



SwissLife

Empfangsbestätigung

Swiss Life Risikoversicherung mit Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung

Bestätigung des Erhalts der folgenden Antragsunterlagen:

- ▶ **Antrag**
- ▶ **Ausdruck aus Vorschlagsprogramm EVA**
 - Unverbindliche Modellrechnung und unverbindliche normierte Modellrechnung
 - Vorvertragliche Informationen
- ▶ **Allgemeine Bedingungen**
 - Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz (VVS_EV_ANT_2008_01)
 - Allgemeine Bedingungen für die Risikoversicherung (AVB_EV_RIS_2008_01)
 - Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (AVB_EV_BUZ_2008_04)
 - Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Prämien und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung (Dynamik) (AVB_EV_DYN_2008_01)
- ▶ **Allgemeine Steuerinformationen** (STH_EV_KAP_2008_01)

Hiermit bestätige ich, die oben genannten Unterlagen vor Antragstellung erhalten zu haben.

Ort, Datum

Versicherungsnehmer/in (Antragsteller/in)

Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschrift und
Anschrift der gesetzlichen Vertreter

Bitte direkt schicken an:
Swiss Life
Niederlassung für Deutschland
Berliner Straße 85, 80805 München



Antrag auf Abschluss einer Swiss Life Risikolebensversicherung

bei der Schweizerischen Lebensversicherungs- und Rentenanstalt,
Niederlassung für Deutschland, „Swiss Life“ genannt.

Tarif Hauptversicherung

940/945 Abgekürzte Versicherung auf den Todesfall
(Risikolebensversicherung)

Tarif Zusatzversicherung

30/35 Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ)
40/45 Prämienbefreiung bei Berufsunfähigkeit

Dynamik Laufende Erhöhung der Prämien und – daraus be-
rechnet – der Versicherungsleistungen ohne erneute
Gesundheitsprüfung

Zusätzliche Hinweise zu den Tarifen finden Sie in den
„Ergänzenden Informationen“ und in Ihrer Schlusserklärung.

GP-Name						
FD	Aktionskennzeichen N	PE/GP-Nr.				

 Antrag auf Abschluss (Antragsmodell)
I. Am Vertrag beteiligte Personen
 Versicherungsnehmer/in Antragsteller/in

 zugleich zu versichernde Person
 zugleich Prämienzahler/in

Name, Vorname, Titel

Straße, Hausnummer

Postleitzahl Wohnort

Geburtsort

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)¹

Geburtsname

Fax (Angabe freiwillig)

Herr

Frau

ausgeübte Tätigkeit

Branche/Studiengang und Semester

E-Mail-Adresse/Internet-Adresse (Angabe freiwillig)

Staatsangehörigkeit

selbstständig

 ja

 nein

Telefon (Angabe freiwillig)

 Zu versichernde Person wenn nicht Antragsteller/in

Name, Vorname, Titel

Straße, Hausnummer

Postleitzahl Wohnort

Geburtsname

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)¹

Herr

Frau

ausgeübte Tätigkeit

Branche/Studiengang und Semester

Staatsangehörigkeit

selbstständig

 ja

 nein

Telefon (Angabe freiwillig)

II. Prämienzahler/in wenn nicht Antragsteller/in

Name, Vorname, Titel

Straße, Hausnummer

Postleitzahl Wohnort

Einzugsermächtigung bis auf Widerruf für folgendes inländisches Konto

Konto-Nr.

Bankleitzahl

Geldinstitut

III. Angaben gemäß Geldwäschegesetz²

Der Versicherungsnehmer handelt auf eigene Rechnung.

Falls keine Einzugsermächtigung vom Konto des Versicherungsnehmers erteilt ist:

Persönliche Identifizierung des Versicherungsnehmers erforderlich durch

 Personalausweis

 Reisepass

Nr.

ausstellende Behörde, gültig bis

 Der Versicherungsnehmer handelt für Rechnung von
Herrn, Frau, Firma, Verband

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

IV. Bezugsberechtigte falls Rangfolge gewünscht, bitte zusätzlich vermerken

A. Für Leistungen aus der BUZ ist die nachfolgend namentlich bezeichnete Person
(Name, Vorname, Geb.-Datum) bezugsberechtigt:

Sofern Sie an dieser Stelle kein Bezugsrecht festlegen, gilt der Versicherungsnehmer als bezugsberechtigt für die Leistungen der BUZ, sofern mitversichert.
B. Für die Todesfall-Leistungen ist die nachfolgend namentlich bezeichnete
Person (Name, Vorname, Geb.-Datum) bezugsberechtigt:

Sofern Sie an dieser Stelle kein Bezugsrecht festlegen, gilt der Ehepartner, mit dem der Versicherungsnehmer zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles verheiratet war, als bezugsberechtigt für die Todesfall-Leistungen.

V. Technische Daten der Versicherung

Versicherungsbeginn und -dauer (kein rückwirkender Versicherungsschutz)

01. . 200

Versicherungsdauer Jahre + Monate

siehe beigefügten, **unterschiedlichen** Vorschlag vom

Nachversicherungsgarantie³ ja nein (Achtung: Doppelte Risikosummen für ärztliche Untersuchungsgrenzen, Punkt VII.E., beachten!)

Hauptversicherung

Tarif 9 4
 Versicherungssumme bzw. Abrufsumme zum 1. Abruftermin , €
 Überschuss-System⁴

Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung

Karenzzeit⁵ Monate
 Versicherungsdauer⁶ Jahre + Monate
 Leistungsdauer⁷ Jahre + Monate
 Leistungsregelung Pauschalregelung (50%) abweichend: Staffelfregelung (25-75%)
 Überschuss-System⁴ für die BU-Rente Bonusrente (U) Prämienverrechnung (C)

Berufsunfähigkeitsrente (BU-Rente) Die Zahlung der BU-Renten erfolgt in monatlichen Raten.

Versicherungsdauer⁶ Jahre + Monate
 Leistungsdauer⁷ Jahre + Monate
 gar. BU-Rente pro Jahr , €
 Jahre + Monate Jahre + Monate , €
 Jahre + Monate Jahre + Monate , €

Dynamik⁸ Volldynamik, Form B mit 5% ja nein

Prämie⁹

1/1 1/2 1/4 1/12
 (bei unterjähriger Prämienzahlung gilt ein Zuschlag)
 Tarifprämie , € zzt. zu zahlende Prämie , €
 anteilige Tarifprämie , € anteilige zzt. zu zahlende Prämie , €
 Nur einzutragen bei anteiliger Erstprämie:

VI. Bei Einschluss einer BUZ: Besondere Risikofragen an die zu versichernde Person

Hinweis: Wir bitten Sie, jede Frage genau und vollständig zu beantworten. Bitte beachten Sie die Gesonderte Mitteilung zu den Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung gemäß §19 Abs. 5 VVG. Angaben, die Sie hier nicht machen wollen, müssen Swiss Life unverzüglich schriftlich angezeigt werden.

A. Immer zu beantworten

- Welche berufliche Ausbildung haben Sie?
- Sind Sie überwiegend körperlich tätig (zu mehr als 50%)?
- Für wie viele sozialabgabenpflichtige Mitarbeiter tragen Sie Personalverantwortung?
- Sind Sie angestellt und üben Sie zu mindestens 75% Bürotätigkeiten (Innendienst) aus?

Zutreffendes bitte ergänzen bzw. ankreuzen

Jahre Dauer der Ausbildung

ja nein

ja nein

B. Zu beantworten bei Einschluss von BU-Rente

Haben Sie bei anderen Gesellschaften Anspruch auf eine private oder betriebliche Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (z.B. BU-/EU-Rente) oder haben Sie in den letzten 12 Monaten Antrag auf Versicherungsschutz dieser Art gestellt?

ja nein Wenn ja, Höhe der Jahresrente und Namen der Gesellschaften

C. Überschreiten alle bestehenden und in den letzten 12 Monaten beantragten privaten und betrieblichen Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bei Swiss Life und anderen Versicherern zusammen 19.200 Euro Jahresrente (inkl. Bonusrente)?

- Angaben zum Beruf
 - Welche weiteren beruflichen Tätigkeiten haben Sie in den letzten 5 Jahren ausgeübt?
 - Bei Selbstständigen: Seit wann sind Sie selbstständig?
- Wie hoch sind neben der beantragten Rente die Jahresrenten im Falle der verminderten Erwerbsfähigkeit (z.B. BU-/EU-Renten) aus der 1., 2. und 3. Schicht? (Erwerbsminderungs-Rente aus gesetzlicher Rentenversicherung, Ansprüche aus berufsständischen Versorgungswerken, beamtenrechtlicher, betrieblicher, privater Versorgung usw.). Alle bestehenden und in den letzten 12 Monaten beantragten Renten sind anzugeben, nicht jedoch die mit diesem Formular beantragte! Felder ohne Eintrag werden mit Null gewertet.

ja nein Wenn ja, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen

gesetzliche – bitte in voller Höhe eintragen, angerechnet wird die Hälfte, max. 7.200 Euro €
 berufsständische, beamtenrechtliche, private Rürup- und Riester-Versorgung €
 betriebliche (z.B. Direktversicherung, Pensionszusage, Unterstützungskasse) €
 private (3. Schicht) €

- Wie hoch ist Ihr jährliches Nettoeinkommen?
 (Bei Selbstständigen gilt als Nettoeinkommen der durchschnittliche Gewinn der letzten 3 Jahre nach Steuern. Wird die selbstständige Tätigkeit noch keine 3 Jahre ausgeübt, geben Sie bitte das Nettoeinkommen getrennt nach selbstständiger Tätigkeit und vorangehender Tätigkeit an.)
 Einkommensnachweise bitte immer bei BU-/EMI Plus Jahresrenten über 31.200 Euro (beantragte + bei Swiss Life bestehende) einreichen!

€

Versicherungsnehmer

Antrag Nr.

VII. Fragen an die zu versichernde Person

Hinweis: Wir bitten Sie, jede Frage genau und vollständig zu beantworten. Bitte beachten Sie die Gesonderte Mitteilung zu den Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung gemäß §19 Abs. 5 VVG. Angaben, die Sie hier nicht machen wollen, müssen Swiss Life unverzüglich schriftlich angezeigt werden.

Wir haben uns im Rahmen einer freiwilligen Selbstverpflichtung verpflichtet, den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung eines prädiagnostischen Gentests abhängig zu machen. Auch bereits vorliegende Befunde aus prädiagnostischen Gentests müssen bei allen Arten von Lebensversicherungen erst ab einer Versicherungssumme von 250.000 Euro bzw. Jahresrente von 30.000 Euro (Summe aus allen bestehenden und beantragten Versicherungen bei Swiss Life und anderen Lebensversicherern) offen gelegt werden. Unter einem „prädiagnostischen Gentest“ verstehen wir dabei die Untersuchung des Erbmateriells eines Gesunden auf die Veranlagung für eine bestimmte Krankheit. Sämtliche beantragten und bestehenden Versicherungen bei privaten Versicherungsunternehmen werden bei den genannten Summengrenzen berücksichtigt.

A. Allgemeine Fragen

1. Werden besondere Vereinbarungen gewünscht?
Welche? (Bitte genaue Angaben über Umfang und Dauer der gewünschten Vereinbarung)

Zutreffendes bitte ergänzen bzw.
ankreuzen

ja nein

Versicherungsnummer, falls bekannt

2. Vorversicherungen bzw. weitere Anträge bei Swiss Life

B. Fragen zur persönlichen Situation

1. Wurden in den letzten 5 Jahren Anträge auf Lebens-, oder Berufs-/Erwerbsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherungen zu erschwerten Bedingungen angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt, bzw. sind noch nicht endgültig entschieden?
2. Sind Sie besonderen Gefahren im Beruf (z.B. Flugrisiko, Chemikalien, radioaktive Stoffe/Strahlen, Aufenthalt in Krisengebieten) bei Sport oder Hobby (z.B. Flugrisiko/Gleitschirmfliegen/Fallschirmspringen, Rennfahren, Bergsteigen, Tauchen, Extremsportarten, Kampfsportarten oder organisierten sportlichen Wettbewerben) ausgesetzt?
3. Beabsichtigen Sie innerhalb der nächsten 12 Monate länger als 3 Monate in ein außereuropäisches Land zu reisen?
Wann, wohin, wie lange, aus welchem Grund und wie sind Sie dort untergebracht?
4. Besteht ein körperliches Gebrechen, ein Organfehler, eine angeborene Erkrankung, eine Erwerbsminderung (MdE), eine Wehrendienstbeschädigung (WDB) oder eine Schwerbehinderung (GdB)? Wenn ja, aufgrund welchen Leidens? (Bitte Kopie des Bescheids und der Unterlagen über Art der Rente und Erkrankung beifügen)
5. Beziehen, bzw. bezogen Sie eine Rente aus gesundheitlichen Gründen oder wegen eines Unfalls oder ist eine Rente aus gesundheitlichen Gründen beantragt? (Bitte Kopie des Bescheids und der Unterlagen über Art der Rente und Erkrankung beifügen)
6. Körpergröße in cm Gewicht in kg
7. Wer ist Ihr Hausarzt, bzw. welcher Arzt ist über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten informiert?

ja nein

Wenn ja, warum und bei welcher Gesellschaft? Bitte unter D. angeben

ja nein

Wenn ja, welchen?

ja nein

Wenn ja: Wann, wohin, wie lange, Grund und Unterbringung?

ja nein

Wenn ja: Aufgrund welchen Leidens?

ja nein

Name

vollständige Anschrift/Fachrichtung

C. Versicherung ohne ärztliche Untersuchung (Wenn eine der Gesundheitsfragen mit Ja beantwortet wird, bitte unter D. angeben)

Hinweis: Bitte geben Sie bei den folgenden Fragen sämtliche Beschwerden und Krankheiten an. Die aufgeführten Beispiele dienen nur der Veranschaulichung. Sie sind nicht abschließend.

1. Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt?
2. Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 10 Jahre Betäubungsmittel oder Drogen ein?
3. Werden oder wurden Sie innerhalb der letzten 10 Jahre wegen der Folgen des Konsums von Alkohol, Betäubungsmittel oder Drogen beraten oder behandelt?
4. Haben Sie innerhalb der letzten 10 Jahre einen Selbsttötungsversuch unternommen?
5. Haben in den letzten 10 Jahren Krankenhaus-, Rehabilitations-, Kuraufenthalte oder ambulante Operationen stattgefunden oder sind solche derzeit ärztlich empfohlen oder beabsichtigt?
6. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden:
- a) des **Herzens** oder des **Kreislaufs** (z.B. Hypertonie [Bluthochdruck], Herzinfarkt, Venenleiden, Thrombose, Schlaganfall)?
- b) der **Lunge, Bronchien, Zwerchfell** (z.B. chronische Bronchitis, Asthma, Atemwegsprobleme)?
- c) an **Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber** (z.B. Magengeschwür, erhöhte Leberwerte)?
- d) an **Harn- und Geschlechtsorganen** (z.B. Nieren, Blase, Prostata, Unterleib, Brust)?
- e) des **Stoffwechsels** (z.B. Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhung, Gicht, Funktionsstörung der Schilddrüse)?
- f) der **Blut bildenden Organe, Blut- oder Tumorerkrankungen** (z.B. Krebs, Anämie, Leukämie)?
- g) akute oder chronische **Infektionen** (z.B. Malaria, Hepatitis, Borreliose)?
- h) der **Psyche** (z.B. Angststörung, Erschöpfungssyndrom und psychosomatische Störung, Burn-Out-Syndrom, Depression, Essstörung)?
- i) des **Gehirns oder Nervensystems** (z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose, Migräne)?
- j) der **Wirbelsäule, Bandscheibe** (z.B. Hexenschuss, Ischias, Bandscheibenvorfall, Wirbelsäulenverkrümmung)?
- k) der **Knochen, Gelenke, Bänder, Sehnen** (z.B. Verschleißerkrankung, rheumatische Beschwerden oder Knieverletzung)?
- l) der **Haut, Allergien** (z.B. Heuschnupfen, Neurodermitis, (Kontakt-)Ekzem, Schuppenflechte)?
- m) der **Augen** (z.B. Sehhörung, Fehlsichtigkeit von mehr als 7 Dioptrien, erhöhter Augendruck, grauer/ grüner Star)?
- n) der **Ohren** (z.B. Tinnitus, vermindertes Hörvermögen)?
7. Sind oder waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahre in ambulanter Behandlung von Ärzten, Heilbehndlern, Therapeuten oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (z.B. Psychologen, Krankengymnasten, Heilpraktikern, Psycho-/Physiotherapeuten)?
8. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren in festen zeitlichen Abständen (z.B. täglich, monatlich oder vierteljährlich) apothekenpflichtige Arzneimittel zu sich?
9. Waren Sie in den letzten 3 Jahren mehr als 10 Kalendertage ununterbrochen erkrankt/arbeitsunfähig?

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

D. Wenn eine der Gesundheitsfragen (C.) mit **Ja** beantwortet wird, sind Angaben zu Art und Dauer der Erkrankung, Untersuchung, Behandlung, Ergebnis der Untersuchung bzw. Behandlung sowie die Arzt-/Heilbehandler-/Therapeuten-Anschrift erforderlich. Ausführliche Erläuterungen ersparen Rückfragen.

Zu Frage Nr.	Weswegen? Bitte geben Sie an: Art, Verlauf, Folge z.B. Krankheit, Verletzung, Ergebnis der Untersuchung?	Wann? Wie oft? Wie lange?	Name der behandelnden Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser, Kuranstalten mit Anschrift.

Da der zur Verfügung stehende Platz nicht ausreicht, ist ein gesondertes Blatt beigelegt, das vom Versicherungsnehmer/in und der zu versichernden Person unterschrieben ist.

E. Versicherung mit ärztlicher Untersuchung

(Bei einer Risikosumme ab 250.001 Euro oder einer BU- bzw. EMI Plus Rente ab 30.001 Euro; jeweils inkl. bestehender Versicherungen bei Swiss Life)

Die Untersuchung findet statt bei (Name, Anschrift bitte bei B.7. eintragen)

VIII. Entbindung von der Schweigepflicht

Hinweis zur Schweigepflichtentbindung

Aufgrund der Vielzahl denkbarer Fallgestaltungen ist es nicht möglich, bereits zum jetzigen Zeitpunkt alle erforderlichen Informationsquellen im Voraus aufzuzeigen, auf die es bei der Prüfung Ihres Versicherungsantrags ankommen kann. Deshalb haben wir in Ziffer 1 eine pauschale Schweigepflichtentbindung beigelegt, um eine in Ihrem Interesse zügige Informationsgewinnung gewährleisten zu können.

Alternativ steht es Ihnen selbstverständlich jederzeit frei, für jedes Auskunftersuchen eine Einzelermächtigung zu erteilen, die wir dann für jede Einzelanfrage bei Ihnen gesondert einfordern, vgl. hierzu Ziffer 2. Diese Vorgehensweise kann zu zeitlichen Verzögerungen bei der Bearbeitung Ihres Antrags führen und verursacht aufgrund des besonderen Aufwands zusätzliche Kosten.

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung meines Versicherungsantrags grundsätzlich die Angaben überprüft, die ich im Rahmen der Antragstellung mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen ergeben. Vor dem Hintergrund obiger Ausführungen erkläre ich Folgendes:

1. Pauschale Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht:

Ich ermächtige die Schweizerische Lebensversicherungs- und Rentenanstalt (nachfolgend Swiss Life genannt), zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meine Gesundheitsverhältnisse gemachten Angaben alle Ärzte, Krankenhäuser und sonstigen Krankenanstalten, bei denen ich in Behandlung war oder sein werde, Pflegeheime und Pflegepersonen, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden sowie andere Personenversicherer über meine Gesundheitsverhältnisse in der Vergangenheit bis zur Antragsannahme und die Gesundheitsverhältnisse in den nächsten 5 Jahren nach der Antragsannahme zu befragen. Swiss Life darf auch Ärzte, die die Todesursache feststellen, und die mich im letzten Jahr vor meinem Tod untersuchen oder behandeln werden, sowie Behörden über die Todesursachen oder die Krankheiten, die zum Tode geführt haben, befragen. Insoweit entbinde ich alle, die hiernach befragt werden, von der Schweigepflicht, auch über meinen Tod hinaus.

