

Ab dem elften Tag gilt diese Regelung nur, wenn die versicherte Person aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, gehindert ist, das Gefahrengebiet zu verlassen.

4. Im Rahmen der Tätigkeit als Angehöriger
 - der deutschen Bundeswehr
oder
 - anderer staatlich organisierter Kriseneinsatzkräfte (z.B. Polizei, Bundesgrenzschutz)
 gilt folgende Regelung:
 - a) Mitversichert ist der unmittelbar oder mittelbar verursachte Eintritt der Berufsunfähigkeit durch die Teilnahme an humanitären Hilfsdiensten

oder Hilfeleistungen im Ausland, sofern die versicherte Person dabei nicht in bewaffnete Unternehmungen einbezogen ist.

- b) Nicht mitversichert ist außerhalb der Teilnahme an humanitären Hilfsdiensten oder Hilfeleistungen der unmittelbar oder mittelbar verursachte Eintritt der Berufsunfähigkeit durch die Teilnahme an
- mandatierten Missionen der Vereinten Nationen
 - oder
 - Einsätzen im Rahmen von Bündnisverpflichtungen
 - oder
 - Einsätzen unter Führung überstaatlicher Institutionen
 - oder
 - Einsätzen im Ausland unter nationaler Verantwortung mit vergleichbarem Gefährdungspotential.
5. Wir leisten jedoch nicht, wenn der Eintritt der Berufsunfähigkeit verursacht ist:
- a) Durch den Versuch oder die vorsätzliche Ausführung einer Straftat durch die versicherte Person. Fahrlässige Verstöße (z. B. im Straßenverkehr) sind davon ausgenommen.
- b) Durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall durch die versicherte Person, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Diese Handlungen sind jedoch in den Versicherungsschutz eingeschlossen, wenn uns nachgewiesen wird, dass sie in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind.
- c) Durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben.
- d) Durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maß gefährden oder schädigen, dass es zu deren Abwehr und Bekämpfung des Einsatzes einer Katastrophenschutzbehörde in der Bundesrepublik Deutschland oder einer vergleichbaren Einrichtung in einem anderen Staat bedarf.

§ 7 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

1. Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Vertragsabschluss

in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden.

2. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese - neben Ihnen - für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der obigen, vor Vertragsabschluss gestellten Fragen verantwortlich.

Rücktritt

3. Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person (Absatz 2.) nicht oder nicht richtig oder unvollständig angegeben worden sind, können wir vom Versicherungsvertrag zurücktreten.

Wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist, wird unser Rücktritt gegenstandslos. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Versicherungsvertrag auch bei Kenntnis der nicht oder nicht richtig oder unvollständig angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

4. Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass die nicht oder nicht richtig oder unvollständig angegebenen Umstände weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich waren. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.
5. Wenn der Versicherungsvertrag durch Rücktritt aufgehoben wird, haben Sie keinen Anspruch auf eine Rückzahlung der Beiträge.

Kündigung durch den Versicherer

6. Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.
7. Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Versicherungsvertrag auch bei Kenntnis der nicht oder nicht richtig oder unvollständig angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

8. Bei von Ihnen nicht zu vertretender Anzeigepflichtverletzung verzichten wir auf unser Recht zu kündigen.
9. Kündigen wir den Versicherungsvertrag, haben Sie keinen Anspruch auf eine Rückzahlung der Beiträge.

Vertragsanpassung

10. Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Versicherungsvertrag auch bei Kenntnis der nicht oder nicht richtig oder unvollständig angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden diese anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil.
11. Bei von Ihnen nicht zu vertretender Anzeigepflichtverletzung verzichten wir auf unser Recht, die Bedingungen anzupassen.
12. Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag Ihres Versicherungsvertrages um mehr als 10 % oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht oder nicht richtig oder unvollständig angezeigten Umstand aus, können Sie Ihren Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen. In der Mitteilung werden wir Sie auf das Kündigungsrecht hinweisen.

Ausübung unserer Rechte

13. Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen unsere Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände innerhalb eines Monats nach deren Kenntniserlangung angeben.
14. Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung sind ausgeschlossen, wenn wir den nicht oder nicht richtig oder unvollständig angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
15. Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von drei Jahren seit Vertragsabschluss ausüben. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Haben Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

16. Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmeentscheidung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person (Absatz 2.), können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Die Absätze 5. und 6. gelten entsprechend.
17. Wenn Ihr Versicherungsvertrag durch Anfechtung aufgehoben wird, haben Sie keinen Anspruch auf eine Rückzahlung der Beiträge.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

18. Die Absätze 1. bis 17. gelten entsprechend bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung des Versicherungsvertrages. Die Fristen nach Absatz 15. beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung des Versicherungsvertrages bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

Erklärungsempfänger

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

§ 8 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

1. Die Beiträge zu Ihrem Versicherungsvertrag sind durch jährliche Beitragszahlungen (Jahresbeiträge) zu entrichten. Die Jahresbeiträge werden zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres fällig.
2. Nach Vereinbarung können Sie die Jahresbeiträge auch in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Beitragsraten zahlen; hierfür werden Ratenzuschläge erhoben (siehe Anhang zu den erhobenen Ratenzuschlägen). Die Beitragsraten werden zu Beginn eines jeden Ratenzahlungsabschnitts fällig.
3. Der erste Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen

vereinbaren, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind jeweils zum Fälligkeitstag an uns zu zahlen.

4. Die Übermittlung der Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Kosten.
5. Bei Fälligkeit einer Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

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

1. Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Ist die Einziehung des Beitrages von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem in § 8 Absatz 3. genannten Termin eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

Einlösungsbeitrag

2. Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir die Beiträge des ersten Versicherungsjahres auch bei Vereinbarung von Ratenzahlungen sofort verlangen. Stattdessen können wir - solange die Zahlung nicht bewirkt ist - auch vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die uns entstandenen Kosten einer ärztlichen Untersuchung, die im Rahmen der Entscheidung über die Antragsannahme durchgeführt wurde, verlangen.
3. Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag

4. Wenn ein Folgebeitrag ganz oder teilweise nicht rechtzeitig gezahlt worden ist oder eingezogen werden konnte, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Tritt der Versicherungsfall nach

Fristablauf ein und sind Sie bei Eintritt mit den Zahlungen in Verzug, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Unabhängig davon können wir nach Ablauf der Frist den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern Sie mit den Zahlungen in Verzug sind. Die Kündigung wird unwirksam, wenn Sie innerhalb eines Monats nach der Kündigung die Zahlung leisten. Auf diese Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

§ 10 Wann können Sie Ihren Versicherungsvertrag kündigen?

1. Sie können Ihren Versicherungsvertrag vollständig oder teilweise schriftlich kündigen
 - jederzeit zum Schluss des laufenden Versicherungsjahres,
 - bei Vereinbarung von Ratenzahlungen auch innerhalb des Versicherungsjahres mit Frist von einem Monat zum Schluss eines jeden Ratenzahlungsabschnitts, frühestens jedoch zum Schluss des ersten Versicherungsjahres.

Der so festgelegte Zeitpunkt ist der Kündigungstermin.

2. Kündigen Sie Ihren Versicherungsvertrag nur teilweise, ist diese Kündigung unwirksam, wenn die verbleibende jährliche Rente unter den Mindestbetrag von 1.200 EUR sinkt. In diesem Fall können Sie Ihren Versicherungsvertrag nur vollständig kündigen.
3. Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt der Kündigung berufsunfähig, bleiben anerkannte oder festgestellte Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag von der Kündigung unberührt.
4. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.
5. Eine Beitragsfreistellung ist nicht möglich.

§ 11 Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verteilt?

1. Durch den Abschluss von Versicherungsverträgen entstehen Kosten. Diese sogenannten Abschluss- und Vertriebskosten (§ 43 Absatz 2 RechVersV) sind bereits pauschal bei der Tarifkalkulation berücksichtigt und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt.
2. Die Abschluss- und Vertriebskosten verteilen wir auf die Versicherungsdauer, jedoch maximal auf die ersten sieben Vertragsjahre.

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

1. Werden Leistungen aus diesem Versicherungsvertrag verlangt, sind uns unverzüglich auf Kosten des Anspruchshebenden folgende Unterlagen einzureichen:
 - a) der Versicherungsschein,
 - b) ein amtliches Zeugnis über den Tag der Geburt der versicherten Person,
 - c) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit,
 - d) ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über den Umfang der Auswirkungen auf die Berufsunfähigkeit oder über die Pflegebedürftigkeit,
 - e) Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen auf von uns zur Verfügung gestellten Formularen,
 - f) bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege (z. B. Bericht des medizinischen Dienstes der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung).
2. Wir können außerdem - dann allerdings auf unsere Kosten - weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise - auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen - verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen.

Wird ein Arzt für weitere ärztliche Untersuchungen von uns beauftragt, kann dieser einmalig von der versicherten Person ohne Angabe von Gründen abgelehnt werden, wenn ein weiterer geeigneter Gutachter von uns benannt werden kann. Etwaige dadurch entstehende Mehrkosten gehen zu Lasten des Anspruchshebenden.

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

3. Lässt die versicherte Person operative Behandlungsmaßnahmen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt anordnet, um die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu mindern, nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Leistungen aus dem Versicherungsvertrag nicht entgegen.

Zumutbaren ärztlichen Anweisungen zur Besserung Ihrer gesundheitlichen Verhältnisse - z. B. Einhalten einer Diät, Verwendung von orthopädischen oder anderen Heil- und Hilfsmitteln (z. B. Tragen von Prothesen, Verwendung von Seh- und Hörhilfen), Durchführung von logopädischen Maßnahmen oder Tragen von Stützstrümpfen - muss die versicherte Person allerdings folgen. Zumutbar sind Maßnahmen, die nicht mit ins Gewicht fallenden Risiken und Nebenwirkungen oder besonderen Schmerzen verbunden sind sowie als mit zuverlässiger Aussicht auf Erfolg eingeschätzt werden.

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

Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in Textform, ob und von welchem Zeitpunkt an wir eine Leistungspflicht anerkennen, wobei wir auf zeitliche Befristungen verzichten.

§ 14 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

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

Dabei können wir auch prüfen, ob die versicherte Person nach dem Eintritt ihrer Berufsunfähigkeit aufgrund neu erworbener Kenntnisse und Fähigkeiten eine neue berufliche Tätigkeit ausübt, die der Lebensstellung der versicherten Person zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit in dem früheren Beruf mindestens entspricht.

2. Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen des § 12 Absatz 2. gelten entsprechend.
3. Eine Minderung der Berufsunfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit und die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit müssen uns unverzüglich mitgeteilt werden. Bei schuldhafter Verletzung dieser Anzeigepflicht sind die seit Beendigung der Berufsunfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit erhaltenen Leistungen zurückzuzahlen.

4. Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen oder hat sich ihr Grad auf weniger als 50% vermindert, werden wir von der Leistung frei. In diesem Fall legen wir Ihnen die Veränderung in Textform dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.
5. Liegt Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit vor und hat sich die Art des Pflegefalls geändert oder sein Umfang gemindert, setzen wir unsere Leistungen herab oder stellen sie ein. Absatz 4. Satz 2 bis 4 gelten entsprechend, wenn wir unsere Leistungen einstellen.
6. Wenn die Rentenzahlung endet, weil die Berufsunfähigkeit oder die Pflegebedürftigkeit gemäß Absatz 1. nicht fortbesteht, zahlen wir als Überbrückungsleistung die Rente für weitere 12 Monate, jedoch längstens bis zum Ablauf der vertraglich vereinbarten Leistungsdauer. Die maximale Höhe dieser monatlichen Rentenzahlung beträgt 750 EUR.

Innerhalb dieses Zeitraumes werden die Überbrückungsrenten auf Leistungen aus neu oder wieder eintretender Berufsunfähigkeit gemäß § 2 angerechnet.

7. Endet eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen bereits vor Ablauf einer vereinbarten Karenzzeit, wird keine Leistung aus dem Versicherungsvertrag fällig. Dies teilen wir dem Anspruchsberechtigten in Textform mit.

§ 15 Was gilt bei Aufenthalt im Ausland?

Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

Die ärztlichen Nachweise gemäß § 12 und § 14 müssen von einem innerhalb der Europäischen Union zugelassenen Arzt erstellt werden. Abweichungen hiervon bedürfen der schriftlichen Vereinbarung.

§ 16 Was gilt bei Verletzung der Mitwirkungspflicht nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 12 oder § 14 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchshebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag bleiben jedoch insoweit

bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats, in dem die Erfüllung erfolgt ist, nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet, jedoch frühestens nach Ablauf einer vereinbarten Karenzzeit. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 17 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

1. Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.
2. In den Fällen des § 18 Absatz 3. brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die schriftliche Anzeige des bisherigen Berechtigten vorliegt.

§ 18 Wer erhält die Versicherungsleistungen?

1. Die Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer oder an Ihre Erben, falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die bei Fälligkeit die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll (Bezugsberechtigter). Bis zum Eintritt des Versicherungsfalls können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen, während des Leistungsbezuges kann das Bezugsrecht nicht mehr widerrufen werden.
2. Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung der von Ihnen benannten Person aufgehoben werden.
3. Die Einräumung und der Widerruf eines unwiderruflichen Bezugsrechts (Absätze 1. und 2.) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom hierzu Berechtigten schriftlich angezeigt worden sind. Der Berechtigte sind im Regelfall Sie; es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits zuvor Verfügungen vorgenommen haben. Das Gleiche gilt für die Abtretung und Verpfändung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag, soweit derartige Verfügungen überhaupt rechtlich möglich sind.
4. Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten kostenfrei im Inland. Bei Ü-

berweisungen in das Ausland erfolgt die Überweisung auf Kosten und Gefahr des Empfangsberechtigten.

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

1. Eine Änderung Ihres Namens oder Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Sonst können für Sie Nachteile entstehen, da eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Adresse abgesandt werden kann; unsere Erklärung gilt drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie den Versicherungsvertrag in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.
2. Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, sollten Sie uns, in Ihrem eigenen Interesse, eine im Inland ansässige Person benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen (Zustellungsbevollmächtigter).

§ 20 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Versicherungsvertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 21 Wo ist der Gerichtsstand?

1. Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder der für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
2. Sind Sie eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.
3. Verlegen Sie Ihren Wohnsitz nach Vertragsabschluss in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz, ist der Gerichtsstand Mannheim vereinbart.

§ 22 Wie können die Versicherungsbedingungen bzw. die Beiträge oder Leistungen geändert werden?

1. Unter den Voraussetzungen des § 164 VVG können die Versicherungsbedingungen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse geändert werden.
2. Die Änderungen und die hierfür maßgeblichen Gründe werden Ihnen mitgeteilt. Sie werden zwei Wochen nach der vorgenannten Mitteilung Vertragsbestandteil.
3. Die Beiträge können gemäß § 163 VVG neu festgesetzt werden, wenn sich der Leistungsbedarf nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den Rechnungsgrundlagen der vereinbarten Beiträge geändert hat, die nach den berichtigten Rechnungsgrundlagen neu festgesetzten Beiträge angemessen und erforderlich sind, um die dauerhafte Erfüllbarkeit der Versicherungsleistung zu gewährleisten, und ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die obigen Voraussetzungen überprüft und bestätigt hat. Eine Neufestsetzung der Beiträge 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.
4. Statt einer Erhöhung der Beiträge können Sie eine entsprechende Herabsetzung Ihrer Leistung verlangen.
5. Die Erhöhung der Beiträge oder die Herabsetzung der Leistung werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung oder Herabsetzung und der hierfür maßgeblichen Gründe an Sie folgt.

Anhang

zur Überschussbeteiligung für die Berufsunfähigkeitsversicherung

Informationen zur Überschussermittlung und -beteiligung

Der Ihnen für die gesamte Vertragslaufzeit zugesagte Versicherungsschutz erfordert von uns eine vorsichtige Tarifkalkulation. Wir müssen insbesondere ausreichend Vorsorge treffen für eine ungünstige Entwicklung der versicherten Risiken und der Kosten. Unsere vorsichtigen Annahmen bezüglich der Entwicklung der versicherten Risiken und der Kosten führen zu Überschüssen, an denen wir Sie beteiligen. Des Weiteren beteiligen wir Sie ggf. an den Erträgen aus den Kapitalanlagen.