Über erforderliche Anfragen sowie das Widerspruchsrecht informieren wir Sie gesondert vorab.

Die o.g. Ermächtigung und Entbindung von der Schweigepflicht gilt auch für die im Antrag angegebenen Ärzte, Krankenhäuser und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheime und Pflegepersonen, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden sowie andere Personenversicherer. Wir unterrichten Sie hiermit gemäß §213 Abs. 2 VVG davon, dass wir diese zur Abklärung der gesundheitlichen Situation befragen. Sie haben die Möglichkeit, dieser Befragung zu widersprechen. Sollten Sie mit dieser nicht einverstanden sein, lassen Sie uns dies bitte möglichst umgehend wissen.

2. Individuelle Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht:

Mit der pauschalen Schweigepflichtentbindungserklärung gemäß Ziffer 1 besteht kein Einverständnis. Vor diesem Hintergrund gebe ich folgende Erklärungen ab:

Ich werde, sofern ich von Swiss Life hierzu konkret aufgefordert werde, im Einzelfall schriftlich erklären, ob und inwieweit ich die unter Ziffer 1 näher benannten Personen von ihrer Schweigepflicht entbinde. Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zur Verzögerung der Antragsbearbeitung oder gar zur Ablehnung des Versicherungsantrags führen kann, sollte aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Antragsprüfung durch Swiss Life nicht oder nicht vollständig möglich sein. Für jede entsprechende Schweigepflichtentbindung kann Swiss Life eine angemessene Kostenbeteiligung in Höhe von **jeweils 5,00 Euro** von mir verlangen. Vor obigem Hintergrund wünsche ich eine individuelle Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht.

Swiss Life darf Ärzte, die die Todesursache feststellen, und die mich im letzten Jahr vor meinem Tod untersuchen oder behandeln werden, sowie Behörden über die Todesursachen oder die Krankheiten, die zum Tode geführt haben, befragen. Insoweit entbinde ich alle, die hiernach befragt werden, von der Schweigepflicht auch über meinen Tod hinaus.

Hiermit entbinde ich bereits jetzt die im Antrag angegebenen Ärzte, Krankenhäuser und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheime und Pflegepersonen, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden sowie andere Personenversicherer von der Schweigepflicht und ermächtige Swiss Life, diese zu den Gesundheitsverhältnissen zu befragen.

Falls von Ihnen keine der beiden in Ziffer 1 und 2 dargestellten Möglichkeiten ausgewählt wurde, gilt die pauschale Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht gemäß Ziffer 1.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise zu widerrufen.

IX. Unterschriften

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite die verbindliche „Schlusserklärung von Versicherungsnehmer/in und der zu versichernden Person“. Diese Erklärung enthält u.a. Informationen zu den Regeln der Kostenverrechnung, insb. des Vertragsabschlusses (F.) und zum Widerrufsrecht (B.) sowie zum Datenschutz (E.). Sie machen mit Ihrer Unterschrift die **Schlusserklärung zum Inhalt dieses Antrags. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie auch, die Gesonderte Mitteilung zu den Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG gelesen und beachtet zu haben. Beachten Sie zusätzlich die „Ergänzenden Informationen“, die zu diesem Vertrag gehören.**

Für den Fall, dass mich/uns ein Versicherungsmakler beraten hat, bevollmächtige/n ich/wir den Versicherungsmakler, die Vertragsbestimmungen und Informationen nach § 7 Abs. 1 VVG und §§ 1–4 VVG-InfoV mit Wirkung für mich entgegenzunehmen.

Ort

Datum

zu versichernde Person

Versicherungsnehmer/in

bei Minderjährigen zusätzlich Unterschrift und Anschrift der gesetzlichen Vertreter

Datum, Unterschrift des Kontoinhabers (wenn nicht Versicherungsnehmer/in)

Der Antrag wurde **unverändert** nach den Angaben des Kunden zu den Risikofragen von mir persönlich ausgefüllt.

Die Risikofragen hat der Kunde selbst gelesen und ausgefüllt.

Der Antrag ist in meiner Gegenwart unterschrieben worden.

Ich bestätige zusätzlich die Richtigkeit der Angaben zum Geldwäschegesetz.

Vermittler/in

Original: direkt an VN direkt an Vermittler/in direkt an FD

Kopie: an VN an Vermittler/in an FD

Gesonderte Mitteilung zu den Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung gemäß §19 Abs. 5 VVG

Für unsere Entscheidung, mit Ihnen diese/n Vertrag oder Vertragsänderung in der vereinbarten Form zu schließen, ist es notwendig, dass wir alle Aspekte zu Ihrer Gesundheit, Ihrem Beruf, Ihrem Hobby, Ihrem Einkommen usw., nach denen wir Sie fragen, kennen.

Bitte beachten Sie, dass dieser Hinweis für **alle** Ihre Angaben gilt, die Sie dazu bis zu unserer endgültigen Entscheidung machen, also auch für den Fall etwaiger Nachfragen.

Wir weisen Sie darauf hin, dass es schwerwiegende Folgen haben kann, wenn Sie uns falsche oder unvollständige Angaben machen. Die Rechtsfolgen richten sich nach dem Grad Ihres Verschuldens. Bei einer vorsätzlichen Anzeigepflichtverletzung besteht ein Rücktrittsrecht. Ein solches besteht auch im Falle einer grob fahrlässigen Anzeigepflichtverletzung, es sei denn, bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände wäre der Vertrag mit anderen Bedingungen geschlossen worden; in diesem Fall werden diese auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Liegt weder eine vorsätzliche noch grob fahrlässige Anzeigepflichtverletzung vor, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen, es sei denn, der Vertrag wäre bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände mit anderen Bedingungen geschlossen worden; in diesem Fall werden diese auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil, bei einer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode.

Unsere Leistungspflicht bei einem bereits eingetretenen Leistungsfall kann damit ausgeschlossen sein.

Schlussklärung von Versicherungsnehmer/in und der zu versichernden Person (bitte sorgfältig lesen)

A. Verantwortlichkeit für den Antrag

Die Antragsfragen sind nach bestem Wissen und Gewissen richtig und vollständig beantwortet. Falsche oder unvollständige Angaben können schwerwiegende Folgen haben. Bitte beachten Sie die Informationen im Gesonderten Hinweis auf die Rechtsfolgen der Anzeigepflichtverletzung. Die Fragen im Antrag habe ich selbst beantwortet bzw. wurden nach meinen Angaben durch die Vermittler ausgefüllt. Nebenabreden sind zwingend auf dem Antrag zu vermerken.

B. Widerrufsrecht

Der Versicherungsvertrag wird auf Grundlage des Versicherungsscheins und ggf. der Nachträge zum Versicherungsschein, einschließlich der Versicherungsbedingungen sowie der weiteren Informationen (§§7 und 8 Versicherungsvertragsgesetz VVG) geschlossen, wenn Sie als Versicherungsnehmer(in) nicht innerhalb von 30 Tagen in Textform (das heißt schriftlich durch Brief, Fax oder per E-Mail mit Namensnennung) widerrufen. Mit dem Widerruf erlischt der Vertrag von Beginn an. Der Versicherungsschutz entfällt. Bezahlte Prämien werden zurückerstattet.

Der Lauf der Widerrufsfrist beginnt erst nach Erhalt der genannten vollständigen Unterlagen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an unser Unternehmen:

Schweizerische Lebensversicherungs- und Rentenanstalt Niederlassung für Deutschland

Berliner Straße 85
80805 München
Fax: 089/38109-4405
E-Mail: info@swisslife.de

C. Antragsdurchschrift

Eine Durchschrift des Antrags ist mir nach dessen Unterzeichnung sofort auszuhandigen.

D. Versicherungsbedingungen

Es gilt deutsches Recht. **Der vorläufige Versicherungsschutz ist befristet** und wird im Rahmen der bei Swiss Life hierzu geltenden Bedingungen gewährt; Voraussetzung ist u.a., dass der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als 2 Monate nach der Unterzeichnung des Antrags liegt. Haben Sie einen Antrag auf Abschluss eines Lebensversicherungsvertrags gestellt, werden die Versicherungsbedingungen und Produktinformationen bei Antragstellung ausgehändigt.

E. Datenschutz

Ich willige ein, dass Swiss Life im erforderlichen Umfang Daten aus dem Antrag oder der Vertragsdurchführung (Risiko- und Vertragsangaben, Prämien, Versicherungsfälle) an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittle. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrags sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungen und bei künftigen Anträgen. Ich willige ferner ein, dass Swiss Life und von ihr eingeschaltete Dienstleistungsunternehmen meine Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen, verarbeiten und an die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies zur sachgerechten Förderung und Verwaltung meiner Versicherungsangelegenheiten erforderlich ist. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittle werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist. Auf Wunsch erhalte ich ein Merkblatt zur Datenverarbeitung.

F. Kostenverrechnung

Die Verrechnung der Kosten nach den Regeln der Versicherungsmathematik (Zillmerung), insbesondere für den Abschluss, erfolgt aus den Prämien der ersten Jahre.

G. Rückvergütung/Prämienfreistellung

Eine Kündigung oder Prämienfreistellung kann frühestens zum Ende des 1. Versicherungsjahres erklärt werden. Kündigung oder Prämienfreistellung zum Ende des 1. Jahres oder in den ersten Jahren danach führen zu erheblichen **wirtschaftlichen Nachteilen**. Bei Kündigung fällt keine oder nur eine geringe Rückvergütung an. Gleiches gilt für die Bildung einer prämienfreien Summe.

Wichtiger Hinweis!

Vermittler für Swiss Life sind nicht berechtigt, Gebühren zu erheben und Prämien anzunehmen. Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei demselben oder einem anderen Unternehmen ist für den Kunden im Allgemeinen unzumutbar und für beide Unternehmen unerwünscht.

Beschwerdestelle

Falls Sie eine Beschwerde haben sollten, stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung. Wir werden alles tun, um Sie zufrieden zu stellen. Sollte uns dies nicht gelingen, können Sie sich an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden: Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn. Daneben ist Swiss Life Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V. Damit ist ein besonderer Service eröffnet, den unabhängigen und neutralen Ombudsmann in Anspruch zu nehmen, wenn Sie mit einer Entscheidung einmal nicht einverstanden sein sollten. Das Verfahren ist für Sie kostenfrei:

Verbraucherombudsmann e.V., Postfach 080632, 10006 Berlin, Tel.: 01804/224424, Fax: 01804/224425. E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Sicherungsfonds

Swiss Life ist Mitglied im Sicherungsfonds.

Ergänzende Informationen

Die nachstehenden Hinweise sind allgemeiner Art. Verbindlich ist der Inhalt des Versicherungsscheins.

1 Eintrittsalter

Die Kalkulation des Vertrags beruht auf dem versicherungstechnischen Eintrittsalter der versicherten Person. Dieses kann vom tatsächlichen Lebensalter abweichen, da für die Berechnung der Geburtstag maßgebend ist, der dem technischen (d.h. dem beantragten) Versicherungsbeginn näher liegt. D.h., wir legen das nächst höhere Lebensalter zugrunde, wenn der technische Versicherungsbeginn mindestens 6 Monate nach dem letzten Geburtstag der versicherten Person liegt.

2 Angaben gemäß Geldwäschegesetz

Der wirtschaftlich Berechtigte ist immer zu erfragen. Er kann auch der unwiderrüflich Bezugsberechtigte oder z.B. der Abtretungsgläubiger sein. Die vollständige Anschrift des wirtschaftlich Berechtigten ist zu erfassen, wenn er nicht der Antragsteller/Versicherungsnehmer ist. Ist der Antragsteller eine Firma, so muss die für die Firma handelnde Person identifiziert werden (z.B. Geschäftsführer, Personalsachbearbeiter). Handelt der Antragsteller (aufretende Person) für eine nicht rechtsfähige Vereinigung (z.B. nicht eingetragener Verein), sind der Name der Vereinigung sowie Name und Anschrift eines ihrer Mitglieder einzutragen. Die Identifizierung des Antragstellers ist zusätzlich immer vorzunehmen, wenn die Prämien nicht von einem inländischen Konto des Versicherungsnehmers eingezogen werden. Die Angaben zum Geldwäschegesetz müssen vom Vermittler bestätigt werden.

3 Nachversicherungsgarantie

Bei Heirat, Scheidung, Geburt oder Adoption eines Kindes, bei Darlehensaufnahme für die selbst genutzte Immobilie oder den gewerblichen Bereich, bei einem Karrieresprung sowie bei Reduzierung von Versorgungsansprüchen der gesetzlichen Rentenversicherung und vergleichbarer Versorgungssysteme können die versicherten Leistungen unabhängig voneinander ohne erneute Gesundheitsprüfung um insgesamt bis zu 100% der ursprünglichen Versicherungsleistungen erhöht werden, sofern die verbleibende Vertragsdauer noch mindestens 20 Jahre beträgt. Die Erhöhung muss mindestens 100 Euro monatlicher Rente bei Berufsunfähigkeit bzw. mindestens 5.000 Euro für den Todesfallschutz der Hauptversicherung betragen. Einzelheiten stehen in den allgemeinen Versicherungsbedingungen des jeweiligen Tarifs. Bitte beachten Sie die steuerlichen Grenzen.

Grundlage für die Risikoprüfung ist die doppelte beantragte Risikosumme. Durch Vereinbarung der Nachversicherungsgarantie sind daher ggf. zusätzliche Risikofragen in diesem Antrag zu beantworten.

4 Überschussbeteiligung

Die Höhe einer Überschussbeteiligung kann nicht garantiert werden. Insbesondere sind Anpassungen bei niedrigen Kapitalmarktzinsen, erhöhten Risiken (z.B. längere statistische Lebenserwartung, steigende Schadenquote) und steigenden Verwaltungskosten möglich.

Risikoversicherung:

Es stehen 2 Systeme zur Wahl:

T = Todesfallbonus

R = Prämienverrechnung

Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung:

Vor Eintritt des Versicherungsfalls:

Prämienbefreiung: Prämienverrechnung (C)

BU-Rente: Prämienverrechnung (C) oder Bonusrente (U)

Nach Eintritt des Versicherungsfalls werden Überschüsse zur Bildung einer zusätzlichen, prämienfreien und steigenden Berufsunfähigkeitsrente verwendet.

5 Karenzzeit

Ein erstmaliger Anspruch auf Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ) entsteht mit dem Beginn des Kalendermonats nach Eintritt der Berufsunfähigkeit und nach Ablauf der vereinbarten leistungsfreien Kalendermonate (Karenzzeit). Entspricht die Leistungsdauer der Versicherungsdauer und tritt der Versicherungsfall der BUZ nicht ein, endet die Prämienzahlungspflicht für die BUZ bei einer Karenzzeit von 12 und 18 Kalendermonaten 1 Jahr vor Ablauf der Versicherungsdauer, bei einer Karenzzeit von 24 Kalendermonaten 2 Jahre vor Ablauf der Versicherungsdauer.

6 Versicherungsdauer

Die Versicherungsdauer bezeichnet den Zeitraum ab Versicherungsbeginn bis zu dem ein Versicherungsfall spätestens eintreten muss, damit ein Leistungsanspruch entstehen kann.

7 Leistungsdauer

Die Leistungsdauer beschreibt den Zeitraum, für den aus der BUZ Leistungen längstens erbracht werden können. Eine vereinbarte Karenzzeit mindert die Leistungsdauer.

8 Dynamik

Die Erhöhungen der Prämie und der Versicherungsleistungen – sofern vereinbart – erfolgen jährlich zu Beginn eines Versicherungsjahres. Die erste Erhöhung erfolgt erst zu Beginn des übernächsten Versicherungsjahres, falls der Versicherungsschein innerhalb der letzten 2 Kalendermonate vor Ablauf eines Versicherungsjahres erstellt wird oder der Vertrag mit einem Rumpfbeginnjahr beginnt. **Der Umfang der Erhöhung errechnet sich aus der Erhöhungsprämie und u.a. dem dann erreichten Eintrittsalter.**

Es werden bei **Volldynamik** die Versicherungsleistungen der Haupt- und Zusatzversicherungen erhöht.

Die Erhöhung der Prämie erfolgt bei **Form B** um einen festen Prozentsatz von 5%.

9 Prämie

In Abhängigkeit von der Prämienzahlungsweise erhöht sich die Jahresprämie um ca. 2% (bei halbjährlicher), 3% (bei vierteljährlicher) oder 4% (bei monatlicher Prämienzahlung). Die Inkassoprämie ist die um Vergünstigungen und/oder verrechnete Überschussanteile (s. Hinweise bei Nr. 4) verminderte Tarifprämie. Bei Wegfall der Voraussetzungen für die Vergünstigungen oder bei Verringerung der Überschussanteile erhöht sich die zzt. zu zahlende Prämie. Bei nicht rechtzeitiger Prämienzahlung kann ein Zinsausgleich gefordert werden.

Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz

Einzelversicherung
Stand: 01.2008

2

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

mit den nachfolgenden Bedingungen wenden wir uns an Sie als Antragsteller und künftigen Versicherungsnehmer.

Zur besseren Lesbarkeit erfolgen Personenbezeichnungen in der Einzahl, auch wenn mehr als eine Person angesprochen sein könnte. Alle Personen- und Funktionsbezeichnungen beziehen sich in gleicher Weise auf Frauen und Männer.

Um Ihnen das Lesen der Allgemeinen Bedingungen zu erleichtern, erläutern wir Ihnen wichtige Begriffe.

Bezugsberechtigter

Vom Versicherungsnehmer gegenüber Swiss Life schriftlich festgelegter Empfänger der Versicherungsleistung.

Prämie

Prämie ist hier die rechtlich korrekte Bezeichnung für Beitrag.

Versicherte Person

Person, auf dessen Leben der Versicherungsschutz besteht.

Versicherungsnehmer

Versicherungsnehmer ist der Antragsteller für die Versicherung.

Inhaltsverzeichnis

1	Versicherungsschutz und Leistungen	3
1.1	Wann beginnt der vorläufige Versicherungsschutz?	3
1.2	Was ist vorläufig versichert?	3
1.3	Welche Leistungen sind versichert?	3
1.4	Unter welchen Voraussetzungen besteht ein vorläufiger Versicherungsschutz?	3
1.5	Wann endet der vorläufige Versicherungsschutz?	4
2	Prämienzahlung	4
2.1	Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?	4
3	Ausschlüsse	4
3.1	In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?	4
4	Weitere Bestimmungen	5
4.1	Treten bei Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung die Hauptversicherung und sonstige Zusatzversicherungen in Kraft?	5
4.2	Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?	5

1. Versicherungsschutz und Leistungen

1.1 Wann beginnt der vorläufige Versicherungsschutz?

Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Zeitpunkt, an dem Ihr Antrag bei unserer Niederlassung oder einer unserer Geschäftsstellen eingeht.

1.2 Was ist vorläufig versichert?

1.2.1 Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich auf folgende Leistungen, soweit sie beantragt sind:

- Todesfall-Leistung der Hauptversicherung und der Todesfall-Zusatzversicherungen,
- Leistungen der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (Prämienbefreiung und gegebenenfalls Berufsunfähigkeitsrente),
- Leistungen der Erwerbsminderungs-Zusatzversicherung (Prämienbefreiung und gegebenenfalls Erwerbsminderungsrente).

1.2.2 Wann Berufsunfähigkeit vorliegt, wird in den Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung festgelegt. Wann Erwerbsminderung vorliegt, wird in den Bedingungen für die Erwerbsminderungs-Zusatzversicherung festgelegt.

1.3 Welche Leistungen sind versichert?

1.3.1 Versicherungsschutz besteht in Höhe der beantragten Versicherungsleistungen, soweit die im Folgenden genannten Grenzen nicht überschritten werden.

1.3.2 Todesfall-Leistungen aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes sind auf höchstens 100.000 Euro begrenzt, auch wenn höhere Leistungen beantragt wurden. Werden aus mehreren Tarifen (Haupt- und Zusatzversicherungen) oder aus mehreren auf das Leben derselben Person beantragten Versicherungen Todesfall-Leistungen fällig, so werden diese im gleichen Verhältnis so herabgesetzt, dass der Gesamtbetrag von 100.000 Euro nicht überschritten wird.