Im Folgenden möchten wir Ihnen die wichtigsten Schritte von der Entstehung der Überschüsse bis zu deren Verteilung auf die einzelnen Versicherungen etwas ausführlicher erläutern:

Wie entstehen Überschüsse?

Überschüsse erzielen wir in der Regel aus dem Risiko- und dem Kostenergebnis. Die Überschüsse sind um so größer, je weniger Versicherungsfälle eintreten und je sparsamer wir wirtschaften. Ggf. können weitere Überschüsse aus dem Kapitalanlageergebnis hinzukommen.

- Risikoergebnis

Bei der Tarifkalkulation haben wir vorsichtige Annahmen über den Eintritt von Versicherungsfällen zugrunde gelegt. Dadurch wird sichergestellt, dass die vertraglichen Leistungen langfristig auch dann noch erfüllt werden können, wenn sich die versicherten Risiken ungünstig entwickeln. Ist der Risikoverlauf dagegen in der Realität günstiger als kalkuliert, entstehen Risikoüberschüsse.

- Kostenergebnis

Ebenso haben wir auch Annahmen über die zukünftige Kostenentwicklung getroffen. Wirtschaften wir sparsamer als kalkuliert, entstehen Kostenüberschüsse.

- Kapitalanlageergebnis

Damit wir unsere Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen jederzeit erfüllen können, müssen wir eine Deckungsrückstellung bilden und die Mittel in entsprechender Höhe anlegen (z. B. in festverzinslichen Wertpapieren, Hypotheken, Darlehen, Aktien und Immobilien). Dies überwachen unser Verantwortlicher Aktuar und unser Deckungsstock-Treuhänder. Bei der Berechnung der Deckungsrückstellung wird ein Zinssatz von 2,25 % zugrunde gelegt. Dies bedeutet, dass sich die Vermögenswerte mindes-

tens in dieser Höhe verzinsen müssen. In der Regel übersteigen die Kapitalerträge diesen Mindestzins und es entstehen Zinsüberschüsse.

Wie werden die Überschüsse ermittelt und festgestellt?

Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des HGB ermittelt und jährlich im Rahmen des Jahresabschlusses festgestellt. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

Wie erfolgt die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer?

Die von uns erwirtschafteten Überschüsse kommen zum weitaus überwiegenden Teil den Versicherungsnehmern zugute. Der übrige Teil wird den Rücklagen des Unternehmens zugeführt. Eine Rechtsverordnung zu § 81 c des VAG legt die Beteiligung der Versicherungsnehmer an den Überschüssen fest. An den Überschüssen aus dem Risiko- und dem Kostenergebnis beteiligen wir die Versicherungsnehmer nach der genannten Verordnung in angemessener Weise. Außerdem stehen den Versicherungsnehmern nach der derzeitigen Fassung der Verordnung mindestens 90 % der Nettoerträge (Bruttoerträge abzüglich Aufwendungen) aus denjenigen Kapitalanlagen zu, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind. Soweit die Versicherungsnehmer diese Erträge nicht über die oben erwähnte Mindestverzinsung erhalten, werden die Erträge für die Überschussbeteiligung verwendet.

Da die verschiedenen Versicherungsarten in unterschiedlichem Umfang zum Überschuss beitragen, fassen wir gleichartige Versicherungen zu Bestandsgruppen zusammen. Kriterium für die Bildung einer solchen Bestandsgruppe ist vor allem das versicherte Risiko. Danach werden z. B. kapitalbildende Lebensversicherungen mit überwiegend Todesfallcharakter oder Rentenversicherungen jeweils eigenen Bestandsgruppen zugeordnet. Die Verteilung des Überschusses auf die einzelnen Bestandsgruppen orientiert sich daran, in welchem Ausmaß diese zu seiner Entstehung beigetragen haben.

Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der sogenannten Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Diese Rückstellung darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen können wir die Rückstellung für Beitragsrückerstattung im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines Notstandes (z. B. Verlustabdeckung) heranziehen. Hierfür benötigen wir die Zustimmung der Aufsichtsbehörde.

Wie erfolgt die Überschussbeteiligung Ihres Versicherungsvertrages?

Ihr Versicherungsvertrag erhält Anteile an den Überschüssen derjenigen Bestandsgruppe, der er angehört. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt.

Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann nicht garantiert werden!

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtiger Einflussfaktor ist dabei die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Die absolute Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden.

Anhang

zu den erhobenen Ratenzuschlägen

Für Versicherungsverträge mit laufender Beitragszahlung werden abhängig von der Zahlungsweise der Beitragsraten die folgenden Ratenzuschläge erhoben:

halbjährlich	vierteljährlich	monatlich
2 %	3 %	5 %

Für Versicherungsverträge mit laufender Beitragszahlung im Rahmen eines Kollektivvertrages werden abhängig von der Zahlungsweise der Beitragsraten die folgenden Ratenzuschläge erhoben:

halbjährlich	vierteljährlich	monatlich
1,5 %	2 %	2,5 %

Für Versicherungsverträge im Rahmen eines Kollektivvertrages können jedoch auch andere Ratenzuschläge vereinbart werden.

Anhang**zur Beitragskalkulation**

Bei der Kalkulation der Jahresbeiträge zu Ihrem Versicherungsvertrag haben wir

- die Sterbetafel der Deutschen Aktuar Vereinigung 1994T (Männer bzw. Frauen)
- die Wahrscheinlichkeitstafel des Rückversicherungsunternehmens Gen Re für die Berufsunfähigkeitswahrscheinlichkeiten für Männer bzw. Frauen (Stand 2003)
- die Wahrscheinlichkeitstafel des Rückversicherungsunternehmens Gen Re für die Sterbewahrscheinlichkeiten der Berufsunfähigen für Männer bzw. Frauen (Stand 2003)
- die Wahrscheinlichkeitstafel des Rückversicherungsunternehmens Gen Re für die Reaktivierungswahrscheinlichkeiten für Männer bzw. Frauen (Stand 2003)

verwendet und als Rechnungszins 2,25 % p.a. angesetzt.

Besondere Bedingungen für die Anlage von Überschussanteilen in Fonds

Für einen Versicherungsvertrag, in dem - nach Ihrer Wahl teilweise oder vollständig - die Überschussanteile für die Anlage in einem von uns für Ihren Versicherungsvertrag angebotenen Fonds verwendet werden (Überschussverwendungsform Fondsanlage), gelten zusätzlich zu den jeweiligen Allgemeinen Bedingungen die nachfolgenden Regelungen:

1. Wer trägt das Risiko der Kapitalanlage hinsichtlich der zugeteilten Überschussanteile?

Das Risiko der Kapitalanlage für die zugeteilten Überschussanteile liegt in den Kursschwankungen des von Ihnen gewählten Fonds und hängt somit in weiten Teilen vom Kapitalmarkt ab. Dieses Risiko wird von Ihnen getragen. Hierbei gilt:

- Die Höhe der Leistung aus der Fondsanlage ist nicht garantiert.
- Die Wertentwicklung des Fonds ist nicht vorhersehbar.
- Die Wertentwicklung des Fonds in der Vergangenheit ist kein Maßstab für die künftige Entwicklung.

2. Welcher Stichtag ist für die Ermittlung des Wertes der Fondsanteile relevant?

Als Stichtag für die Ermittlung des Wertes der Fondsanteile gilt stets der letzte Börsentag eines Monats.

Abweichend hiervon behalten wir uns vor, bei Eintritt außergewöhnlicher Umstände (z. B. schwerwiegende Störungen der Finanzmärkte) das Fondsguthaben erst dann zu ermitteln, nachdem wir die im Fondsguthaben vorhandenen Fondsanteile veräußert oder liquidiert haben. Diese Maßnahmen erfolgen unverzüglich durch uns unter Wahrung der Interessen aller Versicherungsnehmer.

3. Wie erfolgt die Umrechnung der Überschussanteile in Anteile des von Ihnen gewählten Fonds?

Die für die Fondsanlage bestimmten Überschussanteile werden in Fondsanteile umgerechnet und zu einem Fondsguthaben angesammelt. Die Anzahl der gutgeschriebenen Fondsanteile richtet sich nach dem Preis, der von uns für einen Fondsanteil am letzten Stichtag vor der Zuteilung der Überschussanteile zu zahlen ist. Wir bemühen uns beim Fondskauf darum, die Fondsanteile zum Rücknahmepreis (d. h. ohne Ausgabeaufschlag) oder gegen

Zahlung eines verringerten Ausgabeaufschlages zu erwerben. Andernfalls erwerben wir die Fondsanteile zum Ausgabepreis.

4. Wie werden Ertragsausschüttungen bzw. Steuerrückerstattungen gehandhabt?

a. Ausschüttende Fonds

Ertragsausschüttungen werden in Fondsanteile umgerechnet und erhöhen das Fondsguthaben Ihres Versicherungsvertrages. Die Anzahl der gutgeschriebenen Fondsanteile richtet sich nach dem Preis, der von uns für einen Fondsanteil am Stichtag (vgl. 2.) des Monats, in dem die Ausschüttung erfolgt, zu zahlen ist. Hinsichtlich des Preises gelten die Erläuterungen unter 2. entsprechend. Ertragsausschüttungen, die erst nach Erlöschen Ihres Versicherungsvertrages (z. B. durch Kündigung oder Ablauf der Versicherungsdauer) bzw. nach Beginn der Rentenzahlung aus Ihrem Versicherungsvertrag veröffentlicht werden, werden dem Fondsguthaben Ihres Versicherungsvertrages nicht mehr gutgeschrieben.

b. Thesaurierende Fonds

Im Fonds entstehende Erträge werden nicht ausgeschüttet, sondern fließen dem Fonds unmittelbar zu und erhöhen damit dessen Wert. Hierfür wird insbesondere bei deutschen Fonds am Fondsgeschäftsjahresende Kapitalertragsteuer zzgl. Solidaritätszuschlag an das Finanzamt abgeführt. Sofern wir als Versicherungsunternehmen hiervon etwas unmittelbar zurückerhalten, wird diese Steuerrückerstattung in Fondsanteile umgerechnet und erhöhen das Fondsguthaben Ihres Versicherungsvertrages. Die Anzahl der gutgeschriebenen Fondsanteile richtet sich nach dem Preis, der von uns für einen Fondsanteil am letzten Stichtag (vgl. 2.) des Monats, in dem die Steuerrückerstattung erfolgt, zu zahlen ist. Hinsichtlich des Preises gelten die Erläuterungen unter 2. entsprechend.

Steuerrückerstattungen, die wir erst nach Erlöschen Ihres Versicherungsvertrages (z. B. durch Kündigung oder Ablauf der Versicherungsdauer) bzw. nach Beginn der Rentenzahlung aus Ihrem Versicherungsvertrag zurückerhalten, werden dem Fondsguthaben Ihres Versicherungsvertrages nicht mehr gutgeschrieben.

5. Was geschieht bei Kündigung bzw. den jeweiligen Leistungsfällen?

Der Wert des Fondsguthabens berechnet sich da-

durch, dass die Zahl der im Fondsguthaben Ihres Versicherungsvertrages vorhandenen Fondsanteile mit dem am maßgeblichen Stichtag geltenden Rücknahmepreis des jeweiligen Anteils multipliziert wird (vgl. 2.).

a. Kündigung

- I. Bei teilweiser oder vollständiger Beendigung Ihres Versicherungsvertrages durch Kündigung wird der Wert des im gekündigten Teil vorhandenen Fondsguthabens ausbezahlt.

Maßgeblich für die Umrechnung dieser Fondsanteile ist der Rücknahmepreis eines Fondsanteils am letzten Stichtag vor Wirksamwerden der Kündigung.

- II. Abweichend von I. werden bei Kündigung einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung die im zugehörigen Fondsguthaben vorhandenen Fondsanteile in das Fondsguthaben der weiterlaufenden Hauptversicherung übertragen, falls für die Hauptversicherung zum Zeitpunkt der Kündigung der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung ebenfalls die Überschussverwendungsform Fondsanlage vereinbart ist.

b. Mahn- und Kündigungsverfahren

Bei Beendigung Ihres Versicherungsvertrages aufgrund eines Mahn- und Kündigungsverfahrens wird der Wert des vorhandenen Fondsguthabens ausbezahlt.

Maßgeblich für die Umrechnung dieser Fondsanteile ist der Rücknahmepreis eines Fondsanteils am späteren der beiden im Folgenden genannten Termine:

- der letzte Stichtag vor Wirksamwerden der Kündigung
- der erste Stichtag nach bzw. zu dem Datum des Mahn- und Kündigungsschreibens bzw. des Kündigungsschreibens.

c. Tod der versicherten Person

Bei Beendigung Ihres Versicherungsvertrages durch Tod der versicherten Person wird der Wert des zum Sterbedatum vorhandenen Fondsguthabens ausbezahlt.

Falls eine Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung vereinbart wurde, wird bei Tod der versicherten Person der Wert der zum Sterbedatum in der Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung vorhandenen Fondsanteile in eine Zusatzrente zur Erhöhung der Hinterbliebenenrente umgewandelt. Die Umwandlung in eine Zusatzrente erfolgt nach den zu diesem Zeitpunkt gültigen Rechnungsgrundlagen, die den für den Neuzugang offenen Tarifen zugrunde gelegt werden.

Maßgeblich für die Umrechnung der jeweils vorhandenen Fondsanteile ist der Rücknahmepreis

eines Fondsanteils am letzten Stichtag vor bzw. zu dem Eingang der Sterbeurkunde bei uns.

Bei Tod der mitversicherten Person einer Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung werden die zum Sterbedatum in der Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung vorhandenen Fondsanteile in das Fondsguthaben der Hauptversicherung übertragen.

d. Eintritt von Berufsunfähigkeit

- I. Wenn bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit vorliegt, wird der Wert des zu Beginn der Leistungsphase in der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bzw. Berufsunfähigkeitsversicherung vorhandenen Fondsguthabens ausbezahlt.

Maßgeblich für die Umrechnung dieser Fondsanteile ist der Rücknahmepreis eines Fondsanteils am späteren der beiden im Folgenden genannten Termine:

- der letzte Stichtag vor dem Beginn der Leistungsphase
- der letzte Stichtag vor bzw. zu dem Datum, an welchem wir nach Prüfung sämtlicher Unterlagen unsere Leistungspflicht anerkannt haben.

- II. Abweichend von I. werden bei einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung die zum Beginn der Leistungsphase im zugehörigen Fondsguthaben vorhandenen Fondsanteile in das Fondsguthaben der weiterlaufenden Hauptversicherung übertragen, falls für die Hauptversicherung zum Beginn der Leistungsphase ebenfalls die Überschussverwendungsform Fondsanlage vereinbart ist.

e. Ablauf der Versicherungsdauer

- I. Bei Ablauf der Versicherungsdauer einer kapitalbildenden Lebensversicherung, einer Berufsunfähigkeitsversicherung bzw. einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung wird der Wert des zum Ablauftermin vorhandenen Fondsguthabens ausbezahlt.

Maßgeblich für die Umrechnung dieser Fondsanteile ist der Rücknahmepreis eines Fondsanteils am letzten Stichtag vor dem Ablauftermin.

- II. Abweichend von I. werden bei Ablauf der Versicherungsdauer einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung die zum Ablauftermin im zugehörigen Fondsguthaben vorhandenen Fondsanteile in das Fondsguthaben der weiterlaufenden Hauptversicherung übertragen, falls für die Hauptversicherung zum Ablauftermin der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung ebenfalls die Überschussverwendungsform Fondsanlage vereinbart ist.

f. Ablauf der Aufschubzeit

Bei Ablauf der Aufschubzeit einer Rentenversicherung wird der Wert des zu diesem Termin vorhandenen Fondsguthabens in eine sofortbeginnende Zusatzrente mit gleicher Rentengarantiezeit wie die vertraglich vereinbarte Rente umgewandelt.

Maßgeblich für die Umrechnung dieser Fondsanteile ist der Rücknahmepreis eines Fondsanteils am letzten Stichtag vor dem Ablauf der Aufschubzeit. Die Umwandlung in eine Zusatzrente erfolgt nach den zu diesem Zeitpunkt gültigen Rechnungsgrundlagen, die den für den Neuzugang offenen Tarifen zugrunde gelegt werden.

Bei Wahl der Kapitalabfindung wird der Wert des vorhandenen Fondsguthabens ausbezahlt. Die Fondsanteile werden gemäß der vorstehend beschriebenen Regelung umgerechnet.