Dabei werden Überlebenszeitrenten mit 2/3 der zukünftigen Rentensumme und Leibrenten aus Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherungen mit der 10fachen Jahresrente bewertet.

1.3.3 Bei Berufsunfähigkeit gelten diese Regeln entsprechend. Die Höchstrente bei Berufsunfähigkeit beträgt 13.200 Euro jährlich; die Prämienbefreiung gilt für eine Erlebensfall- bzw. Todesfall-Leistung von jeweils höchstens 100.000 Euro gemäß den Regelungen von 1.3.2 sowie 4.1.2 und 4.1.3.

Die Leistungen bei Berufsunfähigkeit enden spätestens mit dem Ablauf der für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung beantragten Leistungsdauer. Endet nach bereits anerkannter Berufsunfähigkeit unsere Leistungspflicht und tritt danach erneut Berufsunfähigkeit aufgrund derselben Ursache(n) ein, werden wieder Leistungen nach diesen Bedingungen erbracht.

1.3.4 Ist eine Erwerbsminderungs-Zusatzversicherung beantragt, gilt 1.3.3 entsprechend bei Erwerbsminderung im Sinne der Bedingungen für die Erwerbsminderungs-Zusatzversicherung.

1.4 Unter welchen Voraussetzungen besteht ein vorläufiger Versicherungsschutz?

Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz ist, dass

- der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als 2 Monate nach der Unterzeichnung des Antrages liegt,
- Ihr Antrag sich im Rahmen der von uns gebotenen Tarifen und Bedingungen bewegt,
- die versicherte Person bei Unterzeichnung des Antrages das 70. Lebensjahr für die Todesfall-Leistungen und das 55. Lebensjahr für die Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung noch nicht vollendet hat.

1.5 Wann endet der vorläufige Versicherungsschutz?

1.5.1 Der vorläufige Versicherungsschutz endet spätestens 2 Monate nach Beginn gemäß 1.1, jedoch nicht vor Abschluss der Risikoprüfung. Er endet in jedem Fall, wenn

- der Versicherungsschutz aus der beantragten Versicherung begonnen hat,
- wir Ihren Antrag abgelehnt haben und unsere Kündigungserklärung wirksam geworden ist (siehe 1.5.2),
- Sie Ihren Antrag angefochten oder zurückgenommen haben,
- Sie von Ihrem Widerrufsrecht nach § 8 VVG Gebrauch gemacht haben,
- Sie einer Ihnen gemäß § 5 Abs. 1 und 2 VVG mitgeteilten Abweichung des Versicherungsscheins von Ihrem Antrag widersprochen haben,
- der Einzug der Einlösungsprämie aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht möglich war oder dem Einzug widersprochen worden ist, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben.

1.5.2 Jede Vertragspartei kann den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Unsere Kündigungserklärung wird jedoch erst nach Ablauf von 2 Wochen nach Zugang bei Ihnen wirksam.

2. Prämienzahlung

2.1 Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?

2.1.1 Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir keine besondere Prämie. Erbringen wir aber Leistungen aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes, so behalten wir ein Entgelt ein. Das Entgelt entspricht der Prämie für einen Prämienzahlungsabschnitts des beantragten Versicherungsvertrags, jedoch nicht mehr, als den in 1.3.2 und 1.3.3 genannten Summen entspricht.

2.1.2 Bei Einmalprämienversicherungen erheben wir eine Prämie, wie sie bei Vereinbarung der jährlichen Zahlungsweise fällig gewesen wäre. Wir berechnen jedoch nicht mehr als die Tarifprämie für die Höchstsumme und -rente gemäß 1.3.2 und 1.3.3.

3. Ausschlüsse

3.1 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

3.1.1 Unsere Leistungspflicht ist ausgeschlossen für die Versicherungsfälle aufgrund von Ursachen, nach denen im Antrag gefragt ist und von denen die versicherte Person vor ihrer Unterzeichnung Kenntnis hatte, auch wenn diese im Antrag angegeben wurden. Dies gilt nicht für Umstände, die für den Eintritt des Versicherungsfalles nur mitursächlich geworden sind.

3.1.2 Bei Selbsttötung der versicherten Person besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist.

3.1.3 Bei Tod der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen entfällt unsere Leistungspflicht, wenn die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.

3.1.4 Bei Tod der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen entfällt unsere Leistungspflicht, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden.

4. Weitere Bestimmungen

4.1 Treten bei Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung die Hauptversicherung und sonstige Zusatzversicherungen in Kraft?

4.1.1 Tritt während der Zeit des vorläufigen Versicherungsschutzes Berufsunfähigkeit ein, erbringen wir die Berufsunfähigkeitsleistungen in den Grenzen von 1.3.3 und setzen die Haupt- und Todesfall-Zusatzversicherungen wie beantragt, jedoch höchstens bis zu einer Summe von 100.000 Euro jeweils im Erlebens- wie im Todesfall in Kraft.

Satz 1 gilt entsprechend bei Eintritt von Erwerbsminderung im Sinne der Bedingungen für die Erwerbsminderungs-Zusatzversicherung.

Leibrentenversicherungen werden als Hauptversicherung wie beantragt in Kraft gesetzt, jedoch nur bis zu der Höhe der versicherten Rente, die einer Kapitalabfindung von 100.000 Euro entspricht.

4.1.2 Übersteigen die beantragten Todes- oder Erlebensfallsummen 100.000 Euro, so werden die einzelnen anfänglichen Versicherungssummen im gleichen Verhältnis so weit herabgesetzt, dass die versicherten Leistungen sowohl im Todesfall als auch im Erlebensfall 100.000 Euro nicht überschreiten. Das bei Antragstellung festgelegte Verhältnis zwischen Todesfall- und Erlebensfallsumme wird dabei beibehalten.

4.1.3 Sind mehrere Versicherungen beantragt, so werden alle Summen im gleichen Maße auf zusammen 100.000 Euro herabgesetzt.

4.2 Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

4.2.1 Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen und Besonderen Bedingungen für die beantragte Versicherung Anwendung. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse sowie die Dauer und den Umfang. Eine Überschussbeteiligung erfolgt jedoch nicht.

4.2.2 Haben Sie im Antrag ein Bezugsrecht festgelegt, gilt dieses auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.



Allgemeine Bedingungen für die Risikoversicherung

Swiss Life Risikoversicherung (Tarif 940)
Stand: 01.2008

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

die folgenden Bedingungen informieren Sie über die Regeln, die für Ihren Versicherungsvertrag gelten.

Zur besseren Lesbarkeit erfolgen Personenbezeichnungen in der Einzahl, auch wenn mehr als eine Person angesprochen sein könnte. Alle Personen- und Funktionsbezeichnungen beziehen sich in gleicher Weise auf Frauen und Männer.

Die sich aus den gesetzlichen Vorschriften und den Allgemeinen Bedingungen ergebenden Rechte und Pflichten gelten für den Versicherungsnehmer; einzelne Vorschriften auch für die versicherte Person.

Um Ihnen das Lesen der Allgemeinen Bedingungen zu erleichtern, möchten wir Ihnen gerne zunächst die wichtigsten Begriffe erläutern.

Bezugsberechtigter

Vom Versicherungsnehmer gegenüber Swiss Life schriftlich festgelegter Empfänger der Versicherungsleistung.

Bewertungsreserven

Aus der Differenz zwischen den nach dem Niederwertprinzip angesetzten Buchwerten und den höheren Marktwerten von Kapitalanlagen ergeben sich die Bewertungsreserven.

Deckungskapital

Die nicht für die Risikoübernahme und Kosten verbrauchten Prämienteile sowie die dem Vertrag zugeteilten Überschussanteile bilden das Deckungskapital.

Prämie

Prämie ist hier die rechtlich korrekte Bezeichnung für Beitrag.

Rechnungsgrundlagen

Rechnungsgrundlagen sind die Informationen, die für die Kalkulation Ihrer Versicherung benötigt werden:

- Todesfallrisiko (Sterbetafel DAV 1994 T)
- Rechnungszins in Höhe von 2,25%
- Kosten (z. B. für Verwaltung des Vertrags)

Überschussanteile

Überschussanteile resultieren aus den von Swiss Life erzielten Gewinnen. Man unterscheidet z. B. zwischen Zins- und Risikoüberschüssen. Zinsüberschüsse werden durch gewinnbringende Kapitalanlagen von Swiss Life erwirtschaftet. Risikoüberschüsse ergeben sich aus der vorsichtigen Kalkulation der Versicherungen (z. B. wenn weniger Todesfälle als kalkuliert auftreten).

Versicherte Person

Person, auf dessen Leben der Versicherungsschutz besteht.

Versicherungsnehmer

Versicherungsnehmer ist der Antragsteller für die Versicherung.

Inhaltsverzeichnis

1	Versicherungsschutz und Leistungen	4	7	Ihre Obliegenheiten	12
1.1	Wann beginnt der Versicherungsschutz?	4	7.1	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?	12
1.2	Welche Leistungen erbringen wir?	4	7.2	Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?	14
1.3	Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?	4	8	Ausschlüsse	14
1.4	Wer erhält die Versicherungsleistung?	5	8.1	Was gilt bei Wehrdienst, Unruhen oder Krieg oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen/-Stoffen?	14
1.5	Was ist zu beachten, wenn Sie eine Versicherungs- leistung verlangen?	5	8.2	Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?	14
1.6	Wann endet Ihr Versicherungsschutz?	6	9	Weitere Bestimmungen	15
1.7	Wie sind das Versicherungsjahr und das rechnungsmäßige Alter definiert?	6	9.1	Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?	15
2	Prämienzahlung	6	9.2	Welche Kosten/Steuern stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?	15
2.1	Was haben Sie bei der Prämienzahlung zu beachten und was ist vereinbart?	6	9.3	Wie informieren wir Sie über den aktuellen Stand Ihrer Versicherung?	15
2.2	Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig zahlen?	7	9.4	Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?	15
3	Vereinbarung zur Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten	8	9.5	Wo ist der Gerichtsstand und wohin können Sie sich bei Beschwerden wenden?	16
3.1	Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten	8	9.6	Können Sie den Versicherungsvertrag wider- rufen?	16
3.2	Für Ihren Versicherungsvertrag wird hiermit Folgendes zur Zillmerung vereinbart	8	10	Welche Regelungen gelten für Ihre Beteiligung an den Überschüssen?	16
3.3	Höhe der anfallenden Abschluss- und Vertriebs- kosten	8	10.1	Grundsätze und Maßstäbe für die Überschuss- beteiligung Ihres Vertrags	16
4	Vereinbarung eines Stornoabzugs	8	10.2	Überschusszuteilung vor Eintritt des Leistungsfalls	17
5	Prämienfreistellung und Kündigung	8	10.3	Überschussverwendung vor Eintritt des Leistungsfalls	17
5.1	Wann können Sie Ihre Versicherung prämienvrei stellen?	8	10.4	Überschusszuteilung und -verwendung nach Eintritt des Leistungsfalls	17
5.2	Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen und welche Folgen hat dies?	9	10.5	Beteiligung an den Bewertungsreserven	17
6	Sonstige Änderungen der Versicherung	10	10.6	Information über die Höhe der Überschuss- beteiligung	18
6.1	Welche Bestimmungen können geändert werden?	10	Anhang:	Kündigung und Prämienfreistellung Ihrer Versicherung	19
6.2	Welche Nachversicherungsgarantie gibt es?	11			
6.3	Unter welchen Voraussetzungen können Sie eine Risikoversicherung in eine kapitalbildende Versicherung umtauschen?	11			

1. Versicherungsschutz und Leistungen

1.1 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag geschlossen ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Zahlung der Einlösungsprämie (siehe 2.2).

1.2 Welche Leistungen erbringen wir?

1.2.1 Wir zahlen die vereinbarte Versicherungsleistung bei Tod der versicherten Person während der Versicherungsdauer.

Rechnungsgrundlagen

1.2.2 Die Tarifikalkulation basiert auf der Sterbetafel der Deutschen Aktuarvereinigung (DAV 1994T) und einem Rechnungszins in Höhe von 2,25%.

Sonstige Regelungen

1.2.3 Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen erhalten Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (siehe 1.3 und Abschnitt 10).

1.2.4 Weitere Einzelheiten über Art, Umfang und Fälligkeit der Versicherungsleistung finden Sie im Versicherungsschein. Im Falle etwaiger Widersprüche haben die im Versicherungsschein getroffenen Vereinbarungen vor diesen Bedingungen Vorrang.

1.3 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

1.3.1 Wir beteiligen Sie gemäß § 153 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) an den etwaigen Überschüssen und ggf. an etwaigen Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Die Bewertungsreserven

werden dabei im Anhang des Geschäftsberichts ausgewiesen. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen. Sie können den Geschäftsbericht jederzeit bei uns anfordern.

Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

1.3.2 Überschüsse entstehen dann, wenn Sterblichkeit bzw. Lebenserwartung und Kosten günstiger sind, als bei der Tarifikalkulation angenommen. An diesen Überschüssen werden Sie als Versicherungsnehmer angemessen beteiligt (§ 1 Abs. 1 der Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung – ZRQuotenV).

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. Daraus werden zunächst, soweit erforderlich, die garantierten Versicherungsleistungen finanziert (§ 1 Abs. 2 und 3 ZRQuotenV). Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer.

Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Gruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir beispielsweise, um das versicherte Risiko – wie das Todesfall- oder Berufsunfähigkeitsrisiko – zu berücksichtigen. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Gruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der so genannten Direktgutschrift bereits

unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. 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 Notstands (z. B. Verlustabdeckung) heranziehen. Hierfür benötigen wir die Zustimmung der Aufsichtsbehörde.

1.3.3 Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Prämien einer Risikoversicherung sind allerdings so kalkuliert, dass sie für die Deckung von Sterbefällen benötigt werden. Für die Bildung von Kapitalerträgen stehen deshalb keine oder allenfalls geringe Prämien zur Verfügung. Daher entstehen keine oder nur geringe Bewertungsreserven. Soweit Bewertungsreserven überhaupt entstehen, werden diese jährlich neu ermittelt und nach einem verursachungsorientierten Verfahren den einzelnen Verträgen zugeordnet. Ein Anspruch auf Beteiligung an den Bewertungsreserven entsteht jedoch erst bei Vertragsende. Der dann für diesen Zeitpunkt zu ermittelnde Betrag wird zur Hälfte zugeteilt.

1.3.4 Weitere wesentliche Regelungen und Informationen zu unseren Überschüssen (Grundsätze der Überschusszuweisung und die Überschussverwendungs-Systeme) finden Sie im Abschnitt 10.

1.4 Wer erhält die Versicherungsleistung?

1.4.1 Die Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer oder an Ihre Erben, falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag bei deren Fälligkeit erwerben soll (Bezugsberechtigter). Bis zur jeweiligen Fälligkeit können Sie das Bezugsrecht jederzeit schriftlich widerrufen. Nach dem Tod der versicherten Person kann das Bezugsrecht nicht mehr widerrufen werden.

1.4.2 Sie können ausdrücklich schriftlich 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 des von Ihnen Benannten geändert werden.

1.4.3 Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten schriftlich angezeigt worden sind.

Die Abtretung und Verpfändung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten schriftlich angezeigt worden sind. Weitere Voraussetzung ist, dass derartige Verfügungen überhaupt rechtlich möglich sind.

1.5 Was ist zu beachten, wenn Sie eine Versicherungsleistung verlangen?

Ihre Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) nach einem Versicherungsfall

1.5.1 Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir gegen Vorlage des Versicherungsscheins.

1.5.2 Der Tod der versicherten Person ist uns unverzüglich anzuzeigen. Außer dem Versicherungsschein sind uns eine amtliche, Alter, Geburtsort und Todeszeitpunkt enthaltende Sterbeurkunde im Original einzureichen. Zu Unrecht empfangene Leistungen sind an uns zurückzahlen.

1.5.3 Ferner ist uns ein ausführliches ärztliches Zeugnis über die Todesursache sowie über Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tode der versicherten Person geführt hat, vorzulegen.

6

1.5.4 Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen. Die mit den erforderlichen Nachweisen verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Versicherungsleistung beansprucht. Wir werden die erforderlichen Erhebungen nur auf die Zeit vor der Antragsannahme, die nächsten 5 Jahre danach und das Jahr vor dem Tod der versicherten Person erstrecken.

1.5.5 Unsere Leistungen überweisen wir dem Berechtigten in der Bundesrepublik Deutschland kostenlos. Bei Überweisungen ins Ausland und bei Sonderformen der Zahlung (z. B. telegrafische Überweisung, Scheck) trägt der Empfangsberechtigte die Kosten; bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes und bei Sonderformen der Zahlung auch die damit verbundene Gefahr.

1.5.6 Die vorstehenden Regelungen (1.5.1 bis 1.5.5) gelten auch für Dritte, wenn sie eine Versicherungsleistung verlangen.

1.6 Wann endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz endet mit dem Tod der versicherten Person, mit Kündigung des Vertrags bzw. mit Ablauf der vereinbarten und im Versicherungsschein festgeschriebenen Versicherungsdauer.

1.7 Wie sind das Versicherungsjahr und das rechnungsmäßige Alter definiert?

Versicherungsjahr

1.7.1 Ein Versicherungsjahr beginnt mit dem Monat des im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginns und dauert grundsätzlich 12 Monate.

Rumpfbeginnjahr

1.7.2 Beträgt der Zeitraum vom Kalendermonat des Versicherungsbeginns bis zum Kalendermonat, der mit dem Ablauf der Versicherung zusammenfällt, weniger als 12 Monate, so liegt ein so genanntes Rumpfbeginnjahr vor. Alle folgenden (vollen) Versicherungsjahre beginnen dann jeweils mit dem Kalendermonat des Ablaufs der Versicherung. Liegt ein Rumpfbeginnjahr vor, beträgt die Versicherungsdauer in Jahren die Anzahl der vollen Versicherungsjahre plus eins (das Rumpfbeginnjahr).

Rechnungsmäßiges Alter

1.7.3 Zur korrekten Tarifikalkulation benötigen wir das rechnungsmäßige Alter. Das rechnungsmäßige Alter entspricht dem tatsächlichen Lebensalter der versicherten Person, wobei das bereits begonnene Lebensjahr hinzugezählt wird, wenn seit dem Geburtstag bis zum Versicherungsbeginn bzw. Erhöhungstermin mehr als 6 Monate verstrichen sind.

Beispiel: Der Versicherungsbeginn bzw. Erhöhungstermin ist der 01.01.2009 und der Geburtstag ist der 15.05.1969. Am 15.05.2008 ist das 39. Lebensjahr vollendet und das 40. Lebensjahr begonnen. Bis zum 01.01.2009 werden mehr als 6 Monate verstrichen sein. Somit gilt 40 als das rechnungsmäßige Alter.

2. Prämienzahlung

2.1 Was haben Sie bei der Prämienzahlung zu beachten und was ist vereinbart?

2.1.1 Die Prämien zu Ihrer Versicherung können Sie je nach Vereinbarung in einem einzigen Betrag (Einmalprämie) oder durch jährliche Prämienzahlungen (Jahresprämien) entrichten. Die Jahresprämien werden zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres fällig. Im Falle eines Rumpfbeginnjahres wird die erste Jahresprämie anteilig fällig.

2.1.2 Gemäß Vereinbarung können Sie Jahresprämien auch halbjährlich, vierteljährlich oder monatlich zahlen. Hierfür erheben wir Ratenzahlungszuschläge. Diese betragen ca. 2% bei halbjährlicher, ca. 3% bei vierteljährlicher und ca. 4% bei monatlicher Zahlung.

2.1.3 Die erste oder einmalige Prämie (Einlösungsprämie) ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Prämien sind jeweils zum vereinbarten Fälligkeitstermin an uns zu zahlen.

2.1.4 Für die Rechtzeitigkeit der Prämienzahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit die Prämie bei uns eingeht. Ist die Einziehung der Prämie von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn die Prämie zu dem in 2.1.3 genannten Termin eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte die fällige Prämie 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 die Prämie wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

2.1.5 Die Übermittlung Ihrer Prämien erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

2.1.6 Für eine Stundung der Prämien ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich. Die Stundung setzt einen entsprechenden Rückkaufswert (siehe 5.2.2) voraus.