Bei Ablauf der Aufschubzeit einer eingeschlossenen Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung wird entsprechend verfahren.

5. Ist ein Fondswechsel möglich?

Sie können jederzeit schriftlich verlangen, dass der Wert der bereits gutgeschriebenen Fondsanteile in einem anderen von uns für Ihre Versicherung angebotenen Fonds angelegt wird. Damit verbunden ist, dass die zukünftigen Überschussanteile, Ertragsausschüttungen, Steuerrückerstattungen dann ebenfalls in dem neuen Fonds angelegt werden. Der Termin des Fondswechsels ist der erste Kalendertag des zweiten Monats nach Eingang Ihrer schriftlichen Willenserklärung bei uns.

Maßgeblich für die Umrechnung der vorhandenen Fondsanteile des bisherigen Fonds in die des neuen Fonds ist der Rücknahmepreis eines Fondsanteils des bisherigen Fonds sowie der Preis, der von uns für einen Fondsanteil des neuen Fonds zu zahlen ist, jeweils am letzten Stichtag vor dem Termin des Fondswechsels. Hinsichtlich des Preises gelten die Erläuterungen unter 2.a. entsprechend.

Sie können einen Fondswechsel während der Laufzeit Ihres Versicherungsvertrages gebührenfrei höchstens fünfmal, frühestens zwölf Monate nach Versicherungsbeginn und in Abständen von mindestens zwölf Monaten durchführen.

Andernfalls ist ein Fondswechsel gebührenpflichtig. Die Gebühr beträgt pro gebührenpflichtigem Fondswechsel 25 EUR. Ist die Gebühr nicht spätestens vier Wochen vor dem Termin des Fondswechsels bei uns eingegangen, wird der Fondswechsel nicht durchgeführt.

6. Wie erfolgt ein Wechsel von der Überschussverwendungsform Verzinsliche Ansammlung zur Überschussverwendungsform Fonds?

Falls Sie für Ihren Versicherungsvertrag die Überschussverwendungsform Verzinsliche Ansammlung vereinbart haben, können Sie jederzeit schriftlich einen Wechsel zur Überschussverwendungsform Fondsanlage verlangen. Der Termin des von Ihnen gewünschten Wechsels der Überschussverwendungsform ist der erste Kalendertag des zweiten Monats nach Eingang Ihrer schriftlichen Willenserklärung bei uns. Der Betrag, der zum Zeitpunkt des Wechsels im verzinslich angesammelten Guthaben vorhanden ist, wird dabei in Fondsanteile des von Ihnen gewählten Fonds umgerechnet. Maßgeblich hierfür ist der Rücknahmepreis eines Fondsanteils am letzten Stichtag vor dem Termin des Wechsels der Überschussverwendungsform. Zudem werden die zukünftigen Überschussanteile, Ertragsausschüttungen, Steuerrückerstattungen dann ebenfalls in diesem Fonds angelegt.

7. Unter welchen Voraussetzungen ist ein Fondswechsel zwingend erforderlich?

Liegt ein wichtiger Grund vor, der es uns unmöglich oder unzumutbar macht, den von Ihnen ausgewählten Fonds weiterhin anzubieten, erfolgt zwingend ein Fondswechsel in einen anderen von uns für Ihre Versicherung angebotenen Fonds Ihrer Wahl. Dieser Fondswechsel gilt sowohl für die bereits gutgeschriebenen Fondsanteile als auch für die Anlage der zukünftigen Überschussanteile, Ertragsausschüttungen, Steuerrückerstattungen. Ein Fondswechsel aus wichtigem Grund ist stets gebührenfrei und zählt nicht zu den unter Punkt 5. genannten, höchstens fünfmaligen gebührenfreien Fondswechseln.

Ein wichtiger Grund für einen zwingend erforderlichen Fondswechsel kann auch dann vorliegen, wenn wir unseren Vertragspartner wechseln, mit dem wir beim Fondskauf kooperieren. Wir wickeln den Kauf und die Verwaltung der Fondsanteile aller Versicherungsnehmer, welche die Überschussverwendungsform Fondsanlage gewählt haben, mit nur einem Vertragspartner ab, der uns günstige Konditionen beim Fondskauf einräumt. Diesen Vertragspartner dürfen wir bei Vorliegen zwingender rechtlicher oder bedeutsamer wirtschaftlicher Gründe wechseln. Falls unser neuer Vertragspartner den von Ihnen gewählten Fonds nicht anbietet, ist ein Fondswechsel zwingend erforderlich.

Bei Vorliegen eines wichtigen Grundes werden wir Sie schriftlich benachrichtigen und über die von uns zu diesem Zeitpunkt angebotenen Fonds informieren. Ab Zugang der Benachrichtigung können Sie uns innerhalb von vier Wochen einen dieser Fonds benennen, der an die Stelle des von uns nicht mehr angebotenen Fonds treten soll. Ihre Wahl ist maßgeblich für die Umschichtung der bereits gutgeschriebenen Fondsanteile und für die Anlage zukünftiger Überschussanteile, Ertragsausschüttungen, Steuerrückerstattungen. Benennen Sie innerhalb der genannten Frist keinen Fonds, sind wir berechtigt, hierfür einen von uns angebotenen Fonds zu verwenden, dessen Anlageprofil dem nicht mehr

zur Verfügung stehenden Fonds ähnlich ist. Diesen Fonds sowie den Termin des Fondswechsels werden wir Ihnen bereits in der genannten Benachrichtigung mitteilen. Für die Umrechnung gelten die in 5. genannten Regelungen.

Sofern die Ausgabe oder Rücknahme von Fondsanteilen vorübergehend durch die jeweilige Kapitalanlagegesellschaft ausgesetzt wird, erfolgt die Umrechnung in Fondsanteile bzw. der vorhandenen Fondsanteile am nächstmöglichen jeweiligen Bewertungstichtag.

Allgemeine Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Für Ihren Versicherungsvertrag mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung gelten die nachfolgenden Bedingungen.

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Versicherungsleistungen?**
- § 2 Zu welchem Zeitpunkt werden planmäßig Beiträge und Versicherungsleistungen erhöht?**
- § 3 Wie wird die planmäßige Erhöhung berechnet?**
- § 4 Unter welchen Voraussetzungen wird die Erhöhung wirksam?**
- § 5 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die planmäßige Erhöhung der Versicherungsleistungen?**

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

1. Entsprechend der bei Vertragsabschluss getroffenen Vereinbarung erhöhen wir ohne erneute Gesundheitsprüfung entweder
 - die zu zahlenden Beiträge für die Versicherung einschließlich etwaiger Zusatzversicherungen jährlich um den vereinbarten Prozentsatz

oder

 - die Versicherungsleistungen jährlich um den vereinbarten Prozentsatz der Anfangsversicherungssumme bei kapitalbildenden Lebensversicherungen und Risikoversicherungen beziehungsweise der Anfangsrente bei Rentenversicherungen, Basisrentenversicherungen, Berufsunfähigkeitsversicherungen und Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen.
2. Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen; die Erhöhung der Versicherungsleistungen bewirkt eine Beitragserhöhung.
3. Die Erhöhungen erfolgen bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer, jedoch nicht länger, als bis die versicherte Person - bei Versicherungen mit mehreren versicherten Personen die ältere versicherte Person - das rechnungsmäßige Alter^{*)} von 65 Jahren erreicht hat. Auf Wunsch des Versicherungsnehmers kann die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung jedoch auch darüber hinaus gelten, sofern uns dies spätestens zwei Monate bevor die versicherte Person das rechnungsmäßige Alter von 65 Jahren erreicht hat schriftlich mitgeteilt wird.

Bei Rentenversicherungen, Basisrentenversicherungen, Rentenversicherungen im Sinne des Altersvorsorgeverträge-Zertifizierungsgesetzes und Direktversicherungen enden die Erhöhungen spätestens fünf Jahre vor Ablauf der Aufschubzeit.

Bei Risikoversicherungen mit eingeschlossener Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, Berufsunfähigkeitsversicherungen und Erwerbsunfähigkeitsversicherungen erfolgen die Erhöhungen bis die versicherte Person (bei mehreren versicherten Personen die ältere versicherte Person) das rechnungsmäßige Alter von 45 Jahren erreicht hat.

^{*)} Das rechnungsmäßige Alter der versicherten Person ist die Differenz zwischen dem jeweiligen Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Auf Wunsch des Versicherungsnehmers kann die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung jedoch auch darüber hinaus gelten, sofern uns dies spätestens zwei Monate bevor die versicherte Person das rechnungsmäßige Alter von 45 Jahren erreicht hat schriftlich mitgeteilt wird.

4. Die Erhöhung wird nur ab einer beitragspflichtigen Versicherungssumme von 5.000 EUR bei kapitalbildenden Lebensversicherungen bzw. 20.000 EUR bei Erwerbsunfähigkeitsversicherungen, Risikoversicherungen und Risiko-Zusatzversicherungen durchgeführt. Bei Rentenversicherungen, Basisrentenversicherungen und Direktversicherungen wird die Erhöhung nur ab einer beitragspflichtigen Rente pro Jahr von 420 EUR durchgeführt.
5. Bei Rentenversicherungen im Sinne des Altersvorsorgeverträge-Zertifizierungsgesetzes erhöht sich der Beitrag bei monatlicher Zahlungsweise mindestens um 1,50 EUR, bei vierteljährlicher Zahlungsweise mindestens um 4,50 EUR, bei halbjährlicher Zahlungsweise mindestens um 9,00 EUR und bei jährlicher Zahlungsweise mindestens um 18,00 EUR.
6. Bei kapitalbildenden Lebensversicherungen und Risikoversicherungen werden die Erhöhungen nur solange durchgeführt, bis die Versicherungssumme insgesamt höchstens 500.000 EUR beträgt. Zudem darf die anfänglich versicherte Versicherungssumme maximal verdreifacht werden.

Bei Rentenversicherungen im Sinne des Altersvorsorgeverträge-Zertifizierungsgesetzes werden die Erhöhungen nur solange durchgeführt, bis der zu zahlende Beitrag pro Jahr insgesamt höchstens 2.100 EUR beträgt.

Bei Pflegerentenversicherungen werden die Erhöhungen nur solange durchgeführt, bis die Summe aller bei der INTER Lebensversicherung aG für den Pflegegrad III versicherten Pflegerenten pro Jahr insgesamt höchstens 30.000 EUR beträgt.

Bei Erwerbsunfähigkeitsversicherungen werden die Erhöhungen nur solange durchgeführt, bis die Summe aller bei der INTER Lebensversicherung aG abgeschlossenen Versicherungssummen hinsichtlich des Erwerbsunfähigkeitsrisikos insgesamt höchstens 250.000 EUR pro Jahr beträgt. Zudem darf die anfänglich versicherte Versicherungssumme maximal verdoppelt werden.

Bei Berufsunfähigkeitsversicherungen und bei Versicherungsverträgen mit eingeschlossener Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung werden die Erhöhungen nur solange durchgeführt, bis die Summe aller bei der INTER Lebensversicherung aG abge-

schlossenen Berufsunfähigkeitsrenten insgesamt höchstens 36.000 EUR pro Jahr beträgt. Bei Berufsunfähigkeitsversicherungen und Risikoversicherungen mit eingeschlossener Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung darf die anfänglich versicherte Berufsunfähigkeitsrente maximal verdoppelt werden.

Wenn durch eine Erhöhungsstufe eine dieser Grenzen überschritten wird, so werden diese und auch künftige Erhöhungen nicht mehr durchgeführt.

7. Bei Direktversicherungen erfolgen die Erhöhungen jedoch höchstens, bis die Summe der im folgenden Versicherungsjahr zu zahlenden Beiträge 4 % der zum Zeitpunkt der Erhöhung jeweils gültigen Beitragsbemessungsgrenze für die gesetzliche Rentenversicherung (West) erreicht hat. Hat die Summe der zu zahlenden Beiträge 4 % der am Anfang des Versicherungsjahres gültigen Beitragsbemessungsgrenze für die gesetzliche Rentenversicherung (West) erreicht, erfolgen die künftigen Erhöhungen gemäß der Steigerung dieser Beitragsbemessungsgrenze.
8. Bei Basisrentenversicherungen enden die Erhöhungen spätestens, wenn 50 % oder weniger des zu zahlenden Gesamtbruttobeitrages für die Hauptversicherung abzüglich des Beitragsteils für die Beitragsverrentung fällig wird.
9. Die Erhöhung der kapitalbildenden Lebensversicherung auf den Todes- und Erlebensfall mit Teilauszahlungen erfolgt nach dem entsprechenden Tarif ohne Teilauszahlungen. Der Ablauftermin der Erhöhungen entspricht dem Termin der letzten Teilauszahlung.

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt werden planmäßig Beiträge und Versicherungsleistungen erhöht?

1. Die Erhöhungen der Beiträge und der Versicherungsleistungen erfolgen jeweils zu dem Jahrestag des Versicherungsbeginns.
2. Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

§ 3 Wie wird die planmäßige Erhöhung berechnet?

1. Die Erhöhung der Versicherungsleistungen wird aus dem Erhöhungsbeitrag nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnermäßigen Alter (§ 1 Absatz 3.) der versicherten Person bzw. Personen, der restlichen Beitragszahlungs-, Versicherungs- und Leistungsdauer sowie einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag berechnet. Die Berechnung erfolgt nach den Rechnungsgrundlagen, die den zum jeweiligen Erhöhungszeitpunkt für den Neuzugang offenen Tarifen zugrunde gelegt werden.

Entsprechendes gilt für die Berechnung der Beitragserhöhung, wenn die Versicherungsleistungen um einen vereinbarten Prozentsatz angehoben werden.

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

2. Wenn Zusatzversicherungen eingeschlossen sind, werden ihre Versicherungsleistungen im selben Verhältnis wie die der Hauptversicherung erhöht.

§ 4 Unter welchen Voraussetzungen werden Erhöhungen wirksam?

1. Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen.
2. Unterbliebene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.
3. Sollten Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen ohne erneute Gesundheitsprüfung; es kann jedoch mit unserer Zustimmung neu begründet werden.
4. Ist in Ihrem Versicherungsvertrag eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen, erfolgen keine Erhöhungen, solange wegen Berufsunfähigkeit Ihre Beitragszahlungspflicht entfällt. Ebenso erfolgen bei Berufsunfähigkeitsversicherungen keine Erhöhungen, solange wegen Berufsunfähigkeit die Beitragszahlungspflicht entfällt.

Bei Erwerbsunfähigkeitsversicherungen erfolgen keine Erhöhungen mehr, wenn Leistungen aus der Erwerbsunfähigkeitsversicherung gezahlt werden.

Nach Wegfall der Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bzw. Berufsunfähigkeitsversicherung bzw. der Erwerbsunfähigkeitsversicherung hängt die Wiederaufnahme der Erhöhungen von dem Ergebnis einer Gesundheitsprüfung nach den für Neuabschlüsse geltenden Grundsätzen ab.

§ 5 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die planmäßige Erhöhung der Versicherungsleistungen?

1. Alle zu dem Versicherungsvertrag getroffenen Vereinbarungen, auch die Bezugsrechtsverfügung, gelten auch für die erhöhten Versicherungsleistungen.
2. Die planmäßige Erhöhung der Versicherungsleistungen setzt die Fristen des
 - § 6 und § 7 der Allgemeinen Bedingungen für die kapitalbildende Lebensversicherung bzw.

- § 6 und § 7 der Allgemeinen Bedingungen für die Risikoversicherung bzw.
 - des § 5 und § 6 der Allgemeinen Bedingungen für die Rentenversicherung bzw.
 - § 6 der Allgemeinen Bedingungen für die Erwerbsunfähigkeitsversicherung bzw.
 - § 7 der Allgemeinen Bedingungen für die Pfle-gerentenversicherung bzw.
 - § 6 der Allgemeinen Bedingungen für die Be-rufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bzw.
 - § 7 der Allgemeinen Bedingungen für die Be-rufsunfähigkeitsversicherung
nicht erneut in Lauf.
3. Hinsichtlich der Überschussbeteiligung wird jede einzelne Erhöhung wie eine selbständige Nachver-sicherung behandelt. Es gelten die Regelungen zur Überschussbeteiligung entsprechend den für die Erhöhungen jeweils gültigen Rechnungsgrundlagen (§ 3 Absatz 1. Satz 2).