2.1.7 Im Versicherungsfall (bei Tod der versicherten Person) werden wir etwaige Prämienrückstände mit der Versicherungsleistung verrechnen.

2.2 Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig zahlen?

Einlösungsprämie

2.2.1 Wenn Sie die Einlösungsprämie nicht rechtzeitig zahlen, können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben. **Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten der zur Gesundheitsprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchungen verlangen, sofern wir sie getragen haben.**

2.2.2 Ist die Einlösungsprämie bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

2.2.3 Anstelle des Rücktritts können wir, wenn Sie die Einlösungsprämie schuldhaft nicht rechtzeitig zahlen, die Prämien des ersten Versicherungsjahres – auch bei Vereinbarung von unterjährigen Prämienzahlungen – sofort verlangen.

Folgeprämie

2.2.4 Wenn eine Folgeprämie oder ein sonstiger Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, 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 2 Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist, entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Des Weiteren haben wir das Recht, den Vertrag zum Ablauf der Zahlungsfrist zu kündigen, sofern Sie mit der Zahlung in Verzug geblieben sind. Die Kündigung kann bereits mit der Mahnung verbunden werden. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

3. Vereinbarung zur Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten

3.1 Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten

Beim Abschluss von Versicherungsverträgen entstehen Kosten. Diese so genannten Abschluss- und Vertriebskosten (§ 43 Abs. 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen – RechVersV) sind bereits pauschal bei der Tarifikalkulation berücksichtigt und werden Ihnen daher nicht gesondert in Rechnung gestellt.

3.2 Für Ihren Versicherungsvertrag wird hiermit Folgendes zur Zillmerung vereinbart

3.2.1 Es ist vereinbart, dass die Abschluss- und Vertriebskosten während der vertraglich vereinbarten Prämienzahlungsdauer aus den laufenden Prämien bzw. der Einmalprämie getilgt werden.

3.2.2 Maßgebend ist das Verrechnungsverfahren gemäß § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung (Zillmerung). Hierbei werden die ersten Prämien zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit die Prämien nicht für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung einer Deckungsrückstellung aufgrund von § 25 Abs. 2 RechVersV in Verbindung mit § 169 Abs. 3 VVG bestimmt sind. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 4% der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Prämien beschränkt. Auch bei späteren Erhöhungen gehen wir nach dem dargestellten Verfahren vor.

3.2.3 Die beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung kein Rückkaufswert und keine Mittel zur Bildung einer prämienfreien Versicherungssumme vorhanden sind. Aufgrund der Besonderheit dieser Versicherung stehen in den Jahren vor Ablauf der Versicherung kein Rückkaufswert und keine prämienfreie Versicherungssumme zur Verfügung. (siehe 5.1 und 5.2).

3.3 Höhe der anfallenden Abschluss- und Vertriebskosten

Die Höhe der anfallenden Abschluss- und Vertriebskosten zu Ihrem Vertrag ist in den Informationen gemäß VVG- Informationspflichtenverordnung, die bei Antragstellung ausgehändigt werden, beziffert. Die Entwicklung des garantierten Rückkaufswerts können Sie der Ihnen überlassenen Tabelle entnehmen.

4. Vereinbarung eines Stornoabzugs

Es wird hiermit ausdrücklich vereinbart, dass im Falle einer (teilweisen oder vollständigen) Prämienfreistellung und im Falle einer (teilweisen oder vollständigen) Kündigung ein Stornoabzug erfolgt.

Mit dem Abzug wird die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen; zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital sowie für verminderte Kapitalerträge aufgrund vorzeitiger Fälligkeit vorgenommen. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug finden Sie im Anhang zu den Versicherungsbedingungen.

Die Höhe des Abzugs ist in den Ihnen zur Verfügung gestellten Informationsunterlagen beziffert.

5. Prämienfreistellung und Kündigung

5.1 Wann können Sie Ihre Versicherung prämienfrei stellen?

5.1.1 Sie können jederzeit zum Schluss des laufenden Versicherungsjahres schriftlich verlangen, ganz oder teilweise von der Prämienzahlungspflicht befreit zu werden. Bei Vereinbarung von unterjährigen Prämienzahlungen können Sie ab dem 2. Versicherungsjahr auch innerhalb des Versicherungsjahres mit Frist von einem Monat zum Schluss eines jeden Prämienzahlungsabschnitts den Vertrag prämienfrei stellen lassen.

5.1.2 Setzen Sie die Prämienzahlung aus, verringert sich natürlich auch Ihr Versicherungsschutz. Bei Prämienfreistellung setzen wir die versicherte Leistung ganz oder teilweise auf eine prämienfreie Leistung herab.

Die prämienfreie Leistung wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen, die für den Vertrag gelten, zum Schluss des laufenden Prämienzahlungsabschnitts unter Zugrundelegung des Deckungskapitals errechnet. Mindestens legen wir jedoch den Betrag des Deckungskapitals, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (siehe Abschnitt 3) angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten 60 Monate der Vertragslaufzeit ergibt, zugrunde. Von dem so ermittelten Wert erfolgt ein Abzug (siehe Abschnitt 4).

5.1.3 Der für Ihre Versicherung für die Bildung der prämienfreien Leistung zur Verfügung stehende Betrag mindert sich um einen hiermit vereinbarten Abzug gemäß Abschnitt 4. Ausstehende Forderungen (z. B. rückständige Prämien) ziehen wir ebenfalls ab.

5.1.4 Die prämienfreie Versicherungssumme erreicht mindestens den mitgeteilten prämienfreien Garantiebetrag, dessen Höhe vom Zeitpunkt der Prämienfreistellung abhängt. Aufgrund der Besonderheit dieser Versicherung steht in den letzten Jahren vor Ablauf keine prämienfreie Versicherungssumme zur Verfügung.

Die Prämienfreistellung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung sind wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (siehe Abschnitt 3) keine Mittel für die Bildung einer prämienfreien Summe vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikoprämien keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer prämienfreien Versicherungssumme zur Verfügung. Nähere Informationen zur prämienfreien Versicherungssumme und ihrer Höhe können Sie den Informationen und dem Versicherungsschein entnehmen.

Haben Sie die vollständige Befreiung von der Prämienzahlungspflicht verlangt und erreicht die gemäß 5.1.2 zu berechnende prämienfreie Versicherungssumme den Mindestbetrag von 500 Euro nicht, erhalten Sie statt dessen den Rückkaufswert gemäß 5.2.2.

Teilweise Prämienfreistellung

5.1.5 Haben Sie nur eine teilweise Befreiung von der Prämienpflicht beantragt, so ist der Antrag nur wirksam, wenn die verbleibende garantierte Versicherungssumme 2.500 Euro erreicht.

Andernfalls können Sie die vollständige Befreiung von der Prämienzahlungspflicht beantragen. Dieser Antrag führt zur prämienfreien Fortsetzung der Versicherung, wenn die gemäß 5.1.2 zu berechnende prämienfreie Versicherungssumme den Mindestbetrag von 500 Euro erreicht. Ist dies nicht der Fall, erhalten Sie den Rückkaufswert gemäß 5.2.2.

Sonstige Regelungen

5.1.6 Die Leistungen einer eingeschlossenen Zusatzversicherung werden bei teilweiser Prämienfreistellung entsprechend der reduzierten Leistung der Hauptversicherung (Versicherungssumme) angepasst. Die Leistungen einer versicherten Prämienbefreiung bei Berufsunfähigkeit werden entsprechend der Prämienreduzierung herabgesetzt.

5.2 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen und welche Folgen hat dies?

5.2.1 Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Schluss des laufenden Versicherungsjahres ganz oder teilweise schriftlich kündigen. Sind unterjährige Prämienzahlungen vereinbart, ist eine Kündigung auch innerhalb des Versicherungsjahres mit Frist von einem Monat zum Schluss eines jeden Prämienzahlungsabschnittes möglich, frühestens jedoch zum Schluss des ersten Versicherungsjahres.

Auszahlung eines Rückkaufswerts bei Kündigung

5.2.2 Bei Kündigung erstatten wir – soweit vorhanden – den Rückkaufswert. Der Rückkaufswert ist das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen, die für diesen Vertrag gelten, zum Schluss des laufenden Prämienzahlungsabschnitts berechnete Deckungskapital der Versicherung, vermindert um den gemäß Abschnitt 4 vereinbarten Abzug.

5.2.3 Der Rückkaufswert erreicht mindestens die bei Vertragsabschluss vereinbarten Garantiebeträge, deren Höhe vom Zeitpunkt der Beendigung des Vertrags abhängen.

Wir sind gemäß § 169 Abs. 6 VVG berechtigt, den nach 5.2.2 berechneten Betrag angemessen herabzusetzen, soweit dies erforderlich ist, um eine Gefährdung der Belange der Versicherungsnehmer, insbesondere durch eine Gefährdung der dauernden Erfüllbarkeit der sich aus den Versicherungsverträgen ergebenden Verpflichtungen, auszuschließen. Die Herabsetzung ist jeweils auf ein Jahr befristet.

Die Kündigung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (siehe Abschnitt 3) nur ein geringer Rückkaufswert vorhanden. Auch in den Folgejahren sind wegen der benötigten Risikoprämien gemessen an den gezahlten Prämien nur geringe oder keine Rückkaufswerte vorhanden. Aufgrund der Besonderheit dieser Versicherung steht in den letzten Jahren vor Ablauf kein Rückkaufswert zur Verfügung. Nähere Informationen zum Rückkaufswert, seiner Höhe und darüber, in welchem Ausmaß er garantiert ist, können Sie den Informationen und dem Versicherungsschein entnehmen.

5.2.4 Zusätzlich zahlen wir die Ihrem Vertrag bereits zugewiesenen Überschussanteile aus, soweit sie nicht bereits in dem nach 5.2.2 berechneten Rückkaufswert enthalten sind. Außerdem erhöht sich der Auszahlungsbetrag bei einer Kündigung ggf. um die Ihrer Versicherung gemäß 10.5 zugewiesenen Bewertungsreserven.

5.2.5 Prämienrückstände werden vom Rückkaufswert abgezogen.

Teilweise Kündigung

5.2.6 Eine Teilkündigung wird nur durchgeführt, wenn die verbleibende prämienpflichtige Versicherungssumme nicht unter einen Mindestbetrag von 2.500 Euro sinkt.

Prämienrückzahlung

5.2.7 Die Rückzahlung der Prämien können Sie nicht verlangen.

6. Sonstige Änderungen der Versicherung

6.1 Welche Bestimmungen können geändert werden?

6.1.1 Wir sind berechtigt, wenn es zur Fortführung des Vertrags notwendig ist, Vertragsbestimmungen, die durch eine höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandkräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt wurden, unter Beachtung gegenseitiger Interessen durch Regelungen zu ersetzen, die für beide Seiten zumutbar sind und dem Vertragszweck möglichst gerecht werden.

Diese neuen Regelungen werden 2 Wochen, nachdem die neuen Regelungen und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

6.1.2 Wir verzichten bei Ihrem Vertrag sowohl auf das Recht zur Anpassung der Prämien gemäß § 163 VVG als auch auf die Regelung in 5.2.3 Satz 2 und 3.

6.2 Welche Nachversicherungsgarantie gibt es?

6.2.1 Sofern vereinbart, können Sie Ihre Versicherung auch während der Vertragslaufzeit an veränderte Bedarfsituationen im Rahmen der folgenden Gestaltungsmöglichkeiten anpassen.

Zeitpunkt der Anpassung

6.2.2 Sie haben das Recht, die Todesfallsumme der prämi­enpflichtigen Hauptversicherung ohne erneute medi­zini­sche Risikoprüfung zu erhöhen, bei

- Heirat der versicherten Person,
- Geburt eines Kindes der versicherten Person,
- Adoption eines Kindes durch die versicherte Person,
- Scheidung der versicherten Person,
- Karrieresprung der versicherten Person, wenn dieser zu einer Erhöhung des regelmäßigen jährlichen Brutto­einkommens von mindestens 10% führt (z. B. Gehalts­erhöhung durch Wechsel des Arbeitgebers oder nach Abschluss einer beruflichen Qualifikation wie Berufs­abschluss, Studium, Meisterbrief, Promotion),
- Reduzierung oder Wegfall der Invaliditätsversorgung der versicherten Person aus der gesetzlichen Renten­versicherung, einer arbeitgeberfinanzierten betrieb­lichen Altersvorsorge oder einem berufsständischen Versorgungswerk, in dem die versicherte Person auf­grund einer Kammerzugehörigkeit pflichtversichert ist,
- Aufnahme eines Darlehens im gewerblichen Bereich oder zum Erwerb von selbst genutztem Immobilien­eigentum durch die versicherte Person in Höhe von mindestens 50.000 Euro,

sofern dieses Recht innerhalb von 3 Monaten nach Ein­tritt mindestens eines der genannten Ereignisse schrift­lich und unter Beifügung entsprechender Nachweise bei uns geltend gemacht wird und im Zeitpunkt des maßgeb­lichen Ereignisses die verbleibende Vertragsdauer noch mindestens 20 Jahre beträgt und die versicherte Person weder berufsunfähig im Sinne unserer Bedingungen ist noch Leistungen aus einer Erwerbsminderungsversiche­rung erhält.

Anpassungsoptionen hinsichtlich des Versicherungs­umfangs bei Berufs­unfähigkeit – sofern eingeschlossen – finden Sie in den Bedingungen für die Berufs­unfähigkeits­Zusatzversicherung. Anpassungsoptionen hinsichtlich

des Versicherungsumfangs bei Erwerbsminderung – so­fern eingeschlossen – finden Sie in den Bedingungen für die Erwerbsminderungs-Zusatzversicherung.

Umfang der Anpassung

6.2.3 Die Erhöhung der versicherten Leistungen ist – im Rahmen der von Swiss Life festgelegten Tarifgrenzen – insgesamt begrenzt auf 100% der zu Vertragsbeginn ver­icherten Leistungen. Die bis zu diesem Zeitpunkt durch­geführten Dynamik-Erhöhungen werden angerechnet. Die Erhöhung der Todesfallsumme der Hauptversiche­rung muss mindestens 5.000 Euro betragen.

6.2.4 Für die Anpassung gelten die dem Vertrag zu­grunde liegenden Tarife, Rechnungsgrundlagen und Ver­sicherungsbedingungen. Für den anzupassenden Vertrag vereinbarte Risikozuschläge oder besondere Vereinbarun­gen gelten auch für die aus der Erhöhung resultierenden Vertragsteile.

6.2.5 Ist eine Dynamik vereinbart, wird sie auf die Form B (Erhöhung der Gesamtprämie um einen festen Prozent­satz) umgestellt und der jährliche Steigerungssatz auf 5% herabgesetzt. Dies geschieht ab dem ersten auf den An­passungszeitpunkt folgenden Erhöhungszeitpunkt.

6.3 Unter welchen Voraussetzungen können Sie eine Risikoversicherung in eine kapitalbildende Versicherung umtauschen?

6.3.1 Eine Risikoversicherung mit gleich bleibender oder sich planmäßig erhöhender (dynamischer) Versicherungs­summe können Sie jederzeit, spätestens jedoch zum Ende des 10. Versicherungsjahres, ohne erneute Gesund­heits­prüfung in eine kapitalbildende Lebensversicherung mit gleicher oder geringerer Versicherungssumme umtauschen (Risikoumtauschversicherung). Das Umtauschrecht be­zieht sich nicht auf eine eventuell eingeschlossene Dyna­mik.

6.3.2 Umgetauscht wird – auch soweit planmäßige Erhöhungen vereinbart wurden – die zum Umtauschzeitpunkt erreichte Versicherungssumme.

6.3.3 Den Umtausch müssen Sie spätestens 3 Monate vor dem geplanten Umtausch beantragen, spätestens 3 Monate vor Ende des 10. Versicherungsjahres. Beträgt die Versicherungsdauer weniger als 10 Jahre, müssen Sie Ihr Umtauschrecht spätestens 3 Monate vor Ablauf der Risikoversicherung wahrnehmen.

6.3.4 Bei eingeschlossener Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung erlischt das Umtauschrecht, wenn Berufsunfähigkeit eingetreten ist; bei eingeschlossener Erwerbsminderungs-Zusatzversicherung, wenn Erwerbsminderung eingetreten ist.

7. Ihre Obliegenheiten

Vor und bei Abschluss sowie während der Vertragslaufzeit haben Sie Obliegenheiten zu beachten. Deren Verletzung hat schwerwiegende Folgen.

7.1 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

7.1.1 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, ärztlichen Behandlungen sowie Fragen zur beruflichen Tätigkeit und der wirtschaftlichen Situation.

7.1.2 Soll das Leben einer anderen Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

Rücktritt

7.1.3 Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person (siehe 7.1.2) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten (siehe 7.1.9 und 7.1.10).

7.1.4 Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

7.1.5 Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir den Rückkaufswert (siehe 5.2.2 bis 5.2.5). Die Regelung von 5.2.2 Satz 3 gilt nicht. Die Rückzahlung der Prämien können Sie nicht verlangen.

Kündigung

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

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

7.1.8 Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine prämienfreie Versicherung um (5.1.1 bis 5.1.5).

Rückwirkende Vertragsanpassung

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

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

Ausübung unserer Rechte

7.1.11 Wir können die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände innerhalb eines Monats nach deren Kenntniserlangung angeben.

7.1.12 Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung sind ausgeschlossen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

7.1.13 Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von 5 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 10 Jahre.

Anfechtung

7.1.14 Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmementscheidung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. 7.1.5 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

7.1.15 Die Regelungen in 7.1.1 bis 7.1.14 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen gemäß 7.1.13 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

Erklärungsempfänger

7.1.16 Die Ausübung unserer Rechte erfolgt durch eine 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, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

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

7.2.1 Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets in Textform erfolgen, wenn keine Schriftform vereinbart ist. Für uns bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie uns zugegangen sind. Versicherungsvermittler sind zu ihrer Entgegennahme grundsätzlich nicht bevollmächtigt.

7.2.2 Eine Änderung Ihrer Postanschrift oder Ihres Namens müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden können. In diesem Fall gilt unsere Erklärung 3 Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefs als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

8. Ausschlüsse

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

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

8.1.2 Bei Tod der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen, beschränkt sich unsere Leistungspflicht auf die Auszahlung des für den Todestag berechneten Rückkaufswerts (5.2.2 bis 5.2.5).

Diese Einschränkung der Leistungspflicht entfällt, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen stirbt, denen sie während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

8.1.3 Bei Tod der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen besteht keine Beschränkung unserer Leistungspflicht, soweit der Einsatz oder die Freisetzung durch Dritte erfolgt.

8.2 Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?

8.2.1 Bei vorsätzlicher Selbsttötung leisten wir, wenn seit Abschluss des Versicherungsvertrags bzw. seit Wiederherstellung der Versicherung 3 Jahre vergangen sind.

8.2.2 Bei vorsätzlicher Selbsttötung vor Ablauf der 3-Jahresfrist besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist. Anderenfalls zahlen wir den für den Todestag berechneten Rückkaufswert Ihrer Versicherung (5.2.2 bis 5.2.5).

8.2.3 Bei einer unserer Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung gelten 8.2.1 und 8.2.2 entsprechend. Die Frist gemäß 8.2.1 beginnt mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

9. Weitere Bestimmungen

9.1 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

9.1.1 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.

9.1.2 Ist ein Bezugsrecht eingeräumt oder der Versicherungsvertrag abgetreten, verpfändet oder wurde über ihn anderweitige Verfügungen getroffen, brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die schriftliche Anzeige des bisherigen Berechtigten vorliegt.

9.2 Welche Kosten/Steuern stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

9.2.1 Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand entsteht, können wir Ihnen – soweit nichts anderes vereinbart ist – die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag gesondert in Rechnung stellen.

Dies gilt beispielsweise bei

- Durchführung von Vertragsänderungen,
- Bearbeitung von nachträglichen Abtretungen und Verpfändungen,
- Rückläufern im Lastschriftverfahren,
- Mahnverfahren wegen Rückständen,
- Umstellung der Prämienzahlung auf Überweisung/Rechnung,
- versicherungsmathematischen Gutachten.

Dies gilt nur, wenn wir Sie vorher rechtzeitig über die Höhe der Kosten informiert haben.

9.2.2 Die Kosten betragen ab dem 01.01.2008 bei

- | | |
|---|----------|
| ■ Bearbeitung von Rückläufern im Lastschriftverfahren mangels Kontendeckung und bei erloschenem Konto | 10 Euro, |
| ■ Mahnungen | 5 Euro. |

Von dritter Seite uns in Rechnung gestellte Kosten (z. B. für Lastschriftrückläufer) werden wir ebenfalls von Ihnen einfordern.

9.2.3 Sofern Steuern und Abgaben aus dem Versicherungsverhältnis anfallen, die Sie als Versicherungsnehmer oder die versicherte Person schulden, werden wir Ihnen diese belasten.

9.2.4 Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem pauschalen Abgeltungsbetrag zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern sind, entfällt der Abgeltungsbetrag bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.

9.3 Wie informieren wir Sie über den aktuellen Stand Ihrer Versicherung?

Einmal jährlich informieren wir Sie über den aktuellen Stand Ihres Vertrags.

9.4 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

9.4.1 Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

9.4.2 Ergänzend zu diesen Bedingungen gelten die einschlägigen gesetzlichen Vorschriften.

9.5 Wo ist der Gerichtsstand und wohin können Sie sich bei Beschwerden wenden?

Gerichtsstand

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

9.5.2 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.

9.5.3 Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz, sind die Gerichte der Bundesrepublik Deutschland zuständig.

Beschwerden

9.5.4 Falls Sie eine Beschwerde haben sollten, stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung. Wir werden alles tun, um Sie zufrieden zu stellen. Sollte uns dies nicht gelingen, können Sie sich an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden, die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V. Damit ist für Sie als besonderer Service die Möglichkeit eröffnet, den unabhängigen und neutralen Ombudsmann in Anspruch zu nehmen, wenn Sie mit einer Entscheidung einmal nicht einverstanden sein sollten. Sie müssen die Beschwerde innerhalb von 8 Wochen einreichen. Das Verfahren ist für Sie kostenfrei.

Versicherungsombudsmann e.V.

Postfach 080632, 10006 Berlin

Tel.: 0 18 04/22 44 24 (0,24 Euro/Gespräch)

Fax: 0 18 04/22 44 25

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

9.6 Können Sie den Versicherungsvertrag widerrufen?

Die Belehrung über Ihr Widerrufsrecht erfolgt bei Antragstellung.

10. Welche Regelungen gelten für Ihre Beteiligung an den Überschüssen?

10.1 Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags

Ihre Versicherung gehört zur Bestandsgruppe Einzelversicherung-RIS. Entsprechend erhält Ihre Versicherung jährlich Anteile an den etwaigen Überschüssen dieser Bestandsgruppe.

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 nach billigem Ermessen unter Berücksichtigung beidseitiger Interessen festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Den Geschäftsbericht können Sie bei uns jederzeit anfordern.

10.2 Überschusszuteilung vor Eintritt des Leistungsfalls

10.2.1 Bei Versicherungen gegen laufende Prämienzahlung und gegen Einmalprämie besteht die Überschussbeteiligung aus laufenden Überschussanteilen (Risikoüberschüsse).

Im Todesfall und bei Rückkauf werden die Überschussanteile des laufenden Jahres entsprechend den gezahlten Prämienraten berücksichtigt.

Im Falle eines Rumpfbeginnjahres berechnet sich die Höhe der ersten Zuteilung, indem die Zuteilung des vollen Versicherungsjahres mit 1/12 der Anzahl der Monate des ersten Versicherungsjahres multipliziert wird.

10.2.2 Laufende Überschussanteile

Risikoüberschussanteile

Die Zuteilungen der laufenden Risikoüberschussanteile erfolgen jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres. Risikoüberschussanteile werden von Versicherungsbeginn an erbracht. Sie werden in Prozent der jeweiligen Risikoprämie festgelegt.

10.3 Überschussverwendung vor Eintritt des Leistungsfalls

Abhängig vom vereinbarten Tarif können Sie sich bei Antragstellung für eines der nachstehenden Überschussverwendungs-Systeme entscheiden. Ein späterer Wechsel während der Versicherungsdauer ist nur mit unserer Zustimmung möglich.

10.3.1 Todesfallbonus (T)

Prämienpflichtige Versicherungen erhalten ab Beginn der Versicherung einen Todesfallbonus (Zusatzsumme bei Tod), der sich in Prozent der Versicherungssumme bemisst. Bei Erleben des Ablaufs werden aus dem Todesfallbonus keine Leistungen fällig.

Bei Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung wird der Todesfallbonus in demselben Verhältnis herabgesetzt wie die Versicherungssumme. Bei Rückkauf wird keine Leistung aus dem Todesfallbonus fällig.

Für eine Risikoanfangsversicherung bzw. einen Einstiegsplan kann dieses Überschuss-System nicht vereinbart werden.

10.3.2 Prämienverrechnung (R)

Die Überschussanteile werden in Prozent der Prämien zugeteilt und mit den fälligen Prämien ab Beginn verrechnet.

10.4 Überschusszuteilung und -verwendung nach Eintritt des Leistungsfalls

Risikoversicherungen erhalten für den Zeitraum nach Eintritt des Leistungsfalls keine Überschussbeteiligung, da der Vertrag mit Eintritt des Leistungsfalls endet.

10.5 Beteiligung an den Bewertungsreserven

10.5.1 Bei Beendigung des Vertrags erhält ein anspruchsberechtigter Vertrag gemäß § 153 Abs. 3 VVG mindestens 50% des ihm zugeordneten Anteils an den Bewertungsreserven. Anspruchsberechtigt sind alle überschussberechtigten kapitalbildenden Versicherungen sowie Risikoversicherungen gegen Einmalprämie. **Gemäß § 153 Abs. 3 VVG haben Risikoversicherungen gegen laufende Prämienzahlung keinen Anspruch auf Beteiligung an den Bewertungsreserven.**

Als Beendigung des Vertrags gelten Tod, Rückkauf, oder Ablauf.

Verteilungsfähige Bewertungsreserven

10.5.2 Zunächst ermitteln wir die verteilungsfähigen Bewertungsreserven unseres Unternehmens. Verteilungsfähig sind Bewertungsreserven nur in dem Umfang, dass ein Versicherungsunternehmen seiner sich aus dem Versicherungsrecht ergebenden Verpflichtung, die dauerhafte Erfüllbarkeit der Verträge sicherzustellen (§53 c Versicherungsaufsichtsgesetz), noch nachkommen kann.

Die verteilungsfähigen Bewertungsreserven ermitteln wir zeitnah zum Zuteilungstermin.

Verteilungsschlüssel

10.5.3 Mit Hilfe eines Verteilungsschlüssels wird derjenige Anteil der verteilungsfähigen Bewertungsreserve ermittelt, der dem jeweiligen (Teil-)Bestand der anspruchsberechtigten Verträge zuzuordnen ist. Der Verteilungsschlüssel wird einmal jährlich im Zuge der Jahresrechnung ermittelt. Er bestimmt sich aus dem Verhältnis der verteilungsrelevanten Passivposten der Bilanz für anspruchsberechtigte Verträge zu der verteilungsrelevanten Bilanzsumme (höchstens jedoch zur Summe der Kapitalanlagen).

Die verteilungsrelevanten Passivposten bestehen im Wesentlichen aus den versicherungstechnischen Bruttorestellungen zuzüglich der Verbindlichkeiten aus dem selbst abgeschlossenen Geschäft gegenüber Versicherungsnehmer, vermindert um „noch nicht fällige Ansprüche“ der Forderungen aus dem selbst abgeschlossenen Geschäft an Versicherungsnehmer. Alle Positionen sind auf die anspruchsberechtigten Verträge abzugrenzen. Die verteilungsrelevante Bilanzsumme enthält die gesamte Bilanzsumme

abzüglich der Rechnungsabgrenzungsposten sowie abzüglich der versicherungstechnischen Bruttorestellungen und der Rückstellung für Beitragsrückerstattung; die beiden letzten Positionen jedoch nur soweit sie sich auf Versicherungsverhältnisse beziehen, bei denen das Anlagerisiko vom Versicherungsnehmer getragen wird.

Zinsertragsschlüssel

10.5.4 Die einem (Teil-)Bestand zugeordneten Bewertungsreserven werden mittels einer Bemessungsgröße (Zinsertragsschlüssel) auf die einzelnen Verträge des (Teil-)Bestands aufgeteilt.

Der Zinsertragsschlüssel bestimmt sich aus der Summe der Deckungskapitalien des anspruchsberechtigten Vertrags eines jeden Bilanztermins während der Vertragslaufzeit im Verhältnis zur entsprechenden Summe der Deckungskapitalien aller anspruchsberechtigten Verträge.

10.5.5 Der nach Anwendung des Zinsertragsschlüssel ermittelte Betrag der Bewertungsreserve wird (gemäß §153 Abs. 4 VVG) zur Hälfte zugeteilt und als Sonderschlussüberschuss fällig.

Verwendung

10.5.6 Der Sonderschlussüberschuss wird ausbezahlt.

10.6 Information über die Höhe der Überschussbeteiligung

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

Die Kündigung oder die Prämienfreistellung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden.

1. Kündigung

Im Falle einer Kündigung entspricht der Rückkaufswert nicht der Summe der eingezahlten Prämien. Bei Tod erbringen wir die vereinbarte Versicherungsleistung, auch wenn Sie erst eine Prämie gezahlt haben. Deshalb müssen alle Prämien, auch die von Ihnen gezahlten, zur Deckung unserer Leistungen herangezogen werden. Des Weiteren entstehen Abschluss- und Vertriebskosten sowie Kosten für die Verwaltung der Versicherung. Nur der verbleibende Teil kann für die Bildung des Deckungskapitals und des sich aus ihm ergebenden Rückkaufswerts verwendet werden. Bei seiner Kalkulation werden folgende Umstände berücksichtigt:

Veränderungen der Risikolage

Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass die Risikogemeinschaft sich gleichmäßig aus Versicherungsnehmern mit einem hohen und einem geringeren Risiko zusammensetzt. Da Personen mit einem geringen Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko, wird in Form eines kalkulatorischen Ausgleichs sichergestellt, dass der Risikogemeinschaft durch die vorzeitige Vertragskündigung kein Nachteil entsteht. *Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital*

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

2. Prämienfreistellung

Im Falle der Prämienfreistellung gelten vorstehende Ausführungen entsprechend.



Bedingungen für die Berufsunfähigkeits- Zusatzversicherung

Swiss Life BUZ

Stand: 01.2008

2

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

die folgenden Bedingungen informieren Sie über die Regeln, die für Ihren Versicherungsvertrag gelten.

Zur besseren Lesbarkeit erfolgen Personenbezeichnungen in der Einzahl, auch wenn mehr als eine Person angesprochen sein könnte. Alle Personen- und Funktionsbezeichnungen beziehen sich in gleicher Weise auf Frauen und Männer.

Die sich aus den gesetzlichen Vorschriften und den Allgemeinen Bedingungen ergebenden Rechte und Pflichten gelten für den Versicherungsnehmer; einzelne Vorschriften auch für die versicherte Person.

Inhaltsverzeichnis

1	Versicherungsschutz	3	4	Nachprüfung der Berufsunfähigkeit	10
1.1	Wann liegt vollständige Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor?	3	4.1	Was gilt für Sie und uns bei der Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?	10
1.2	Wann liegt teilweise Berufsunfähigkeit vor?	3	4.2	Was gilt bei Tod der versicherten Person?	11
1.3	Welche Kriterien gelten bei Pflegebedürftigkeit?	3	5	Ausschlüsse	11
1.4	Welchen Einfluss hat eine Umorganisation?	4	5.1	In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	11
1.5	Nach welchen Kriterien erfolgt die Beurteilung nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben?	4	5.2	Was gilt bei Kontamination mit ABC-Stoffen?	12
2	Versicherungsleistungen	4	5.3	Welche Regelung gilt hinsichtlich der Teilnahme an Fahrtveranstaltungen?	12
2.1	Welche Leistungen erbringen wir?	4	6	Möglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten, Prämienfreistellung und Kündigung	12
2.2	Welche Leistungsregelung können Sie vereinbaren?	5	6.1	Welche Möglichkeiten der Überbrückung können Sie bei Zahlungsschwierigkeiten nutzen?	12
2.3	Welche Leistungen sind zusätzlich versichert?	5	6.2	Wann können Sie Ihre Versicherung prämienfrei stellen?	13
2.4	Ab wann und an wen werden Leistungen gewährt?	6	6.3	Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen und welche Folgen hat dies?	14
2.5	Wann geben wir eine Erklärung zu unserer Leistungspflicht ab?	6	7	Sonstige Änderungen der Versicherung	14
3	Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten	7	7.1	Welche Bestimmungen können geändert werden?	14
3.1	Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?	7	7.2	Welche Nachversicherungsgarantie gibt es?	15
3.2	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?	8	7.3	Welche Option gibt es beim Überschussverwendungs-System Bonusrente?	16
3.3	Welche Folgen hat eine Verletzung der Mitwirkungspflicht?	10	7.4	Welche Option gibt es bei verbundenen Versicherungen?	16
3.4	Welche Folgen ergeben sich aus unrichtigen Angaben zum Beruf und Alter?	10	7.5	Welche Option gibt es bei Risikoversicherungen?	16
			8	Weitere Bestimmungen	16
			8.1	Abschluss- und Vertriebskosten, Stornoabzug	16
			8.2	Rechnungsgrundlagen	16
			8.3	Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?	16
			9	Welche Regelungen gelten für Ihre Beteiligung an den Überschüssen?	17
			9.1	Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?	17
			9.2	Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags	17
			9.3	Überschusszuteilung vor Eintritt des Leistungsfalls	18
			9.4	Überschussverwendung vor Eintritt des Leistungsfalls	18
			9.5	Überschusszuteilung und -verwendung nach Eintritt des Leistungsfalls	19
			9.6	Beteiligung an den Bewertungsreserven	19
			9.7	Information über die Höhe der Überschussbeteiligung	19

1. Versicherungsschutz

1.1 Wann liegt vollständige Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor?

1.1.1 Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge einer Krankheit, Körperverletzung, Pflegebedürftigkeit oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, 6 Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen außerstande ist, ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, auszuüben.

1.1.2 Die Verweisung auf eine andere Tätigkeit erfolgt nicht, es sei denn, die versicherte Person übt eine berufliche Tätigkeit konkret aus, die mit der bisherigen beruflichen Tätigkeit vergleichbar ist. Dies ist der Fall, wenn diese Tätigkeit aufgrund der Gesundheitsverhältnisse zumutbar ist und im Hinblick auf die Ausbildung und Erfahrung sowie Lebensstellung der bisherigen beruflichen Tätigkeit entspricht.

Unter der bisherigen Lebensstellung ist die Lebensstellung in finanzieller und sozialer Sicht zu verstehen, die vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung gemäß 1.1.1 bestanden hat. Die dabei für die versicherte Person zumutbare Einkommensreduzierung wird von uns je nach Lage des Einzelfalls auf die im Rahmen der höchstrichterlichen Rechtsprechung festgelegte Größe im Vergleich zum Bruttoeinkommen im zuletzt ausgeübten Beruf, vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung, begrenzt.

1.1.3 Berufsunfähigkeit liegt nicht oder nicht mehr vor, wenn die versicherte Person eine berufliche Tätigkeit konkret ausübt, die mit der bisherigen beruflichen Tätigkeit vergleichbar im Sinne von 1.1.2 ist.

1.1.4 Für bestimmte Berufe mit besonders hohem Risiko werden abweichend von 1.1.2 die Voraussetzungen für die Verweisung auf eine andere zumutbare Tätigkeit gesondert geregelt. **Wir weisen im Versicherungsschein und in den Unterlagen vor Antragstellung ausdrücklich darauf hin.**

1.2 Wann liegt teilweise Berufsunfähigkeit vor?

Teilweise Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die in 1.1.1 genannten Voraussetzungen nur zu einem bestimmten Grad erfüllt sind.

1.3 Welche Kriterien gelten bei Pflegebedürftigkeit?

1.3.1 Vollständige Berufsunfähigkeit wird bei Pflegebedürftigkeit angenommen. Diese besteht, wenn mindestens eine der folgenden Voraussetzungen eingetreten ist und mindestens 6 Monate ununterbrochen andauern wird bzw. andauert hat.

Die versicherte Person benötigt ständig die Hilfe einer anderen Person

- beim Fortbewegen im Zimmer trotz Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls,
- beim Aufstehen und Zubettgehen,
- beim Einnehmen von Mahlzeiten trotz krankengerechter Hilfsmittel,
- beim Verrichten der Notdurft oder
- aufgrund einer erforderlichen Bewahrung. Bewahrung liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann.

1.3.2 Pflegebedürftigkeit ist jedoch nicht gegeben

- bei Inkontinenz von Darm oder Blase, soweit dies durch sachgerechte Hilfsmittel ausgeglichen werden kann oder
- bei vorübergehenden akuten Erkrankungen.

1.3.3 Trotz Unterbrechungen der Pflegebedürftigkeit von weniger als 3 Monaten werden die anerkannten Leistungen ununterbrochen fortgeführt.

1.4 Welchen Einfluss hat eine Umorganisation?

Selbstständige und Gesellschafter-Geschäftsführer

1.4.1 Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn ein Selbstständiger oder Gesellschafter-Geschäftsführer über seinen Einfluss auf die betriebliche Situation durch zumutbare Umorganisation eine Tätigkeit ausüben kann. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie wirtschaftlich zweckmäßig ist, die bisherige Stellung als Selbstständiger oder Gesellschafter-Geschäftsführer im Wesentlichen unverändert bleibt und sich die durch die Umorganisation hervorgerufenen Einkommensveränderungen in den von der Rechtsprechung vorgegebenen Grenzen bewegen.

Die konkret ausgeübte oder im Rahmen der Umorganisation ausübbarer Tätigkeit muss zumutbar sein, d. h. aufgrund der Gesundheitsverhältnisse ausübbar sein sowie der Ausbildung und Erfahrung und der bisherigen Lebensstellung entsprechen.

Arbeitnehmer

1.4.2 Bei weisungsgebundenen Arbeitnehmern verlangen wir keine Umorganisation.

1.5 Nach welchen Kriterien erfolgt die Beurteilung nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben?

1.5.1 Auch nach Ausscheiden aus dem Berufsleben können Sie Ihre bestehende Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung fortführen. Werden in dieser Zeit Leistungen beantragt, so gilt für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit

- für die Dauer bis zu 5 Jahren nach dem Ausscheiden die vorher konkret ausgeübte berufliche Tätigkeit und die damit verbundene Lebensstellung,

- nach Ablauf von 5 Jahren gilt eine Berufstätigkeit als zumutbar, die anhand der dann am Arbeitsmarkt verwertbaren Kenntnisse und Fähigkeiten ausgeübt wird oder ausgeübt werden könnte. Die Lebensstellung wird durch die dann ausgeübte oder mögliche Berufstätigkeit geprägt.

1.5.2 Der Wechsel in die Tätigkeit als Hausfrau/-mann gilt als Berufswechsel und nicht als Ausscheiden aus dem Beruf. Gleiches gilt für die Elternzeit.

2. Versicherungsleistungen

2.1 Welche Leistungen erbringen wir?

Wird die versicherte Person während der Dauer dieser Zusatzversicherung, frühestens nach Beginn des Versicherungsschutzes, berufsunfähig, erbringen wir in Abhängigkeit vom Grad der Berufsunfähigkeit und der gewählten Leistungsregelung (2.2) sowie des versicherten Leistungsumfangs folgende Leistungen:

Befreiung von der Prämienzahlungspflicht

2.1.1 Nach Ablauf der Karenzzeit sind Sie voll oder teilweise von der Zahlung der Prämien, die für die Hauptversicherung und die eingeschlossenen Zusatzversicherungen zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit vereinbart sind, befreit.

Zahlung einer Rente, sofern diese mitversichert ist

2.1.2 Zusätzlich zur Prämienbefreiung (2.1.1) können Sie eine Berufsunfähigkeitsrente mitversichern. Die zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit vereinbarte Rente zahlen wir nach Ablauf der Karenzzeit monatlich im Voraus.

Garantiert steigende Prämienbefreiung, sofern diese mitversichert ist

2.1.3 Ergänzend zur Prämienbefreiung (2.1.1) erhöhen sich nach Eintritt der teilweisen oder vollständigen Berufsunfähigkeit planmäßig die Prämien um den von Ihnen bei Vertragsabschluss festgelegten Prozentsatz und die sich daraus ergebenden Versicherungsleistungen (Dynamik). Die Befreiung von der Prämienzahlung für diese Dynamik ist nur mitversichert, sofern Sie das gegen Mehrprämie vereinbaren.

Die erste Erhöhung im Rahmen dieser Dynamik erfolgt zu Beginn des Versicherungsjahres, das auf den Beginn unserer Leistungspflicht folgt. Über den Beginn der Dynamik und die jährlichen Leistungserhöhungen sowie die befreiten Prämienerrhöhungen erhalten Sie vor der Erhöhung eine Mitteilung. Ein Widerspruchsrecht für die dynamischen Erhöhungen, die aus der garantiert steigenden Prämienbefreiung resultieren, besteht nicht.

Es erfolgen keine prämienbefreiten dynamischen Erhöhungen mehr, wenn

- die Leistungsdauer der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung endet,
- keine Berufsunfähigkeit mehr vorliegt,
- die Prämienzahlungsdauer abläuft oder
- wenn das letzte Versicherungsjahr der Hauptversicherung beginnt.

Soweit Sie eine Dynamik für die Zeit vor einer möglichen Berufsunfähigkeit vereinbart haben, gelten die Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Prämien und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung (Dynamik).

Sonstige Regelungen

2.1.4 Unser Versicherungsschutz besteht weltweit.

2.1.5 Für den Beginn eines Leistungsanspruchs nach Eintritt von Berufsunfähigkeit können Sie unterschiedliche Karenzzeiten oder keine Karenzzeit wählen.

2.1.6 Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen erhalten Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (siehe Abschnitt 9).

2.2 Welche Leistungsregelung können Sie vereinbaren?

Für die Leistungen gemäß 2.1.1 bis 2.1.3 können Sie im Versicherungsantrag zwischen 2 Regelungen wählen:

Pauschalregelung

2.2.1 Volle Leistungen werden erbracht, wenn Berufsunfähigkeit zu mindestens 50% besteht. Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit werden keine Leistungen erbracht.

Staffelregelung

2.2.2 Volle Leistungen werden erbracht, wenn Berufsunfähigkeit zu mindestens 75% besteht. Bei einer Berufsunfähigkeit unter 75% und zu mindestens 25% werden die Leistungen entsprechend dem Grad der Berufsunfähigkeit erbracht. Unter 25% werden keine Leistungen erbracht.

2.3 Welche Leistungen sind zusätzlich versichert?

Befristetes Anerkenntnis

2.3.1 Dauert die Leistungsprüfung ohne unser Verschulden über ein Jahr seit Anmeldung der Berufsunfähigkeit und ist Berufsunfähigkeit über die Karenzzeit hinaus zu erwarten, können wir zeitlich befristete Leistungen anerkennen, sofern der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person nicht widersprechen und die endgültige Entscheidung nicht abwarten wollen (siehe 2.5.3).

6

2.3.2 Derartige Leistungen sind für uns selbst dann nicht rückforderbar, wenn keine Berufsunfähigkeit vorgelegen haben sollte. Zum Ablauf eines derart befristeten Anerkenntnisses können wir die Leistungsprüfung nach den vertraglichen Regeln der Erstprüfung vornehmen.

Stundung der Prämien

2.3.3 Auch nach Anmeldung von Berufsunfähigkeit sind die Prämien weiter zu zahlen. Auf Verlangen stunden wir die Prämien nach Ablauf der Karenzzeit bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht und darüber hinaus bis zum Abschluss eines gerichtlichen Verfahrens.

Eine Stundung erfolgt längstens jedoch für 5 Jahre nach Ablauf der Karenzzeit. Stundungszinsen berechnen wir dabei nicht.

Bitte beachten Sie hierzu auch die Auswirkungen auf die Überschussbeteiligung (siehe 8.3.3).

2.3.4 Nach Ablauf der Stundung sind die gestundeten Prämien unverzüglich nachzuzahlen. Auf Verlangen können die gestundeten Prämien durch Verrechnung mit dem Guthaben der Hauptversicherung (Teil-Rückkauf – bei Verträgen der 1. Schicht (Rürup) nicht zulässig) getilgt werden. Sollte die Tilgung auf diesem Wege nicht möglich sein, teilen wir Ihnen das unverzüglich mit. Sollte eine unverzügliche Nachzahlung oder eine Tilgung durch Verrechnung nicht möglich sein und haben wir kein Leistungsanerkennnis ausgesprochen, können Sie die gestundeten Prämien in einem Zeitraum von bis zu 12 Monaten – gerechnet ab Ablauf der Stundung – in Raten zusammen mit den laufenden Prämien nachzahlen. Stundungszinsen berechnen wir dabei ebenfalls nicht.

2.3.5 Lassen Sie sich die Prämien nicht stunden und erkennen wir Leistungen aus dieser Zusatzversicherung an, zahlen wir Ihnen die befreiten Prämien rückwirkend ab Beginn der Leistungspflicht mit einer Verzinsung von 5% p. a. zurück.

2.4 Ab wann und an wen werden Leistungen gewährt?

Karenzzeit

2.4.1 Der Anspruch auf Leistungen entsteht mit Beginn des Kalendermonats nach Eintritt der Berufsunfähigkeit (= Beginn des sechsmonatigen Zeitraums gemäß Abschnitt 1.1.1) und Ablauf einer vereinbarten Karenzzeit.

Die Karenzzeit beginnt am Monatsersten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit und endet mit Ablauf der vereinbarten Dauer. Während der Karenzzeit muss die bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit ununterbrochen andauern und am Ende der Karenzzeit noch bestehen. Leistungen für die Karenzzeit werden nicht geschuldet.

Additive Karenzzeit

2.4.2 Endet die bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit und tritt erneut Berufsunfähigkeit (siehe 1.1 und 1.2) aufgrund derselben Ursache(n) ein, so werden bereits zurückgelegte volle Kalendermonate der Karenzzeit angerechnet.

Verfügungen

2.4.3 Ansprüche aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung können Sie weder abtreten noch verpfänden, ausgenommen an die versicherte Person.

2.5 Wann geben wir eine Erklärung zu unserer Leistungspflicht ab?

2.5.1 Während der Prüfung Ihres Anspruchs auf Leistung aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung werden wir Sie jeweils innerhalb von 4 Wochen nach Eingang von Unterlagen gemäß 3.1 über erforderliche weitere Prüfungsschritte informieren oder Ihnen eine Zwischeninformation zukommen lassen.

2.5.2 Liegen uns alle Unterlagen und die von uns eingeholten Informationen (siehe 3.1.2) vor, erklären wir innerhalb von 4 Wochen, ob wir bis zum Ablauf der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (vgl. 4.1) Leistungen anerkennen. Grundsätzlich sprechen wir keine befristeten Anerkenntnisse aus. In begründeten Einzelfällen können wir jedoch einmalig ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis bis zu 12 Monaten in Textform aussprechen, sofern der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person nicht widersprechen.

2.5.3 Gründe für befristete Anerkenntnisse liegen z. B. vor, wenn für ein unbefristetes Leistungsanerkennnis noch Erhebungen oder Untersuchungen oder deren Auswertung erforderlich sind oder aus medizinischen oder beruflichen bzw. betrieblichen Gründen (z. B. Dauer einer Umschulung oder Fortbildung, Möglichkeit der Umorganisation bei Selbstständigen oder ihnen gleichgestellten Personen – siehe 1.4) ein Ende der Berufsunfähigkeit zu erwarten ist.

2.5.4 Die Prüfung der Fortdauer der Berufsunfähigkeit bei befristetem Anerkenntnis erfolgt nach Ablauf der Frist nach den Grundsätzen der Erstprüfung gemäß 1.1 dieser Bedingungen; die Regelungen für das Nachprüfungsverfahren gemäß 4.1 gelten insoweit nicht. Hierfür erforderliche Kosten übernehmen wir. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich begrenzte Anerkenntnis für uns bindend. Auf eine Beendigung der Leistung infolge Nachprüfung innerhalb des befristeten Leistungszeitraums gemäß 2.5.3 verzichten wir. Stellt sich nach Ablauf der Frist heraus, dass keine Berufsunfähigkeit vorliegt, werden die bis dahin gezahlten Leistungen nicht zurückgefordert.

3. Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten

Vor und bei Abschluss sowie während der Vertragslaufzeit haben Sie Obliegenheiten zu beachten. Deren Verletzung hat schwerwiegende Folgen.

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

Bei Anmeldung von Leistungsansprüchen

3.1.1 Der Nachweis für die Voraussetzungen der Berufsunfähigkeit und ihre Auswirkungen auf den zuletzt ausgeübten Beruf muss von Ihnen bzw. der versicherten Person erbracht werden. Hierfür sind uns ohne schuldhaftes Verzögern einzureichen:

- a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit,
- b) 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 die Auswirkungen des Leidens auf die Fähigkeit den Beruf auszuüben,
- c) Unterlagen über den Beruf der versicherten Person sowie die Lebensstellung und die Tätigkeit vor dem Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit und über die dadurch bedingten Veränderungen,
- d) bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat derjenige zu tragen, der die Leistungen beansprucht.

3.1.2 Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen sowie notwendige Nachweise, zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen anfordern. Dies gilt auch für die wirtschaftlichen Verhältnisse und deren Veränderungen. Für medizinische Untersuchungen beauftragen wir Ärzte, die nicht in ständigen vertraglichen Bindungen zu uns stehen – also keine so genannten Vertragsärzte.

Wir können von der versicherten Person weiter verlangen, dass sie Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder in Pflege war und ist, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden ermächtigt, uns Auskunft zu erteilen.

Hält sich die versicherte Person außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen medizinischen Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden. Notwendige Reise- und Aufenthaltskosten übernehmen wir nach Vereinbarung mit Ihnen.

Während des Leistungsbezugs

3.1.3 Werden wegen Erhöhung des Grades der Berufsunfähigkeit höhere Leistungen verlangt, so gelten 3.1.1 und 3.1.2 sinngemäß. Eine Leistung aufgrund eines erhöhten Grades der Berufsunfähigkeit erbringen wir während des Leistungsbezugs vom Beginn des Monats der Anzeige an.

3.2 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

3.2.1 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, ärztlichen Behandlungen sowie Fragen zur beruflichen Tätigkeit und der wirtschaftlichen Situation.

3.2.2 Soll das Leben einer anderen Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

Rücktritt

3.2.3 Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person (siehe 3.2.2) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3.2.4 Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalls erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

3.2.5 Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir den Rückkaufswert gemäß 6.3.3 bis 6.3.4. Die Rückzahlung der Prämien können Sie nicht verlangen.

Kündigung

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

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

3.2.8 Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine prämienfreie Versicherung um (siehe 6.2).

Rückwirkende Vertragsanpassung

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

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

Ausübung unserer Rechte

3.2.11 Wir können die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände innerhalb eines Monats nach deren Kenntniserlangung angeben.

3.2.12 Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung sind ausgeschlossen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

3.2.13 Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von 5 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 10 Jahre.

Anfechtung

3.2.14 Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmendeckung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. 3.2.5 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

3.2.15 Die Regelungen in 3.2.1 bis 3.2.14 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen gemäß 3.2.13 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

Erklärungsempfänger

3.2.16 Die Ausübung unserer Rechte erfolgt durch eine 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, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

3.3 Welche Folgen hat eine Verletzung der Mitwirkungspflicht?

3.3.1 Solange eine Mitwirkungspflicht nach 3.1 oder Abschnitt 4 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchshebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechendem Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Zusatzversicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang sowie die Dauer unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des dann laufenden Monats zur vertragsgemäßen Leistung verpflichtet.

3.3.2 Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

3.4 Welche Folgen ergeben sich aus unrichtigen Angaben zum Beruf und Alter?

Bei schuldhafter Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht durch eine unrichtige Angabe des Alters oder des bei Antragstellung auf Versicherungsschutz ausgeübten Berufes gilt:

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

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

3.4.3 Im Übrigen gilt 3.2 entsprechend.

4. Nachprüfung der Berufsunfähigkeit

4.1 Was gilt für Sie und uns bei der Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

4.1.1 Wir sind berechtigt, die Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch und den Grad der Berufsunfähigkeit nachzuprüfen. Dabei können wir erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von 1.1.2 ausübt. Seit Eintritt der Berufsunfähigkeit neu erworbene berufliche Fähigkeiten werden dabei berücksichtigt, ebenso die Lebensstellung vor dem Versicherungsfall. Insofern können wir auch Angaben verlangen, ob die versicherte Person eine Tätigkeit konkret im Sinne von 1.1.2 wieder ausübt oder ausgeübt hat.

4.1.2 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 von 3.1.2 und 3.1.3 gelten entsprechend.

4.1.3 Hat die versicherte Person nach Beginn der Leistungen ihren ständigen Aufenthalt außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums, so können wir jederzeit verlangen, dass die versicherte Person oder der Versicherungsnehmer Unterlagen über die Fortdauer der Berufsunfähigkeit und ihres Grades vorlegt. Die Kosten hierfür erstatten wir maximal nach den an unserem Sitz geltenden Maßstäben und im Rahmen dieser Bedingungen. Einmal jährlich können wir umfassende Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte in Deutschland verlangen. Notwendige Reise- und Aufenthaltskosten übernehmen wir nach Vereinbarung mit Ihnen.

4.1.4 Eine Minderung der Berufsunfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit oder die Wiederaufnahme bzw. die Änderung der beruflichen Tätigkeit müssen Sie uns unverzüglich anzeigen, sofern Sie Leistungen aus diesem Vertrag erhalten oder beantragt haben.

4.1.5 Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen oder hat sich ihr Grad auf weniger als 50% bei der Pauschalregelung bzw. 75% bei der Staffelregelung vermindert, passen wir die Leistung entsprechend der gewählten Leistungsregelung (siehe 2.2.2) an. In diesem Fall informieren wir den Anspruchsberechtigten schriftlich über die Veränderungen oder die Einstellung der Leistungen. Diese Informationen können wir auch in Textform übermitteln.

Die Einstellung unserer Leistungen wird mit dem Ablauf des 3. Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Prämienzahlung wieder aufgenommen werden. Ist keine Berufsunfähigkeitsrente mitversichert, muss die Prämienzahlung zu Beginn des darauf folgenden Prämienzahlungsabschnitts wieder aufgenommen werden.

4.1.6 Liegt Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit vor und hat sich die Art des Pflegefalls geändert oder sein Umfang gemindert, mit der Folge dass keine der in 1.3 genannten Pflegekategorien erfüllt sind, stellen wir unsere Leistungen ein. 4.1.5 Satz 2 bis 5 gelten entsprechend, wenn wir unsere Leistungen einstellen.

4.2 Was gilt bei Tod der versicherten Person?

Bei Tod der versicherten Person enden die Leistungen und die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung zum Ende des Sterbemonats.

5. Ausschlüsse

5.1 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Berufsunfähigkeit gekommen ist. Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, besteht kein Versicherungsschutz, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist

- a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegereignisse oder innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
Diese Einschränkung gilt nicht, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig wird, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.
- b) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person. Dieser Ausschluss gilt nicht bei fahrlässigen und grob fahrlässigen Verstößen (z. B. im Straßenverkehr).
- c) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall, Pflegebedürftigkeit, Selbstverletzung oder durch versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass die Handlung in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist, werden wir bedingungsgemäß leisten.
- d) durch eine widerrechtliche Handlung, mit welcher der Versicherungsnehmer oder der Berechtigte vorsätzlich im Sinne des Strafrechts die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt hat.

5.2 Was gilt bei Kontamination mit ABC-Stoffen?

Wird die Berufsunfähigkeit unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen verursacht, besteht keine Beschränkung unserer Leistungspflicht, soweit der Einsatz oder die Freisetzung durch Dritte erfolgt.

5.3 Welche Regelung gilt hinsichtlich der Teilnahme an Fahrtveranstaltungen?

Wird die Berufsunfähigkeit unmittelbar oder mittelbar durch die Beteiligung an Fahrtveranstaltungen mit Kraftfahrzeugen, bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, und den dazugehörigen Übungsfahrten verursacht, besteht keine Beschränkung unserer Leistungspflicht, soweit die Beteiligung vor Antragstellung weder beabsichtigt war noch ausgeübt wurde.

6. Möglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten, Prämienfreistellung und Kündigung

6.1 Welche Möglichkeiten der Überbrückung können Sie bei Zahlungsschwierigkeiten nutzen?

Wenn Sie vorübergehend nicht in der Lage sind, die Prämien zu zahlen, stehen außer der Prämienfreistellung und Kündigung grundsätzlich weitere Möglichkeiten zur Verfügung, um Zahlungsschwierigkeiten zu überbrücken.

6.1.1 Vorbehaltlich der zum jeweiligen Zeitpunkt bei Swiss Life geltenden Regelungen und vertragsbezogener Voraussetzungen, z. B. Vertragszustand und ausreichender Rückkaufswert der Hauptversicherung, stehen zur Verfügung:

- Risikozwischenversicherung,
- Bonusrückkauf aus der Hauptversicherung,
- Teilrückkauf der Hauptversicherung,
- Stundung der fälligen Prämien,
- Policendarlehen,
- befristete Prämienfreistellung,
- Prämienfreistellung mit anschließender Wiederinkraftsetzung.

Über Einzelheiten geben wir Ihnen bei drohenden Zahlungsschwierigkeiten gerne Auskunft. Kontaktieren Sie uns, damit wir gemeinsam nach einer Lösung für Sie suchen können.

Risikozwischenversicherung

6.1.2 Während eines befristeten Zeitraums wird der Sparvorgang unterbrochen. Der Risikoschutz selbst bleibt in vollem Umfang erhalten. Sie zahlen also nur noch die Prämien für die Hinterbliebenenabsicherung und die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung. Sie können die Risikozwischenversicherung für einen Zeitraum von 3 Monaten bis maximal 2 Jahre vereinbaren, solange noch voller Versicherungsschutz besteht. Nach Ablauf der Risikozwischenversicherung können Sie die volle Prämienzahlung wieder aufnehmen. Eine Gesundheitsprüfung ist dann nicht erforderlich. Wegen des zwischenzeitlich höheren Eintrittsalters kann sich eine höhere Prämie ergeben. Durch die Risikozwischenversicherung verlängert sich die Versicherungsdauer und Leistungsdauer der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nicht.

Die Risikozwischenversicherung ist derzeit möglich bei

- Swiss Life Rentenplan – Optionsversicherung (Tarif 900/905)
- gemischte Kapitalversicherung für den Todes- und Erlebensfall (Tarif 950/955 mit 100% Todesfallsumme).

6.2 Wann können Sie Ihre Versicherung prämienvfrei stellen?

Diese Zusatzversicherung können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung in eine prämienvfreie Versicherung umwandeln. Setzen Sie die Prämienzahlung aus, verringert sich natürlich auch Ihr Versicherungsschutz.

Prämienbefreiung bei Berufsunfähigkeit

6.2.1 Bei einer teilweisen Prämienfreistellung der Hauptversicherung und Zusatzversicherungen wird die Prämienbefreiung bei Berufsunfähigkeit im selben Umfang angepasst. Bei einer vollständigen Prämienfreistellung endet die versicherte Prämienbefreiung bei Berufsunfähigkeit, ebenso eine mitversicherte garantiert steigende Prämienbefreiung (2.1.3).

Berufsunfähigkeitsrente

6.2.2 Bei einer teilweisen Prämienfreistellung vermindert sich eine versicherte Berufsunfähigkeitsrente. Bei vollständiger Prämienfreistellung setzen wir eine versicherte Berufsunfähigkeitsrente auf eine prämienvfreie Berufsunfähigkeitsrente herab. Die prämienvfreie Berufsunfähigkeitsrente wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen, die für den Vertrag gelten, zum Schluss des laufenden Prämienzahlungsabschnitts unter Zugrundelegung des Deckungskapitals errechnet. Mindestens legen wir jedoch den Betrag des Deckungskapitals, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten 60 Monate der Vertragslaufzeit ergibt, zugrunde. Von dem so ermittelten Wert erfolgt ein Abzug (siehe 8.1). Ausstehende Forderungen (z. B. rückständige Prämien) ziehen wir ebenfalls ab.

6.2.3 Das zuletzt gegebene Verhältnis zwischen der versicherten Berufsunfähigkeitsrente und der garantierten Leistung aus der Hauptversicherung wird durch die Umwandlung in eine prämienvfreie Versicherung nicht verändert. Bei Verträgen in der 1. Schicht (Rürup) kann sich dieses Verhältnis ändern, soweit es aus steuerlichen Gründen erforderlich ist.

Im Allgemeinen ergibt sich eine prämienvfreie Rente nicht vor dem 2. Versicherungsjahr (in Verbindung mit einer kapitalbildenden Hauptversicherung). Aufgrund der Besonderheit dieser Versicherung steht in den letzten Jahren vor Ablauf keine prämienvfreie Rente zur Verfügung.

6.2.4 Eine Fortführung der Zusatzversicherung bei einer Prämienfreistellung ist allerdings nur möglich, wenn die Hauptversicherung die in den Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung genannte prämienvfreie Mindestversicherungssumme bzw. Mindestrente erreicht und die prämienvfreie Berufsunfähigkeitsrente, gerechnet auf das Jahr, mindestens 600 Euro beträgt. Reicht der aus der Zusatzversicherung für die Bildung der prämienvfreien Berufsunfähigkeitsrente zur Verfügung stehende Betrag nicht aus, verwenden wir diesen Betrag zur Erhöhung der prämienvfreien Leistung der Hauptversicherung. Damit endet die Zusatzversicherung.

6.2.5 Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung wird die Zusatzversicherung im gleichen Verhältnis angepasst und es gelten 6.2.1 bis 6.2.4 entsprechend.

Wiederinkraftsetzung nach Prämienfreistellung

6.2.6 Soll eine herabgesetzte prämienvfreie oder erloschene Versicherung wieder in Kraft gesetzt werden, haben wir das Recht, das Risiko neu auf den Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung zu entscheiden.

Erfolgt die Wiederinkraftsetzung innerhalb von 6 Monaten nach Prämienfreistellung oder Löschung bzw. ab dem Zeitpunkt, ab dem die Prämien unbezahlt sind, verzichten wir auf eine Gesundheitsprüfung, sofern der Versicherungsfall zum Zeitpunkt des Zugangs des Antrags auf Wiederinkraftsetzung noch nicht eingetreten ist.

6.3 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen und welche Folgen hat dies?

6.3.1 Eine Zusatzversicherung, für die laufende Prämien zu zahlen sind, können Sie für sich allein kündigen. In den letzten 5 Versicherungsjahren vor Ablauf der Hauptversicherung, bei Rentenversicherungen in den letzten 5 Jahren vor dem (spätesten) vereinbarten Rentenbeginn kann die Zusatzversicherung jedoch nur zusammen mit der Hauptversicherung gekündigt werden.

6.3.2 Eine Zusatzversicherung, für die keine Prämien mehr zu zahlen sind (prämienfreie Zusatzversicherung), können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung kündigen.

6.3.3 **Eine Kündigung ist mit Nachteilen für Sie verbunden.** Bei der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung werden die Prämien im Wesentlichen durch das getragene Risiko verbraucht. Des Weiteren müssen wir die Kosten für das Einziehen der Prämien und die Verwaltung der Versicherung aus den Prämien bestreiten. Für die Beratung bei Abschluss einer Versicherung insbesondere durch den Vermittler und das Einrichten eines Vertrags entstehen ebenfalls Kosten. Der Rückkaufswert entspricht also in keinem Fall der Summe der gezahlten Prämien, sondern dem nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen, die für den Vertrag gelten, zum Schluss des laufenden Prämienzahlungsabschnitts berechneten Deckungskapital der Zusatzversicherung, vermindert um einen hiermit vereinbarten Abzug gemäß 8.1. Ausstehende Forderungen (z. B. rückständige Prämien) ziehen wir ebenfalls ab.

Der Rückkaufswert erreicht mindestens den vereinbarten Garantiebetrags, dessen Höhe vom Zeitpunkt der Beendigung des Gesamtvertrags abhängt.

Ein Rückkaufswert ergibt sich im Allgemeinen erst ab dem 3. Versicherungsjahr. Auch in den Folgejahren sind wegen der benötigten Risikoprämien, der Abschluss- und Verwaltungskosten gemessen an den gezahlten Prämien nur geringe Rückkaufswerte vorhanden. Aufgrund der Besonderheit dieser Versicherung steht in den letzten Jahren vor Ablauf kein Rückkaufswert zur Verfügung.

6.3.4 Bei Verträgen in der 1. Schicht (Rürup) verwenden wir den nach Kündigung zur Verfügung stehenden Betrag zur Erhöhung der Hauptversicherung.

6.3.5 Mit Kündigung erlischt die Zusatzversicherung.

7. Sonstige Änderungen der Versicherung

7.1 Welche Bestimmungen können geändert werden?

7.1.1 Wir sind gemäß §164 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) berechtigt, wenn es zur Fortführung dieser Zusatzversicherung notwendig ist, Vertragsbestimmungen, die durch eine höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandkräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt wurden, unter Beachtung gegenseitiger Interessen durch Regelungen zu ersetzen, die für beide Seiten zumutbar sind und dem Vertragszweck möglichst gerecht werden.

Diese neuen Regelungen werden 2 Wochen, nachdem die neuen Regelungen und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

7.1.2 Wir verzichten bei Ihrem Vertrag auf das Recht zur Anpassung der Prämien gemäß §163 VVG.

7.2 Welche Nachversicherungsgarantie gibt es?

7.2.1 Sofern vereinbart, können Sie Ihre Versicherung auch während der Vertragslaufzeit an veränderte Bedarfssituationen im Rahmen der folgenden Gestaltungsmöglichkeiten anpassen.

Zeitpunkt der Anpassung

7.2.2 Sie haben das Recht, den Versicherungsumfang der bestehenden prämienpflichtigen Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung und ggf. der prämienpflichtigen Hauptversicherung unabhängig voneinander und ohne erneute medizinische Risikoprüfung zu erhöhen, bei

- Heirat der versicherten Person,
- Geburt eines Kindes der versicherten Person,
- Adoption eines Kindes durch die versicherte Person,
- Scheidung der versicherten Person,
- Karrieresprung der versicherten Person, wenn dieser zu einer Erhöhung des regelmäßigen jährlichen Bruttoeinkommens von mindestens 10% führt (z. B. Gehaltserhöhung durch Wechsel des Arbeitgebers oder nach Abschluss einer beruflichen Qualifikation wie Abschluss der Berufsausbildung, Meisterbrief, Studium, Promotion),
- Reduzierung oder Wegfall der Invaliditätsversorgung der versicherten Person aus der gesetzlichen Rentenversicherung, einer arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Altersvorsorge oder einem berufsständischen Versorgungswerk, in dem die versicherte Person aufgrund einer Kammerzugehörigkeit pflichtversichert ist,
- Aufnahme eines Darlehens im gewerblichen Bereich oder zum Erwerb von selbst genutztem Immobilieneigentum durch die versicherte Person in Höhe von mindestens 50.000 Euro,

sofern dieses Recht innerhalb von 3 Monaten nach Eintritt mindestens eines der genannten Ereignisse schriftlich und unter Beifügung entsprechender Nachweise bei uns geltend gemacht wird und im Zeitpunkt des maßgeblichen Ereignisses die verbleibende Vertragsdauer noch mindestens 20 Jahre beträgt und die versicherte Person weder berufsunfähig im Sinne unserer Bedingungen ist noch Leistungen aus einer Erwerbsminderungsversicherung erhält.

Eine Erhöhung der versicherten Leistungen ist von einer wirtschaftlichen Risikoprüfung abhängig. Die hierfür erforderlichen Unterlagen sind von der versicherten Person bereitzustellen. Die wirtschaftliche Risikoprüfung orientiert sich an dem zum Anpassungszeitpunkt ausgeübten Beruf und den dann geltenden Richtlinien. Diese stellen wir Ihnen auf Wunsch gerne zur Verfügung.

Umfang der Anpassung

7.2.3 Die Erhöhung der versicherten Leistungen ist – im Rahmen der Tarifgrenzen – insgesamt begrenzt auf 100% der zu Vertragsbeginn versicherten Leistungen. Die bis zu diesem Zeitpunkt durchgeführten Dynamik-Erhöhungen werden angerechnet. Die Erhöhung muss bei der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mindestens 100 Euro monatliche Berufsunfähigkeitsrente betragen.

7.2.4 Für die Anpassung gelten die dem Vertrag zugrundeliegenden Tarife, Rechnungsgrundlagen und Versicherungsbedingungen sowie der zum Anpassungszeitpunkt ausgeübte Beruf. Für den anzupassenden Vertrag vereinbarte Risikozuschläge oder besondere Vereinbarungen gelten auch für die aus der Erhöhung resultierenden Vertragsteile.

7.2.5 Ist eine Dynamik vereinbart, wird sie auf die Form B (Erhöhung der Gesamtprämie um einen festen Prozentsatz) umgestellt und der jährliche Steigerungssatz auf 5% herabgesetzt. Dies geschieht ab dem ersten auf den Anpassungszeitpunkt folgenden Erhöhungszeitpunkt.

7.3 Welche Option gibt es beim Überschussverwendungs-System Bonusrente?

Sinkt die in Prozent der versicherten Rente bemessene Bonusrente durch Anpassung des Überschuss-Satzes, können Sie sich ohne erneute Gesundheitsprüfung in der Höhe so nachversichern, dass Ihr bisheriger Versicherungsschutz erhalten bleibt, sofern Berufsunfähigkeit noch nicht eingetreten ist.

7.4 Welche Option gibt es bei verbundenen Versicherungen?

Weiterführung des Versicherungsschutzes

Die Versicherung auf verbundene Leben erlischt, wenn eine der versicherten Personen verstirbt. War für die überlebende Person eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit eingeschlossen, so können Sie als überlebender Partner Ihre Berufsunfähigkeitsvorsorge ohne weitere Gesundheitsprüfung bis zum vereinbarten Ablauftermin der Versicherung auf verbundene Leben weiterführen. Voraussetzung: Sie schließen innerhalb von drei Monaten nach Erlöschen der bisherigen Hauptversicherung eine neue kapitalbildende Hauptversicherung oder eine Risikoversicherung ab. Das Recht auf Weiterführung ist auf die bisher für Sie versicherte Berufsunfähigkeitsrente und auf das riskierte Kapital aus der bisherigen Hauptversicherung (Versicherungssumme abzüglich Deckungskapital zum Umstellungszeitpunkt) beschränkt.

7.5 Welche Option gibt es bei Risikoversicherungen?

Umtausch in eine kapitalbildende Versicherung

Innerhalb von 10 Jahren nach Vertragsabschluss können Sie Ihre Risikoversicherung mit eingeschlossener Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung in eine kapitalbildende Versicherung mit Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung ohne Gesundheitsprüfung umtauschen, wenn sich weder die Versicherungsdauer noch die Leistungsdauer und die versicherte Gesamtleistung der Haupt- und Zusatzversicherung erhöhen.

8. Weitere Bestimmungen

8.1 Abschluss- und Vertriebskosten, Stornoabzug

Es ist vereinbart, dass die Abschluss und Vertriebskosten aus den laufenden Prämien getilgt werden und dass im Falle einer Prämienfreistellung oder Kündigung ein Stornoabzug erfolgt. Einzelheiten finden Sie in den Allgemeinen Bedingungen zur Hauptversicherung (Abschnitte „Vereinbarung zur Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten“ und „Vereinbarung eines Stornoabzugs“).

8.2 Rechnungsgrundlagen

Die Tarifikalkulation basiert auf den Tafeln der Deutschen Aktuarvereinigung (DAV 1994 T, DAV 1997 BU) und einem Rechnungszins in Höhe von 2,25%.

8.3 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

8.3.1 Diese Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Spätestens wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet bzw. bei Rentenversicherungen spätestens mit dem vereinbarten Rentenbeginn, erlischt auch die Zusatzversicherung.

8.3.2 Ist unsere Leistungspflicht aus der Zusatzversicherung anerkannt oder festgestellt, berechnen wir die Leistung aus der Hauptversicherung (Rückkaufswert, prämienfreie Versicherungsleistung und Überschussbeteiligung der Hauptversicherung) und Zusatzversicherung(en) – ausgenommen die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung – so, als ob die Prämien unverändert weiter gezahlt wurden.

8.3.3 Haben wir auf Ihr Verlangen Prämien gestundet und besteht nach der Leistungsentscheidung kein Anspruch auf Leistungen aufgrund von Berufsunfähigkeit, werden für den Stundungszeitraum, der 2 Jahre übersteigt, keine Zinsüberschüsse auf Sparanteile einer gegebenenfalls vorhandenen kapitalbildenden Hauptversicherung gewährt.

8.3.4 Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

9. Welche Regelungen gelten für Ihre Beteiligung an den Überschüssen?

9.1 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

9.1.1 Wir beteiligen Sie gemäß §153 VVG an den etwaigen Überschüssen und ggf. an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Die Bewertungsreserven werden dabei im Anhang des Geschäftsberichts ausgewiesen. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen. Sie können den Geschäftsbericht jederzeit bei uns anfordern.

Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

9.1.2 Überschüsse entstehen dann, wenn die Aufwendungen für das Berufsunfähigkeitsrisiko und die Kosten günstiger sind, als bei der Tarifikalkulation angenommen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer angemessen beteiligt (§1 Abs. 1 Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung – ZRQuotenV).

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. Daraus werden zunächst, soweit erforderlich, die garantierten Versicherungsleistungen finanziert (§1 Abs. 2 und 3 ZRQuotenV). Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer.

Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Gruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir beispielsweise, um das versicherte Risiko wie das Todesfall-, Langlebigekeits- oder Berufsunfähigkeitsrisiko zu berücksichtigen. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Gruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der so genannten Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. 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 Notstands (z. B. Verlustabdeckung) heranziehen. Hierfür benötigen wir die Zustimmung der Aufsichtsbehörde.

9.1.3 Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Prämien sind so kalkuliert, dass sie für die Deckung von Berufsunfähigkeitsrisiken benötigt werden. Für die Bildung von Kapitalerträgen stehen deshalb bei der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung. Daher entstehen keine oder nur geringe Bewertungsreserven. Soweit Bewertungsreserven überhaupt entstehen, werden diese mindestens einmal jährlich neu ermittelt und nach einem verursachungsorientierten Verfahren rechnerisch den einzelnen Verträgen zugeordnet. Ein Anspruch auf Beteiligung an den Bewertungsreserven entsteht jedoch erst bei Vertragsende. Der dann für diesen Zeitpunkt zu ermittelnde Betrag wird zur Hälfte zugeteilt.

9.2 Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags

Diese Zusatzversicherung ist grundsätzlich gesondert am Überschuss beteiligt. Sie gehört zur Bestandsgruppe der Hauptversicherung, zu der diese Zusatzversicherung abgeschlossen wurde.

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 nach billigem Ermessen unter Berücksichtigung beidseitiger Interessen festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Den Geschäftsbericht können Sie bei uns jederzeit anfordern.

Abhängig von objektiven Risikomerkmale, z. B. ausgeübter Beruf bei Abschluss, können unterschiedliche Überschuss-Sätze zur Anwendung kommen.

9.3 Überschusszuteilung vor Eintritt des Leistungsfalls

9.3.1 Bei Versicherungen gegen laufende Prämienzahlung besteht die Überschussbeteiligung aus laufenden Überschussanteilen (Risikoüberschussanteile) und einer Schlusszahlung.

Im Todesfall und bei Rückkauf werden die Überschussanteile des laufenden Jahres entsprechend den gezahlten Prämienraten berücksichtigt.

Im Falle eines Rumpfbeginnjahres berechnet sich die Höhe der ersten Zuteilung, indem die Zuteilung des vollen Versicherungsjahres mit 1/12 der Anzahl der Monate des ersten Versicherungsjahres multipliziert wird.

Risikoüberschussanteile

9.3.2 Die Zuteilungen der laufenden Risikoüberschussanteile erfolgen jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres. Risikoüberschussanteile werden von Versicherungsbeginn an erbracht. Sie werden in Prozent der jeweiligen Risikoprämie festgelegt.

Schlusszahlung

9.3.3 Bei Erleben des Ablaufs der Zusatzversicherung wird zusätzlich eine Schlusszahlung erbracht. Die Anwartschaft auf die Schlusszahlung eines Versicherungsjahres wird in Prozent der Jahresprämie für die Zusatzversicherung gewährt und zum Ausgangswert hinzuaddiert. Die in den Vorjahren mit den Prozentsätzen der Vorjahre auf die gleiche Weise ermittelte Anwartschaft dient als Ausgangswert. Bei Vertragsbeginn beträgt der Ausgangswert Null.

Zum Ausgleich von Schwankungen der Erträge aus Risikoverlauf und Kostenverlauf können die berechneten Anwartschaften später reduziert werden, spätestens bei Beginn des letzten Versicherungsjahres vor Ablauf der Zusatzversicherung.

Bei Rückkauf oder bei Tod der versicherten Person vor Ablauf der Zusatzversicherung wird eine reduzierte Schlusszahlung erbracht.

9.4 Überschussverwendung vor Eintritt des Leistungsfalls

Sie können sich bei Antragstellung für eines der nachstehenden Überschussverwendungs-Systeme entscheiden. Ein späterer Wechsel ist nur mit unserer Zustimmung möglich.

9.4.1 Prämienverrechnung

Die jährlich laufenden Überschussanteile werden während der prämienpflichtigen Dauer der Zusatzversicherung in Prozent der Prämien ausgewiesen und mit den fälligen Prämien verrechnet.

Das System Prämienverrechnung kann nicht bei Direktversicherungen gewählt werden.

9.4.2 Bonusrente

Die jährlich laufenden Überschussanteile werden während der Versicherungsdauer der Zusatzversicherung für eine zusätzliche Leistung nach Eintritt der Berufsunfähigkeit verwendet. Die Bonusrente bemisst sich in Prozent der versicherten Rente bzw. Leistung.

9.4.3 Bei Erleben des Ablaufs der Zusatzversicherung wird zusätzlich ein Schlussüberschussanteil, bei Tod der versicherten Person oder Rückkauf ein reduzierter Schlussüberschussanteil fällig und ausgezahlt bzw. bei Verträgen in der 1. Schicht (Rürup) zur Erhöhung der Altersrente verwendet.

9.5 Überschusszuteilung und -verwendung nach Eintritt des Leistungsfalls

9.5.1 Die Überschussbeteiligung besteht aus laufenden Zinsüberschüssen und Risikoüberschüssen. Sofern Risikoüberschüsse nicht separat ausgewiesen werden, sind sie in den Zinsüberschüssen enthalten.

Die Zuteilungen der laufenden Zinsüberschussanteile inkl. Risikoüberschuss erfolgen jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres, sofern eine Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit zu diesem Zeitpunkt besteht.

Die Zinsüberschussanteile werden in Prozent des Deckungskapitals am Zuteilungszeitpunkt gewährt und wie folgt verwendet:

9.5.2 Sofern eine Berufsunfähigkeitsrente geleistet wird: Erhöhung der Rentenleistung

Die Leistungen aus der Prämienbefreiung und der Berufsunfähigkeitsrente (inkl. der Bonusrente, falls 9.4.2 gewählt) erhöhen sich zum Beginn eines Versicherungsjahres um einen jährlich neu festgelegten Prozentsatz der auf das Versicherungsjahr bezogenen Vorjahresleistung. Die erste Erhöhung erfolgt zu Beginn des auf den Leistungsbeginn folgenden Versicherungsjahres.

Die so erreichte Gesamtrente ist nur bis zum Falle einer möglichen Reaktivierung garantiert.

9.5.3 Ist nur eine Prämienbefreiung bei Berufsunfähigkeit versichert, wird der Gegenwert der jährlichen steigenden Leistung verzinslich angesammelt oder ausgezahlt.

9.5.4 Ein Schlussüberschuss wird auch dann gewährt, wenn zuvor Leistungen aus dieser Zusatzversicherung erbracht wurden (siehe 9.3.3 und 9.4.3).

9.5.5 Bei Verträgen in der 1. Schicht (Rürup) werden verzinslich angesammelte Leistungen und ein zugeteilter Schlussüberschuss zur Erhöhung der Altersrente verwendet.

9.6 Beteiligung an den Bewertungsreserven

Gemäß § 153 Abs. 3 VVG haben Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen gegen laufende Prämienzahlung keinen Anspruch auf Beteiligung an den Bewertungsreserven. Soweit die Prämienzahlung durch eine Einmalprämie erfolgt, gelten die in den Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung genannten Regelungen zur Beteiligung an den Bewertungsreserven (ohne Basisbeteiligung) entsprechend. Bei Verträgen in der 1. Schicht (Rürup) wird der Sonderschlussüberschuss zur Erhöhung der Altersrente verwendet.

9.7 Information über die Höhe der Überschussbeteiligung

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 also nicht garantiert werden.



**Bedingungen für die Lebens-
versicherung mit planmäßiger
Erhöhung der Prämien
und Leistungen ohne erneute
Gesundheitsprüfung (Dynamik)**

Stand: 01.2008

2

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

die folgenden Bedingungen informieren Sie über die Regelungen zur Dynamik, die für Ihren Versicherungsvertrag gelten.

Zur besseren Lesbarkeit erfolgen Personenbezeichnungen in der Einzahl, auch wenn mehr als eine Person angesprochen sein könnte. Alle Personen- und Funktionsbezeichnungen beziehen sich in gleicher Weise auf Frauen und Männer.

Inhaltsverzeichnis

1	Dynamikarten und Dynamikformen	3
1.1	Welche Dynamikarten gibt es?	3
1.2	Welche Dynamikformen gibt es?	3
2	Durchführung der Dynamik	4
2.1	Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Prämien?	4
2.2	Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Prämien und Versicherungsleistungen?	4
2.3	Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?	4
2.4	Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?	5
3	Weitere Bestimmungen	5
3.1	Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen?	5

1 Dynamikarten und Dynamikformen

1.1 Welche Dynamikarten gibt es?

1.1.1 Volldynamik

Bei der Volldynamik werden die Versicherungsleistungen der Haupt- und aller Zusatzversicherungen erhöht.

1.1.2 Teildynamik

Bei der Teildynamik werden die Versicherungsleistungen der Hauptversicherung und der ggf. eingeschlossenen Prämienbefreiung bei Berufsunfähigkeit bzw. vollständiger Erwerbsminderung.

1.1.3 Hauptdynamik

Bei der Hauptdynamik werden die Versicherungsleistungen der Hauptversicherung und der ggf. eingeschlossenen Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bzw. Swiss Life EMI Plus erhöht.

1.2 Welche Dynamikformen gibt es?

1.2.1 Form A

Bei der Dynamikform A handelt es sich um eine Prämien-dynamik, die sich am Höchstbeitrag zur allgemeinen Rentenversicherung orientiert.

Die Erhöhung der Prämien erfolgt im selben prozentualen Verhältnis, in dem der Höchstbeitrag zur allgemeinen Rentenversicherung in den alten bzw. neuen Bundesländern gegenüber dem Vorjahr gestiegen ist, jedoch mindestens um 5 und höchstens um 10 %.

1.2.2 Form B

Bei der Dynamikform B handelt es sich um eine Prämien-dynamik, bei der sich die Prämien um einen festen Prozentsatz zwischen 5 und 10 % erhöhen.

1.2.3 Form C

Bei der Dynamikform C handelt es sich um eine Prämien-dynamik, die sich am Höchstbeitrag zur allgemeinen Rentenversicherung orientiert.

Die Erhöhung der Prämien erfolgt um einen Prozentsatz des Euro-Betrags, um den der Höchstbeitrag zur allgemeinen Rentenversicherung in den alten bzw. neuen Bundesländern gegenüber dem Vorjahr gestiegen ist. Als Prozentsatz kann 33,33 %, 50 % oder 100 % gewählt werden.

1.2.4 Form D

Bei der Dynamikform D handelt es sich um eine Gehalts-dynamik. Die Versicherungssumme(n) erhöhen sich auf Antrag einmal im Kalenderjahr im selben Verhältnis, in dem das Gehalt gegenüber dem Vorjahr steigt, höchstens jedoch um 10 %.

Swiss Life ist berechtigt, Nachweise über Art und Umfang der Gehaltserhöhung anzufordern.

1.2.5 Form K

Bei der Dynamikform K handelt es sich um eine Prämien-dynamik für Swiss Life Riester-Rente, bei der sich die Prämien um einen festen Prozentsatz zwischen 2 und 10 % erhöhen.

Die Prämien-erhöhung erfolgt jedoch höchstens soweit, dass die durch die Erhöhung fällige Gesamtprämie den Höchstbetrag gemäß § 10 a Abs. 1 Einkommensteuergesetz (EStG) von 2.100 Euro nicht überschreitet.

1.2.6 Form O

Bei der Dynamikform O handelt es sich um eine Prämien-dynamik. Die Erhöhung der Prämie erfolgt wie bei der Dynamikform A.

Die Prämien­erhöhung erfolgt jedoch höchstens soweit, dass die durch die Erhöhung fällige Gesamtprämie 4 % der dann gültigen Beitragsbemessungsgrenze zur allgemeinen Rentenversicherung nicht überschreitet.

1.2.7 Form P

Bei der Dynamikform P handelt es sich um eine Prämien­dynamik. Die Erhöhung der Prämie erfolgt wie bei der Dynamikform A.

Die Prämien­erhöhung erfolgt jedoch höchstens soweit, dass die durch die Erhöhung fällige Gesamtprämie die Summe aus 1.800 Euro und 4 % der dann gültigen Beitragsbemessungsgrenze zur allgemeinen Rentenversicherung nicht überschreitet.

2 Durchführung der Dynamik

2.1 Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Prämien?

2.1.1 Die Prämie und die zugehörigen Leistungen der Versicherung erhöhen sich jeweils nach den bei Antragstellung von Ihnen gewählten und von uns bestätigten Festlegungen.

2.1.2 Für die Dynamikformen A, B, C, K, O und P errechnet sich eine Erhöhung der Versicherungsleistung ohne erneute Gesundheitsprüfung aus der Prämien­erhöhung.

Für die Dynamikform D errechnet sich die Erhöhung der Prämie aus der beantragten Summenerhöhung.

2.1.3 Die Erhöhungen erfolgen bis zum Ablauf der Prämien­zahlungsdauer, jedoch nicht länger, als bis die versicherte Person – bei Versicherung mehrerer Personen die älteste versicherte Person – das rechnerische Alter von 65 Jahren erreicht hat.

2.2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Prämien und Versicherungsleistungen?

2.2.1 Die Erhöhungen der Prämie und der Versicherungsleistungen erfolgen jährlich zu Beginn eines Versicherungsjahres. Die erste Erhöhung erfolgt erst zu Beginn des übernächsten Versicherungsjahres, falls der Versicherungsschein innerhalb der letzten 2 Kalendermonate vor Ablauf eines Versicherungsjahres erstellt wird oder der Vertrag mit einem Rumpfbeginn­jahr beginnt.

2.2.2 Für fondsgebundene Versicherungen gilt: Die letzte Erhöhung erfolgt bei Swiss Life Temperament spätestens 2 Jahre vor Ablauf der Aufschubdauer, bei Swiss Life Synchro 5 Jahre vor Ablauf der Aufschubdauer und bei Swiss Life Riester-Rente FRV 9 Jahre vor Ablauf der Aufschubdauer.

2.2.3 Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin, sofern die höheren Prämien gezahlt wurden.

2.3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?

2.3.1 Die Erhöhung der Versicherungsleistungen (Dynamikformen A, B, C, K, O und P) bzw. der Prämien (Dynamikform D) errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnerischen Alter der versicherten Person(en), der restlichen Prämienzahlungsdauer, den ursprünglichen Annahmebedingungen und den bei Abschluss des Vertrags geltenden Rechnungsgrundlagen, soweit gesetzliche oder aufsichtsbehördliche Bestimmungen nichts anderes festlegen oder empfehlen. Eine Erhöhung ist bei kurzer Restlaufzeit nicht immer wirtschaftlich.

2.3.2 Das rechnermäßige Alter der versicherten Person entspricht dem tatsächlichen Lebensalter der versicherten Person, wobei ein bereits begonnenes, aber noch nicht vollendetes Lebensjahr hinzugerechnet wird, falls davon mehr als 6 Monate verstrichen sind.

2.3.3 Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Prämien.

2.3.4 Sind Zusatzversicherungen eingeschlossen, so werden deren Versicherungsleistungen je nach gewählter Dynamikart erhöht.

2.4 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

2.4.1 Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder die erste erhöhte Prämie nicht innerhalb von 2 Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen.

2.4.2 Unterbliebene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.

2.4.3 Sollten Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhung keinen Gebrauch machen, so erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen; es kann jedoch mit unserer Zustimmung und gegen erneute Gesundheitsprüfung wieder neu begründet werden.

2.4.4 Ist in Ihrer Versicherung eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit eingeschlossen und besteht ein Anspruch auf Berufsunfähigkeitsleistungen, so entfällt während der Dauer des Versicherungsfalles in der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung die weitere Erhöhung dieser Zusatzversicherung. Entsprechendes gilt auch bei einer eingeschlossenen Erwerbsminderungs-Zusatzversicherung.

Die Hauptversicherung einschließlich etwaiger anderer Zusatzversicherungen nimmt an den Erhöhungen weiter teil. Für die Erhöhungsleistungen muss jedoch die volle Prämie entrichtet werden, soweit nicht die garantiert steigende Prämienbefreiung bei Berufsunfähigkeit bzw. bei Erwerbsminderung (im Rahmen der Erwerbsminderungs-Zusatzversicherung) versichert ist.

3 Weitere Bestimmungen

3.1 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen?

3.1.1 Alle im Rahmen des Versicherungsvertrags getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Allgemeinen Bedingungen sowie die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich auch auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen. Entsprechende Anwendung finden auch der Abschnitt 3 (Vereinbarung zur Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten) der Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung.

3.1.2 Die Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag setzt die Fristen in den Allgemeinen und Besonderen Bedingungen für die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht und der Selbsttötung nicht erneut in Lauf.



Allgemeine Steuerinformationen

Swiss Life Kapitalversicherung

Swiss Life Kapitalversicherung für

2 verbundene Leben (Partnerschutz)

Swiss Life Rentenplan

Swiss Life Sterbegeldversicherung

Swiss Life Termfix

Stand: 01.2008

2

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

neben einer bedarfsgerechten Versorgung spielen bei einer Lebensversicherung meistens auch steuerliche Aspekte eine bedeutende Rolle. Hier informieren wir Sie zusammenfassend über die wichtigsten **zurzeit allgemein geltenden Steuerregelungen** zu Ihrem Lebensversicherungsvertrag.

Bedenken Sie bitte, dass bei Vertragsänderungen steuerliche Folgewirkungen auftreten können. Bitte informieren Sie sich deshalb, bevor Sie eine Vertragsänderung durchführen lassen.

Zur besseren Lesbarkeit erfolgen Personenbezeichnungen in der Einzahl, auch wenn mehr als eine Person angesprochen sein könnte. Alle Personen- und Funktionsbezeichnungen beziehen sich in gleicher Weise auf Frauen und Männer.

Inhaltsverzeichnis

1	Einkommensteuer	3
1.1	Wie werden die Versicherungsprämien steuerlich behandelt?	3
1.2	Wie werden die Versicherungsleistungen steuerlich behandelt?	3
1.3	Was ist bei Vertragsänderungen zu berücksichtigen?	4
1.4	Wie werden planmäßige Erhöhungen der Versicherungsprämien und -leistungen (Dynamik) steuerlich behandelt?	4
1.5	Was bedeutet Kapitalertragsteuerabzug und Abgeltungsteuerabzug nach 2008?	4
2	Erbschaftsteuer	5
2.1	Wann ist die Versicherungsleistung erbschaftsteuerfrei bzw. -pflichtig?	5
2.2	Wann müssen wir die Auszahlung dem Finanzamt melden?	5
3	Versicherungsteuer	5

1. Einkommensteuer

1.1 Wie werden die Versicherungsprämien steuerlich behandelt?

1.1.1 Prämien zu Lebensversicherungen sind im Allgemeinen nicht steuerlich abzugsfähig.

1.1.2 Prämien zu einer Risikoversicherung, Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsminderungs-Zusatzversicherung sind jedoch gemäß § 10 Abs. 1 Nr. 3 a Einkommensteuergesetz (EStG) im Rahmen der Höchstbeträge von 2.400 bzw. 1.500 Euro gemäß § 10 Abs. 4 EStG steuerlich abzugsfähig. Bei Zusammenveranlagung werden die einzelnen Höchstbeträge addiert.

1.2 Wie werden die Versicherungsleistungen steuerlich behandelt?

1.2.1 Bei der Auszahlung der Kapital bildenden Versicherung ist der Ertrag gemäß § 20 Abs. 1 Nr. 6 EStG einkommensteuerpflichtig. Als Ertrag gilt dabei die Differenz zwischen dem Auszahlungsbetrag und der Summe der auf die Hauptversicherung entfallenden Prämienteile.

1.2.2 Der Ertrag ist nur zur Hälfte der Einkommensteuer zu unterwerfen, wenn folgende Voraussetzungen zum Auszahlungszeitpunkt erfüllt sind:

- Die Auszahlung erfolgt frühestens 12 Jahre nach Vertragsabschluss und
- Zum Zeitpunkt der Auszahlung hat der Bezugsberechtigte das 60. Lebensjahr bereits vollendet.

Bei einem Umtausch einer Risikoversicherung (die Kapitalzahlung erfolgt nur im Todesfall während der vereinbarten Vertragsdauer) in eine kapitalbildende Versicherung, gilt der Umtauschtermin als Vertragsabschluss

1.2.3 Bei Kündigung gilt 1.2.2 entsprechend.

1.2.4 Kapitaleistungen aus Todesfall-Zusatzversicherungen (zeitlich begrenzte Todesfall-Zusatzversicherung, Abfindungswert aus der Überlebenszeitrenten-Zusatzversicherung) sind einkommensteuerfrei.

1.2.5 Rentenleistungen aus einer Überlebenszeitrenten-Zusatzversicherung sind als Zeitrenten voll zu versteuern.

1.2.6 Die Leistungen aus einer Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsminderungs-Zusatzversicherung unterliegen in Höhe des Ertragsanteils der Einkommensteuer. Der Ertragsanteil ergibt sich aus § 55 Einkommensteuer-Durchführungsverordnung in Verbindung mit § 22 Nr. 1 Satz 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb EStG.

4

1.3 Was ist bei Vertragsänderungen zu berücksichtigen?

1.3.1 Aus verschiedenen Gründen kann es zweckmäßig werden, einen bestehenden Vertrag zu ändern (Vertragslaufzeit, Prämienzahlungsdauer, Prämie, Versicherungsleistung) oder eine vereinbarte Nachversicherungsgarantie auszuüben. Soweit solche wesentlichen Merkmale erhöht werden, gilt die mögliche steuerliche Vergünstigung auch für die Erhöhungen, wenn die genannten Voraussetzungen (siehe 1.2.2) auch auf die Erhöhung zutreffen. Bitte informieren Sie sich deshalb bei Ihrem Steuerberater oder bei uns, inwieweit eine beabsichtigte Vertragsänderung steuerschädlich sein kann.

1.3.2 Eine Übertragung der Versicherungsnehmer-Eigenschaft (ohne Entgelt) ist keine Vertragsänderung im einkommensteuerlichen Sinne. Wird jedoch eine Rentenversicherung nach 2008 gegen Entgelt übertragen (veräußert), ist der Veräußerungsgewinn gemäß § 20 Abs. 2 Nr. 6 EStG einkommensteuerpflichtig (Verkaufserlös abzüglich Anschaffungs- und Veräußerungskosten).

1.4 Wie werden planmäßige Erhöhungen der Versicherungsprämien und -leistungen (Dynamik) steuerlich behandelt?

Wurden bei einer Kapitalversicherung planmäßige Erhöhungen der Versicherungsprämien und Versicherungsleistungen vereinbart, so werden die jeweiligen Prämien- und Leistungserhöhungen ggf. auch dann steuerlich begünstigt, wenn die Restlaufzeit der Erhöhungen weniger als 12 Jahre beträgt.

1.5 Was bedeutet Kapitalertragsteuerabzug und Abgeltungsteuerabzug nach 2008?

1.5.1 Vom einkommensteuerpflichtigen Ertrag bei Kapitalauszahlung müssen wir 25% Kapitalertragsteuer zuzüglich Solidaritätszuschlag einbehalten und an das Finanzamt abführen. Dies gilt nach 2008 nur für steuerlich begünstigte Verträge im Sinne von 1.2.2. Sie erhalten hierüber eine Bescheinigung. Die Kapitalertragsteuer können Sie sich auf Ihre insgesamt zu zahlende Einkommensteuer anrechnen lassen.

1.5.2 Liegt keine steuerliche Begünstigung im Sinne von 1.2.2 vor, müssen wir nach 2008 vom einkommensteuerpflichtigen Ertrag 25% Kapitalertragsteuer zuzüglich Solidaritätszuschlag einbehalten und an das Finanzamt abführen womit die Einkommensteuer auf diese Erträge abgegolten ist (Abgeltungsteuer). Eine Günstigerprüfung (Abgeltungsteuer oder individuelle Besteuerung) kann im Rahmen der Einkommensteuererklärung beantragt werden.

2. Erbschaftsteuer

2.1 Wann ist die Versicherungsleistung erbschaftsteuerfrei bzw. -pflichtig?

Die Versicherungsleistung ist erbschaftsteuerfrei, wenn sie an den Versicherungsnehmer selbst ausgezahlt wird. Erhält die Leistung nicht der Versicherungsnehmer, sondern eine andere Person, dann liegt beim Empfänger gewöhnlich ein erbschaft- bzw. schenkungsteuerpflichtiger Erwerb vor. Die unentgeltliche Übertragung der Versicherungsnehmereigenschaft stellt ebenfalls einen erbschaft- bzw. schenkungsteuerpflichtigen relevanten Vorgang dar. Ebenso kann ein schenkungsteuerpflichtiger Vorgang vorliegen, wenn die Versicherungsprämien nicht vom Versicherungsnehmer selbst, sondern von einem Dritten bezahlt werden.

Ob es zu einer Erbschaft- bzw. Schenkungsteuerzahlung kommt, richtet sich nach dem gesamten erbschaft- bzw. schenkungsteuerpflichtigen Erwerb unter Berücksichtigung von Freibeträgen.

2.2 Wann müssen wir die Auszahlung dem Finanzamt melden?

2.2.1 Wenn Versicherungsnehmer und Empfänger der Versicherungsleistung nicht identisch sind, müssen wir vor der Auszahlung der Leistungen eine Meldung an das Finanzamt abgeben.

Die Meldung ist nicht zu machen, soweit der Wert der Kapitalleistung 1.200 Euro nicht übersteigt.

2.2.2 Soll die Zahlung in das Ausland erfolgen, benötigen wir vorher eine Unbedenklichkeitsbescheinigung des Finanzamtes, weil wir sonst für eine gegebenenfalls zu zahlende Erbschaftsteuer haften (§ 20 Abs. 6 Erbschaftsteuergesetz).

3. Versicherungsteuer

Die Prämien zu Lebensversicherungen (einschließlich der Prämien zu Zusatzversicherungen) sind von der Versicherungsteuer befreit, soweit Sie als Versicherungsnehmer Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland haben. Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in ein anderes Land, so kann die Lebensversicherungsprämie nach den dortigen Steuergesetzen der Versicherungsteuer unterliegen. Gegebenenfalls sind wir dann verpflichtet, Sie mit dieser Versicherungsteuer zu belasten.