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Vorbemerkung

Die an uns gestellten Anforderungen und Aufgaben zur korrekten, schnellen und wirtschaftlichen Führung von Vertragsverhältnissen können wir in der heutigen Zeit nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Gewährleistet ist damit als Fortschritt zu früheren manuellen Verfahren auch ein besserer Schutz Ihrer Daten.

Die Verarbeitung der uns anvertrauten Daten wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Datenverarbeitung und -nutzung ist zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat.

Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, daß das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluß der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihren Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden.

Sie gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch - außer in der Lebens- und Unfallversicherung - schon mit Ablehnung des Antrages oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf.

Wenn die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen wird, kommt es unter Umständen nicht zu einem Vertragsabschluß. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Verarbeitung und Nutzung von Daten im begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen - wie in der Vorbemerkung beschrieben - erfolgen.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Auch die Übermittlung von Daten, die ähnlich wie bei einem Arzt einem Berufsgeheimnis unterliegen, setzt Ihre spezielle Erlaubnis voraus. Deshalb enthalten unsere Antragsformulare in der Kranken-, Lebens- und Unfall- und Praxis-Ausfallversicherung auch eine Klausel zur Entbindung von der Schweigepflicht.

Wie verarbeiten und nutzen wir Ihre Daten?

1. Datenspeicherung

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag erforderlich sind, also zunächst Ihre Angaben im Antrag. Dazu kommen versicherungstechnische und vertragliche Daten wie Kundennummern, Versicherungssummen, Versicherungsdauern, Beiträge, Bankverbindungen sowie unter Umständen die Angaben Dritter. Dritte sind z.B. Vermittler, Sachverständige oder Ärzte.

Bei Versicherungsfällen speichern wir Ihre Angaben zum Schaden, erfolgte Auszahlungen (z.B. beim Ablauf einer Lebensversicherung) und ggf. auch wieder Angaben von Dritten (z.B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit).

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse der Versichertengemeinschaft achten wir auf die Auswahl der von uns übernommenen Risiken. Einen Teil des von uns übernommenen Risikos geben wir in vielen Fällen an Rückversicherer ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls versicherungstechnische Angaben von uns. Dazu gehören z.B. die Namen der Kunden, Beiträge, Arten des Versicherungsschutzes, Angaben über die Tarifierung (auch Zuschläge) sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien.

Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, stellen wir dazu auch die erforderlichen Unterlagen zur Verfügung. Manchmal bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer im In- und Ausland, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Im Versicherungsvertragsgesetz ist geregelt, daß Versicherungsnehmer und versicherte Person bei Antragstellung, Vertragsänderungen und im Leistungs- und Schadensfall alle Umstände, nach denen wir fragen, angeben müssen. Dazu gehören z.B. Vorerkrankungen und frühere Versicherungsfälle oder Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte) bei anderen Unternehmen.

Um Mißbrauch zu verhindern, Widersprüche aufzuklären oder Lücken bei der Feststellung entstandener Schäden und bei bereits erfolgten Leistungen zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer zu fragen und Auskünfte auf Anfragen zu erteilen.

Auch z.B. bei Doppelversicherung, gesetzlichem Forderungsübergang oder Teilungsabkommen kann der Austausch von personenbezogenen Daten mit anderen Versicherern erforderlich werden. Dabei werden Daten wie z.B. Name und Anschrift, Art des Versicherungsschutzes und Angaben über die Tarifierung (auch Risikozuschläge), Schadenhöhe und Schadentag weitergegeben.

4. Zentrale Hinweissysteme

Zur Prüfung von Anträgen, Schäden und Leistungen kann es um Mißbrauch zu verhindern und Widersprüche aufzuklären, erforderlich sein, beim zuständigen Fachverband bzw. anderen Versicherern nachzufragen oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Sinn und Zweck ist die Einschätzung, Aufklärung von Sachverhalten und Verhinderung von Versicherungsmißbrauch.

Dafür bestehen bei den Fachverbänden zentrale Hinweissysteme.

Hinweissysteme gibt es bei der Arbeitsgemeinschaft von Schadenversicherern zur Schadenabwicklung (AGA), beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. und beim Verband der privaten Krankenversicherung e.V. Die Aufnahme und Nutzung von Daten dieser Hinweissysteme erfolgt nur zu den Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur unter bestimmten Voraussetzungen.

Beispiele:

In der Lebensversicherung werden Sonderrisiken aufgenommen. Unter Sonderrisiken ist zu verstehen, daß ein Antrag von uns abgelehnt oder nicht zu normalen Bedingungen angenommen werden kann (z.B. Risikozuschlag) oder nachträglich durch Rücktritt oder Anfechtung aufgehoben werden muß. Meldungen erfolgen aus versicherungsmedizinischen Gründen aufgrund eigener Feststellungen und aufgrund der Auskünfte anderer Versicherer. Auch bei verweigerten Nachuntersuchungen oder Ablehnung eines geforderten Risikozuschlags erfolgt eine Meldung. Zweck des Systems ist die Risikoprüfung.

In der Unfallversicherung erfolgen Meldungen bei erheblicher Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht, bei Leistungsablehnungen wegen vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung im Schadenfall, wegen Vortäuschung von Unfällen oder Unfallfolgen, bei außerordentlicher Kündigung durch den Versicherer nach Erbringung von Leistungen oder Klageerhebung auf Leistung. Zweck des Systems ist die Risikoprüfung und Aufdeckung von Mißbrauch. In der Sachversicherung werden Schäden und Personen aufgenommen, wenn z.B. Brandstiftung vorliegt oder wenn aufgrund des Verdachts des Versicherungsmißbrauchs der Vertrag gekündigt wird und bestimmte Schadenssummen erreicht sind. Zweck sind die Risikoprüfung, Schadenaufklärung und die Verhinderung weiteren Mißbrauchs.

5. Datenverarbeitung in und außerhalb der Versicherungsgruppe

Die INTER Versicherungen untergliedern sich in die rechtlich selbständigen Unternehmen INTER Krankenversicherung aG, INTER Lebensversicherung aG, INTER Allgemeine Versicherung AG sowie die INTER KapitalvermittlungsgmbH.

Um unseren Kunden umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten wir in der Unternehmensgruppe zusammen.

Um Ihnen und uns z.B. bei der Datenverarbeitung und beim Beitragsinkasso Kosten zu sparen, werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert. So wird z.B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der INTER Versicherungen abschließen. Ihre Vertragsnummern, die Art Ihrer Verträge, Ihr Geburtsdatum, Ihre Bankverbindungen, allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten werden in einer zentralen Datensammlung geführt.

Dabei sind die sogenannten Partnerdaten (z.B. Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl) und bestehende Verträge von allen Unternehmen der INTER Versicherungen abfragbar. Auf diese Weise werden Posteingänge gleich richtig zugeordnet und Geldeingänge schnell verbucht; wenn Ihre Adresse von einer Stelle geändert wird, ist sie damit für alle Verträge bei jedem unserer Unternehmen aktualisiert.

Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen grundsätzlich nur von den jeweiligen Versicherungsunternehmen der Gruppe abfragbar.

Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz hier von "Datenübermittlung", bei der die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind.

Zur umfassenden Beratung und Betreuung in weiteren Finanzdienstleistungen, z.B. Kredite, Bausparverträge, Kapitalanlagen, Immobilienarbeiten wir und unsere Vermittler auch mit Kreditinstituten, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften außerhalb unserer Gruppe zusammen.

Die Zusammenarbeit besteht in der gegenseitigen Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. So vermitteln z.B. Kreditinstitute im Rahmen einer Kundenberatung/-betreuung Versicherungen als Ergänzung zu den eigenen Finanzdienstleistungsprodukten oder unsere Mitarbeiter vermitteln Finanzdienstleistungen unserer Kooperationspartner.

Datenübermittlung zwischen den INTER Versicherungen und Kooperationspartnern findet statt, wenn im konkreten Einzelfall

- a) durch den jeweiligen Kooperationspartner Versicherungsverträge für die INTER
- b) durch Mitarbeiter der INTER Finanzdienstleistungen für den Kooperationspartner angebahnt bzw. vermittelt wurden.

Unsere Kooperationspartner sind zum Zeitpunkt der Drucklegung:

ARAG Allgemeine Rechtsschutz - Versicherungs AG, Auxilia - Rechtsschutz - Versicherungs AG, BKM Bausparkasse Mainz AG, DA Deutsche Allgemeine Versicherung, DPK Deutsche Pensionskasse AG, FAMK Freie Arzt- und Medizinkasse, Gerling G & A, Gothaer Versicherungs AG, Helvetia Versicherungen, KPK Kölner Pensionskasse, Mecklenburgische Versicherung, Oyak Anker Bank, PCL Pro Consult Leasing AG, VHV Vereinigte Hannoverische Versicherung a.G., Victoria Versicherung AG, VIF Versicherungs- Immobilien & Finanzkontor Hagelstein & Co. GmbH, Winterthur-Garantie Deutsche Garantie- und Kautions-Versicherungs-AG sowie Zürich Versicherungen.

Für die Datenverarbeitung der vermittelnden Stellen gelten die folgenden Ausführungen unter Punkt 6.

6. Betreuung durch Versicherungsvermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten und im Rahmen der sonstigen (Finanz-) Dienstleistungsangebote der INTER Versicherungen und unserer Kooperationspartner werden Sie durch unsere Vermittler betreut. Vermittler sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften sowie im Rahmen der Zusammenarbeit bei Finanzdienstleistungen auch z.B. Kreditinstitute, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften.

Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler die für Ihre Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags-, Schadens- und Leistungsdaten, z.B. Vertragsnummern, Beiträge, Arten des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen. Von unseren Partnerunternehmen erhält er Angaben über andere finanzielle Dienstleistungen, z.B. Abschluß und Stand Ihres Bausparvertrages. Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Unsere Vermittler verarbeiten und nutzen diese personenbezogenen Daten zum Teil selbst zur Beratung und Betreuung und werden von uns über Änderungen kundenrelevanter Daten informiert. Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine Verschwiegenheitspflichten (z.B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem Bundesdatenschutzgesetz neben dem bereits erwähnten Widerrufsrecht ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer gespeicherten Daten.

Wenn Sie Fragen haben oder weitere Auskünfte und Erläuterungen möchten, wenden Sie sich bitte an unseren betrieblichen Datenschutzbeauftragten in unserer Hauptverwaltung in Mannheim. Dies gilt auch für die bei unseren Rückversicherern gespeicherten Daten.

Wichtiger Hinweis zur Beantwortung von Fragen des Versicherers im Zusammenhang mit dem Abschluss von Versicherungsverträgen

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

um über die Annahme Ihres Antrags auf Abschluss eines Versicherungsvertrags entscheiden oder ein verbindliches Angebot für den von Ihnen gewünschten Versicherungsschutz abgeben zu können, müssen wir das individuelle Risiko einschätzen. Zu diesem Zweck stellen wir Ihnen Fragen in Textform, die Sie bitte genau lesen und beantworten. Falsche oder unvollständige Angaben können den Bestand Ihres Vertrages und Ihren Versicherungsschutz gefährden. Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht und die Rechtsfolgen, die im Falle der Verletzung dieser Pflicht eintreten können, sind in §§ 19 – 22 des Versicherungsvertragsgesetzes geregelt. Bitte lesen Sie auch den umseitig abgedruckten Gesetzestext.

1. Welche vorvertragliche Anzeigepflicht besteht?

Sie erfüllen Ihre Anzeigepflicht, wenn Sie die gestellten Fragen vollständig und richtig beantworten. In Ihren Antworten müssen Sie nur das angeben, was Ihnen – und wenn ein Vertreter für Sie handelt, auch diesem – bekannt ist. Benötigen wir aufgrund Ihrer Angaben weitere Auskünfte, können wir Nachfragen an Sie richten. Wir können Sie auch bis zum Abschluss des Versicherungsvertrages danach fragen, ob zwischenzeitlich Risikoveränderungen eingetreten sind.

2. Welche Rechtsfolgen können eintreten, wenn die Anzeigepflicht verletzt wird?

Die Rechtsfolgen richten sich danach, ob die Anzeigepflicht unverschuldet oder schuldhaft verletzt wurde und welcher Grad des Verschuldens vorliegt. Machen Sie geltend, die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich verletzt zu haben, müssen Sie einen nur geringeren Verschuldensgrad oder fehlendes Verschulden nachweisen.

a) Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Anzeigepflichtverletzung können wir vom Vertrag zurücktreten. Versicherungsschutz besteht dann nicht, es sei denn die Anzeigepflichtverletzung ist weder für den Eintritt noch die Feststellung oder den Umfang der Leistungsverpflichtung ursächlich. Die Prämie gebührt uns bis zum Zugang der Rücktrittserklärung. Bei einer Lebensversicherung haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufwertes.

b) Kündigung

Bei einfach fahrlässiger oder unverschuldeter Anzeigepflichtverletzung sind wir unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zur Kündigung des Vertrages berechtigt. In der Krankenversicherung ist bei unverschuldeter Anzeigepflichtverletzung keine Kündigung möglich. Bei einer Lebensversicherung wandelt sich der Versicherungsvertrag in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

c) Vertragsänderung

Der Rücktritt wegen grob fahrlässiger Anzeigepflichtverletzung und die Kündigung wegen fahrlässiger oder unverschuldeter Anzeigepflichtverletzung sind ausgeschlossen, wenn wir bei Kenntnis von dem nicht angezeigten Umstand den Versicherungsvertrag zu anderen Bedingungen (z. B. mit Risikoausschluss oder gegen Prämienzuschlag) geschlossen hätten. Wir können verlangen, dass der Vertrag mit Wirkung ab Vertragsschluss entsprechend angepasst wird, im Fall der unverschuldeten Anzeigepflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode. Der Versicherungsschutz und der Prämienanspruch richten sich dann rückwirkend zu den genannten Zeitpunkten nach dem geänderten Vertragsinhalt. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen. In der Krankenversicherung ist bei unverschuldeter Anzeigepflichtverletzung keine Vertragsanpassung möglich.

d) Anfechtung

Bei arglistiger Täuschung sind wir zur Anfechtung des Versicherungsvertrags berechtigt, mit der Folge, dass dieser von Anfang an nichtig ist. Es besteht zu keinem Zeitpunkt Versicherungsschutz, eventuell erbrachte Versicherungsleistungen sind zurückzugewähren und die Prämie gebührt uns bis zum Zugang der Anfechtungserklärung.

3. Wann können wir keine Rechte wegen einer Anzeigepflichtverletzung geltend machen?

Wir können unsere Rechte nur innerhalb eines Monats ab Kenntnis von der Anzeigepflichtverletzung durch schriftliche Erklärung ausüben, bei Arglistanfechtung formfrei innerhalb eines Jahres. Wir müssen – außer bei Arglistanfechtung – alle Umstände innerhalb der Monatsfrist angeben, auf die wir unsere Rechtsausübung stützen. Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren (bei Krankenversicherungen: 3 Jahre) nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben. War uns die Anzeigepflichtverletzung oder der nicht angezeigte Umstand bei Vertragsschluss bekannt, können wir keine Rechte wegen Anzeigepflichtverletzung ausüben.

4. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung, der Arglistanfechtung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Erklärung des Kunden: Dieses Informationsblatt habe ich erhalten, bevor ich die Fragen nach den Gefahrumständen beantwortet habe.

Antrag/Angebotsanforderung vom (Datum): _____

Versicherungssparte: _____
(Unterschrift Kunde)

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz: §§ 19 – 22

§ 19 Anzeigepflicht

(1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

(3) Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

(4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

(5) Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

(6) Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 20 Vertreter des Versicherungsnehmers

Wird der Vertrag von einem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen, sind bei der Anwendung des § 19 Abs. 1 bis 4 und des § 21 Abs. 2 Satz 2 sowie Abs. 3 Satz 2 sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters als auch die Kenntnis und die Arglist 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.

§ 21 Ausübung der Rechte des Versicherers

(1) Der Versicherer muss die ihm nach § 19 Abs. 2 bis 4 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Der Versicherer hat bei der Ausübung seiner Rechte die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

(2) Im Fall eines Rücktrittes nach § 19 Abs. 2 nach Eintritt des Versicherungsfalles ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Die Rechte des Versicherers nach § 19 Abs. 2 bis 4 erlöschen nach Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf zehn Jahre.

§ 22 Arglistige Täuschung

Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt.