

Versicherungsbedingungen

Als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Für unser Vertragsverhältnis gelten, je nach Tarif und eventuell eingeschlossener Zusatzversicherung, die nachfolgenden Bedingungen:

Allgemeine Bedingungen für die Risikolebensversicherung (ABRis-D)	S. 2
Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Risikolebensversicherung und eingeschlossener Zusatzversicherungen (ABVs-D)	S. 16
Besondere Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung (Dynamik-D)	S. 19
Bedingungen für die Unfalltod-Zusatzversicherung (BUzv-D)	S. 22
Bedingungen für die Dread Disease-Zusatzversicherung (BDDz-D)	S. 26
Hinweise zum Schutz Ihrer Daten	S. 35
Steuerregelungen für Lebensversicherungen nach deutschem Recht	S. 39

Bitte beachten: Zum Verbleib beim Kunden

Allgemeine Bedingungen für die Risikolebensversicherung (ABRis-D)

Als [Versicherungsnehmer](#) sind Sie unser Vertragspartner. Für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen. Auf den folgenden Seiten finden Sie wichtige Informationen, die für Ihren Versicherungsvertrag von Bedeutung sind. Dabei bilden die Versicherungsbedingungen die rechtliche Grundlage für unser gemeinsames Vertragsverhältnis. In ihnen werden u. a. die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien geregelt sowie die vertraglichen Leistungen beschrieben. Informationen zur steuerlichen Behandlung der Versicherung finden Sie in den separat vorliegenden Steuerinformationen.

Inhaltsverzeichnis

I. Versicherungsschutz und Leistungen	- 2 -
§1 Vorläufiger Versicherungsschutz	- 2 -
§2 Versicherungsbeginn	- 2 -
§3 Versicherungsende	- 2 -
§4 Geltungsbereich	- 2 -
§5 Versicherungsleistungen	- 2 -
§6 Zusätzliches Leistungspaket bei den Tarifen RISK-vario® und RISK-vario® Premium	- 2 -
§7 Zusätzliches Leistungspaket beim Tarif RISK-vario® Premium	- 3 -
§8 Mögliche Zusatzversicherungen	- 4 -
§9 Leistungseinschränkungen und -ausschlüsse	- 4 -
II. Vertragsflexibilität ohne erneute Gesundheitsprüfung	- 5 -
§10 Wechselgarantie für risikoadäquate Tarife	- 5 -
§11 Nachversicherungsgarantie	- 5 -
§12 Wann reduziert sich der Beitrag bei einem Berufswechsel für RISK-vario® und RISK-vario® Premium?	- 6 -
§13 Anpassungsoption bei geändertem Darlehen	- 6 -
§14 Verlängerungsoption für RISK-vario® und RISK-vario® Premium	- 7 -
§15 Option auf Anschlussversicherung bei verbundenen Leben für RISK-vario® und RISK-vario® Premium	- 7 -
III. Vertragspflichten	- 7 -
§16 Vorvertragliche Anzeigepflicht	- 7 -
§17 Gesundheitszustand und Rauchverhalten	- 8 -
§18 Mitteilungspflichten	- 8 -
IV. Beitragszahlung und Kosten	- 9 -
§19 Beitragszahlung	- 9 -
§20 Nichtzahlung von Beiträgen	- 9 -
§21 Beitragsstundung bei kurzfristigen Zahlungsschwierigkeiten	- 9 -
§22 Abschluss- und Vertriebskosten	- 9 -
§23 Sonstige Kosten	- 10 -
V. Kündigung und Beitragsfreistellung	- 10 -
§24 Kündigung	- 10 -
§25 Beitragsfreistellung	- 10 -
§26 Beitragsrückzahlung	- 11 -
VI. Eintritt des Versicherungsfalls und Leistungsauszahlungen	- 11 -
§27 Bezugsberechtigter und Bezugsrecht der Versicherungsleistung	- 11 -
§28 Leistungsauszahlung	- 11 -
§29 Bedeutung des Versicherungsscheins	- 11 -
VII. Überschussbeteiligung	- 11 -
§30 Bedeutung von Überschüssen	- 11 -
§31 Beteiligung an Überschüssen	- 11 -
VIII. Sonstige Vertragsbestimmungen	- 12 -
§32 Rechtsanwendung	- 12 -
§33 Gerichtsstand	- 12 -
§34 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?	- 13 -
§35 Können die Bruttobeiträge angehoben werden?	- 13 -
IX. Begriffserklärungen	- 14 -

I. Versicherungsschutz und Leistungen

§1 Vorläufiger Versicherungsschutz

Wir gewähren ab Antragseingang [vorläufigen Versicherungsschutz](#), wenn die Voraussetzungen hierfür gemäß den Allgemeinen Bedingungen für den [vorläufigen Versicherungsschutz](#) in der Risikolebensversicherung und eingeschlossener Zusatzversicherungen (ABVs-D) vorliegen.

§2 Versicherungsbeginn

Ihr Versicherungsschutz beginnt zu dem im [Versicherungsschein](#) vereinbarten Zeitpunkt. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung (vgl. [§ 19](#) und [§ 20](#) dieser Bedingungen).

§3 Versicherungsende

Der Versicherungsvertrag endet mit Tod einer [versicherten Person](#), durch eine versicherte vorzeitige Auszahlung der vereinbarten [Versicherungssumme](#), durch vorzeitige Kündigung (siehe [§ 16 Absatz 2](#) und [§ 24](#) dieser Bedingungen) oder spätestens mit Ablauf der im [Versicherungsschein](#) genannten [Versicherungsdauer](#). Für die überlebenden versicherten Personen bzw. für die weiteren versicherten Personen besteht eine Möglichkeit einer Anschlussversicherung. Die Voraussetzungen dafür sind in [§ 15](#) dieser Bedingungen geregelt.

§4 Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

§5 Versicherungsleistungen

(1) Leistung bei Tod

Wir zahlen die vereinbarte [Versicherungssumme](#), wenn eine der [versicherten Personen](#) vor dem im [Versicherungsschein](#) genannten Ablauftermin stirbt. Leistungseinschränkungen und -ausschlüsse werden in [§ 9](#) dieser Bedingungen beschrieben.

(2) Leistung bei Tod mehrerer Personen

Bei Tod mehrerer versicherter Personen wird die versicherte Summe einmal fällig. Die Möglichkeit einer Mehrfachleistung ist in [§ 7 Absatz 3](#) dieser Bedingungen geregelt.

(3) Leistung aus Überschüssen

Außer den im [Versicherungsschein](#) ausgewiesenen garantierten Leistungen erhalten Sie gegebenenfalls weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (siehe [§ 30](#) und [§ 31](#) dieser Bedingungen).

(4) Vorgezogene Todesfalleistung

- a) Wir zahlen die vereinbarte [Versicherungssumme](#) auf Ihren Antrag bereits vor dem Tod der versicherten Person – bei verbundenen Leben einer der versicherten Personen – wenn diese während der [Versicherungsdauer](#) an einer schweren Krankheit gemäß [Absatz b\)](#) erkrankt.
- b) Schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen ist jede fortschreitende, unheilbare Krankheit, die nach Ansicht des behandelnden Facharztes und unseres Gesellschaftsarztes innerhalb von 12 Monaten zum Tode führen wird. In Zweifelsfällen sind wir berechtigt, die Stellungnahme eines unabhängigen Facharztes einzuholen.
- c) Mit der Zahlung der vereinbarten [Versicherungssumme](#) endet dieser Versicherungsvertrag. Bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen. Auf Ihren entsprechenden Antrag in Textform stunden wir bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht die Zahlung des laufenden Beitrags zinslos. Bei Ablehnung der Leistungspflicht können Sie nach Vereinbarung innerhalb eines Zeitraumes von 24 Monaten die gestundeten Beiträge in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten zinslos nachzahlen.
- d) Eine vorgezogene Leistung wird nicht gewährt, wenn die verbleibende [Versicherungsdauer](#) weniger als 12 Monate beträgt.
- e) Maßgeblich für die 12-Monatsfrist hinsichtlich der Prognose über die Lebenserwartung, für die verbleibende Vertragsdauer sowie für die vereinbarte [Versicherungssumme](#) ist der Zeitpunkt der Stellung des Leistungsantrags.
- f) Bei Beantragung der vorgezogenen Todesfalleistung ist uns ein Zeugnis eines Facharztes – einschließlich Befunden und, falls vorhanden, Krankenhausberichten – einzureichen, aus dem hervorgeht, dass bei der versicherten Person eine schwere Krankheit im Sinne des [Absatz b\)](#) vorliegt. Zudem können wir verlangen, dass uns der [Versicherungsschein](#) vorgelegt wird. Sollten zur Prüfung unserer Leistungspflicht weitere Unterlagen erforderlich sein, sind wir berechtigt, Auskünfte der die [versicherte Person](#) zusätzlich behandelnden Ärzte sowie sonstige notwendige Nachweise einzuholen.
- g) Das Recht auf Anschlussversicherung nach [§ 15](#) dieser Bedingungen bleibt von dieser Regelung unberührt.

§6 Zusätzliches Leistungspaket bei den Tarifen RISK-vario® und RISK-vario® Premium

Die folgende Zusatzleistung erhalten Sie, wenn Sie den Tarif RISK-vario® oder RISK-vario® Premium abgeschlossen haben:

(1) Baubonus

- a) Sie erhalten bei einem Vertrag mit laufender Beitragszahlung einen zusätzlichen Versicherungsschutz in Höhe von 10 Prozent der dann geltenden Versicherungssumme, maximal 30.000 Euro, wenn Sie uns den Eintritt eines der nachfolgenden, die gestorbene [versicherte Person](#) betreffenden Ereignisse nachweisen:
 - Bau einer selbstgenutzten Wohnimmobilie oder
 - Erwerb einer selbstgenutzten Wohnimmobilie.
- b) Der Baubonus wird nur gewährt, wenn die [versicherte Person](#) – bei verbundenen Leben eine [versicherte Person](#) – innerhalb von 12 Monaten nach Abschluss des notariellen Kaufvertrages stirbt.
- c) Der Baubonus kann nur einmal in Anspruch genommen werden, auch wenn für die [versicherte Person](#) – bei verbundenen Leben für die versicherten Personen – mehrere Verträge bei unserem Unternehmen bestehen.

§7 Zusätzliches Leistungspaket beim Tarif RISK-vario® Premium

Die folgenden Zusatzleistungen erhalten Sie, wenn Sie den Tarif RISK-vario® Premium abgeschlossen haben:

(1) Zusatzleistung im Pflegefall

- a) Wir erbringen einmalig eine Zahlung in Höhe von 10 % der vereinbarten [Versicherungssumme](#) im Todesfall, maximal 25.000 Euro, wenn die [versicherte Person](#) – bei verbundenen Leben eine der versicherten Personen – nach Maßgabe dieser Bedingungen während der [Versicherungsdauer](#) pflegebedürftig im Sinne der Absätze [d\)](#) und [e\)](#) wird. Bei Versicherungsverträgen auf mehr als ein Leben zahlen wir die Zusatzleistung einmal für jede [versicherte Person](#), für die Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen vorliegt.
- b) Eine Beantragung ist nur möglich, solange die [versicherte Person](#), für die die Zusatzleistung beantragt wird, lebt.
- c) Die [Versicherungssumme](#) bei Tod der [versicherten Person](#) – bei verbundenen Leben der versicherten Personen – während der [Versicherungsdauer](#) bleibt hiervon unberührt. Verstirbt die versicherte Person jedoch innerhalb von 28 Tagen nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit, wird keine Zusatzleistung erbracht. Eine bereits gewährte Zusatzleistung wird in diesem Fall von der Versicherungssumme in Abzug gebracht.
- d) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die [versicherte Person](#) – bei verbundenen Leben mindestens eine der versicherten Personen – infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls sechs Monate ununterbrochen so hilflos war oder voraussichtlich mindestens sechs Monate so hilflos sein wird, dass sie für alle nachfolgend genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens täglich in erheblichem Umfang der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen. Die [versicherte Person](#) benötigt Hilfe beim:

Fortbewegen im Zimmer

Hilfebedarf liegt vor, wenn die [versicherte Person](#) – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person benötigt, um sich an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortzubewegen.

Aufstehen und Zubettgehen

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

An- und Auskleiden

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

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken

Hilfebedarf liegt vor, wenn die [versicherte Person](#) – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne Hilfe einer anderen Person bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufnehmen kann.

Waschen, Kämmen oder Rasieren

Hilfebedarf liegt vor, wenn die [versicherte Person](#) – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Wannengriff oder einem Wannenaufsteiger – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person so waschen kann, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt oder wenn die [versicherte Person](#) von einer anderen Person gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.

Verrichten der Notdurft

Hilfebedarf liegt vor, wenn die [versicherte Person](#) die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil

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

Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Hilfsmitteln wie Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor, solange die [versicherte Person](#) bei Verwendung dieser Hilfsmittel zur Verrichtung der Notdurft nicht auf die Hilfe einer anderen Person angewiesen ist.

- e) Der Begriff der Pflegebedürftigkeit nach diesen Bedingungen ist nicht mit der Pflegebedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuches identisch.
- f) Nachweis- und Mitwirkungspflichten, wenn eine Leistung wegen Pflegebedürftigkeit beantragt wird:

Nachweis für den Eintritt von Pflegebedürftigkeit

Werden Leistungen aufgrund von Pflegebedürftigkeit verlangt, so sind uns unverzüglich (d.h. ohne schuldhaftes Zögern) folgende Unterlagen einzureichen:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit,
- ausführliche Berichte der Ärzte oder anderer Heilbehandler, die die [versicherte Person](#) gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit,
- eine Aufstellung der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen und Pflegepersonen, bei denen die [versicherte Person](#) in Behandlung war oder – sofern bekannt – sein wird,
- eine Aufstellung der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträgern und sonstiger Versorgungsträger, bei denen die [versicherte Person](#) ebenfalls Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit geltend machen könnte.

Weitere Nachweise, Entbindung von der Schweigepflicht

Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Hierfür ist es nicht erforderlich, dass die [versicherte Person](#) nach Deutschland kommt. Die Untersuchungen können auf Wunsch auch durch einen von uns beauftragten Arzt im Land des Aufenthaltes der versicherten Person durchgeführt werden. Die [versicherte Person](#) hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder in Pflege war oder sein wird, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer, Behörden, Krankenkassen und Sozialversicherungsträger zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen, soweit dies zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist.

Folgen einer Verletzung der Mitwirkungspflicht

Solange eine Nachweis- bzw. Mitwirkungspflicht von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchsteller vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Dies gilt insbesondere dann, wenn Sie einer Auskunftserhebung, die für die Leistungsprüfung erforderlich ist, widersprechen oder eine Einzeleinwilligung nicht erteilen. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Nachweis- bzw. Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt

nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Nachweis- bzw. Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Der Anspruch auf Leistung wegen Pflegebedürftigkeit bleibt jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in [Textform](#) auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

(2) Soforthilfe

- a) Nach Vorlage des [Versicherungsscheins](#) und der amtlichen Sterbeurkunde der versicherten Person – bei verbundenen Leben einer der versicherten Personen – durch den Empfangsberechtigten (Todesfallbegünstigter, Zessionar oder Bevollmächtigter), leisten wir eine Soforthilfe in Höhe von 10 % der [Versicherungssumme](#) zum Zeitpunkt des Todes, maximal 10.000 Euro. Voraussetzung hierfür ist, dass der Vertrag seit dem Vertragsbeginn mindestens drei Jahre bestanden hat und die Beiträge bis zum Todesfallzeitpunkt in voller Höhe gezahlt wurden. Sobald die Leistungsprüfung abgeschlossen ist und die Versicherungsleistung ausgezahlt werden kann, verrechnen wir die Soforthilfe mit der [Versicherungssumme](#).
- b) Sollte nach Abschluss der Leistungsprüfung ein Rücktritt bzw. eine Anfechtung gemäß [§ 16](#) dieser Bedingungen erforderlich sein, wird die Soforthilfe nicht zurückverlangt. Gleiches gilt, wenn die Voraussetzungen nach [§ 9](#) dieser Bedingungen, die zum Wegfall unserer Leistungspflicht führen, vorliegen.
- c) Die Soforthilfe kann nur einmal in Anspruch genommen werden, auch wenn für die [versicherte Person](#) – bei verbundenen Leben für die versicherten Personen – mehrere Verträge bei unserem Unternehmen bestehen.

(3) Mehrfachleistung für verbundene Leben

- a) Bei Versicherungsverträgen auf mehr als ein Leben leisten wir die vereinbarte [Versicherungssumme](#) für jede [versicherte Person](#), sofern diese als Folge desselben Ereignisses innerhalb eines Monats versterben.
- b) Das Recht auf Anschlussversicherung nach [§ 15](#) dieser Bedingungen bleibt hiervon unberührt.

(4) Kinderbonus

Sie erhalten bei einem Vertrag mit laufender Beitragszahlung einen zusätzlichen Versicherungsschutz in Höhe von 20 Prozent der dann geltenden Versicherungssumme, maximal 50.000 Euro, wenn Sie uns im Leistungsfall nachweisen, dass die [versicherte Person](#) – bei verbundenen Leben eine der versicherten Personen - in dem Zeitraum von maximal 6 Monaten vor ihrem Tod eigene Kinder, durch Geburt oder Adoption, bekommen hat. Der zusätzliche Versicherungsschutz wird einmal unabhängig von der Anzahl der Kinder gewährt. Endet die Sechs-Monatsfrist vor Ablauf des vollen Kalendermonats, verlängert sich der zusätzliche Versicherungsschutz bis zum Ende des entsprechenden Monats.

(5) Kindermitversicherung

Stirbt ein leibliches oder adoptiertes Kind der [versicherten Person](#) – bei verbundenen Leben einer der versicherten Personen – während der Laufzeit des Vertrags, wird eine Summe von 5.000 Euro nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen ausgezahlt:

- Das Kind war zum Zeitpunkt des Todes zwischen drei Monaten und 18 Jahren alt.
- Die Todesfallsumme für jedes Kind der [versicherten Person](#) – bei verbundenen Leben einer der versicherten Personen – wird nur einmal gezahlt unabhängig davon, über wie viele Versicherungen es beim Versicherer mitversichert ist.

(6) Verzicht auf die Anwendung des § 163 VVG

Grundsätzlich können wir unsere Bruttobeiträge unter bestimmten Voraussetzungen erhöhen (siehe §35 dieser Bedingungen). Wir verzichten auf unser nach § 163 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) unter bestimmten Voraussetzungen bestehendes Recht, bei einer Zunahme unseres Leistungsbedarfs gegenüber den zugrunde gelegten technischen Berechnungsgrundlagen die Bruttobeiträge auch für bestehende Versicherungen zu erhöhen.

Das gilt auch für die eingeschlossene Dread Disease-Zusatzversicherung ([§ 8 Absatz 2](#) dieser Bedingungen), sofern diese von Ihnen eingeschlossen wurde.

(7) Tod im Ausland

- a) Bei Tod der versicherten Person während eines Aufenthalts im Ausland zahlen wir auf Antrag eine zusätzliche Versicherungsleistung in Höhe von 5 Prozent der dann geltenden Versicherungssumme, maximal 10.000 Euro, an den Bezugsberechtigten.
- b) Als Ausland im Sinne dieser Bedingungen gilt jedes Land außer der Bundesrepublik Deutschland. Bei gleichzeitigem Tod mehrerer versicherter Personen gilt diese Grenze für jede gestorbene Person.
- c) Die Höchstgrenze je versicherter Person von 10.000 Euro gilt auch, wenn mehrere Verträge bei unserem Unternehmen bestehen.

§8 Mögliche Zusatzversicherungen

Die folgenden Zusatzversicherungen können Sie einschließen:

(1) Unfalltod-Zusatzversicherung (UZV)

Bei Einschluss dieser Zusatzversicherung zahlen wir die vereinbarte Unfalltod-Versicherungssumme an die Hinterbliebenen im Falle eines Unfalltodes der versicherten Person. Nähere Informationen entnehmen Sie bitte den Bedingungen für die Unfalltod-Zusatzversicherung (BUzv-D).

(2) Dread Disease-Zusatzversicherung (DDZ)

Bei Einschluss dieser Zusatzversicherung zahlen wir die vereinbarte einmalige Kapitalleistung, wenn eine der in den Bedingungen für die Dread Disease-Zusatzversicherung beschriebenen Erkrankungen mit den jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen vorliegt. Nähere Informationen entnehmen Sie bitte den Bedingungen für die Dread Disease-Zusatzversicherung (BDDz-D).

§9 Leistungseinschränkungen und -ausschlüsse

Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der [Versicherungsfall](#) beruht. Es gelten aber die folgenden Leistungseinschränkungen und -ausschlüsse. Etwaige einzelvertraglich vereinbarte Leistungsausschlüsse bleiben hiervon unberührt.

(1) Selbsttötung einer versicherten Person

- a) Bei vorsätzlicher Selbsttötung leisten wir, wenn seit Abschluss des Versicherungsvertrags drei Jahre vergangen sind.
- b) Bei vorsätzlicher Selbsttötung vor Ablauf der Dreijahresfrist besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist. Andernfalls zahlen wir den für den Todestag berechneten Rückkaufswert ([§ 24 Absatz 3](#) dieser Bedingungen).

- c) Die Absätze [1a](#)) und [1b](#)) gelten entsprechend bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer [Wiederherstellung der Versicherung](#). Die Frist nach [Absatz 1a](#)) beginnt mit der Änderung oder [Wiederherstellung der Versicherung](#) bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

(2) Bei Wehrdienst, Polizeidienst, Unruhen, Krieg oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen/-Stoffen

- a) Wenn eine [versicherte Person](#) in Ausübung des Wehr- oder Polizeidienstes oder bei inneren Unruhen den Tod gefunden hat, gewähren wir Versicherungsschutz.
- b) Stirbt eine [versicherte Person](#) in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen ist unsere Leistung eingeschränkt. In diesem Fall vermindert sich die Auszahlung auf die für den Todestag berechnete [Deckungsrückstellung](#) der Versicherung, soweit eine vorhanden ist.
Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland vermindert sich unsere Leistung nicht, wenn eine [versicherte Person](#) in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen stirbt und die [versicherte Person](#) nicht aktiv an diesen Ereignissen beteiligt war. Wir leisten auch bei Tod im Rahmen einer Tätigkeit für eine humanitäre Hilfsorganisation während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland oder bei einem der folgenden Einsätze der Bundeswehr:
- humanitäre Hilfeleistung
 - friedenserhaltende Maßnahme
 - friedenskonsolidierende / friedenssichernde Maßnahme im Rahmen eines UN- oder NATO-Einsatzes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.
- c) Bei Ableben einer 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 sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarf gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird. [Absatz 2b](#)) bleibt unberührt.

(3) Sanktionen und Embargos

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

II. Vertragsflexibilität ohne erneute Gesundheitsprüfung

§10 Wechselgarantie für risikoadäquate Tarife

Ein Wechsel von der RISK-vario® [risikoadäquat](#) Basic in die RISK-vario® Basic, von der RISK-vario® [risikoadäquat](#) in die RISK-vario® sowie von der RISK-vario® [risikoadäquat](#) Premium in die RISK-vario® Premium ist jederzeit während der Laufzeit des Vertrages zum Jahrestag des Versicherungsbeginns möglich und kann bei uns in [Textform](#) beantragt werden. Dies gilt auch, wenn die Versicherung im Wege des Baufinanzierungskurzantrags mit abgekürzten Gesundheitsfragen abgeschlossen wurde. Der Wechsel erfolgt ohne erneute [Risikoprüfung](#), wenn die Laufzeit und die [Versicherungs-summen](#) gleich bleiben. Der Antrag muss vor dem jeweiligen Jahrestag des Versicherungsbeginns bei uns eingegangen sein.

§11 Nachversicherungsgarantie

- (1) Bei Versicherungsverträgen mit laufender Beitragszahlung haben Sie bei Eintritt der nachfolgend genannten Ereignisse betreffend die [versicherte Person](#) – bei verbundene Leben eine der versicherten Personen – während der [Versicherungsdauer](#) das Recht, gegen entsprechende Beitragszahlung eine Erhöhung der vereinbarten Versicherungsleistung ohne erneute [Risikoprüfung](#) zu verlangen (Nachversicherung). Die Nachversicherung von Leistungen aus Zusatzversicherungen ist nur dann möglich, wenn sie in den entsprechenden Bedingungen vertraglich vereinbart ist. Die Erhöhung des Versicherungsschutzes wird mit der ausstehenden Restversicherungsdauer der ursprünglichen Versicherung nach dem für Ihren Vertrag vereinbarten Tarif abgeschlossen. Der Beitrag für den hinzukommenden Versicherungsschutz berechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten tatsächlichen Alter der [versicherten Person\(en\)](#), dem bei uns für die Beitragskalkulation hinterlegtem Beruf – bei verbundenen Leben den Berufen –, der restlichen Beitragszahlungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag (Risikozuschlag). Bereits vor dem Änderungszeitpunkt individuell vereinbarte Leistungseinschränkungen gelten auch für die Nachversicherung. Die Nachversicherung für die Risikolebensversicherung können Sie beantragen nach
- Eheschließung,
 - Ehescheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft,
 - Geburt eines Kindes,
 - Adoption eines Kindes,
 - Tod des Lebenspartners,
 - Erreichen der Volljährigkeit,
 - Aufnahme eines Immobilienkredits,
 - Kauf oder Baubeginn einer eigengenutzten Wohn- oder Gewerbeimmobilie,
 - Vereinbarung einer Nachfinanzierung für bereits zuvor bestehende Darlehen zur Immobilienfinanzierung oder zur Firmengründung, wobei die Rahmenbedingungen dazu unter [Absatz 4](#) beschrieben werden,
 - erfolgreichem Schulabschluss und Beginn einer Ausbildung oder Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit,
 - erfolgreiche Beendigung eines Studiums an einer staatlich anerkannten Hoch-/Fachhochschule oder einer Berufsausbildung mit Lehrbrief und Aufnahme der entsprechenden beruflichen Tätigkeit,
 - Gehaltssteigerung bei Nichtselbständigen, wenn aus nichtselbständiger Tätigkeit für mindestens sechs Monate eine Erhöhung des monatlichen Bruttogrundgehaltes um mindestens 10 % gegenüber dem Durchschnittsbruttogrundgehalt der letzten 12 Monate erreicht wird,
 - erstmaliger Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit (als Hauptberuf),
 - Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung,
 - Ablegen der Meisterprüfung,
 - Ausscheiden als selbständiger Handwerker aus der gesetzlichen Rentenversicherung,
 - nachhaltige Steigerung des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern der letzten drei Jahre vor Optionsausübung im Vergleich zum Gewinn bei Antragstellung um mindestens 30 % für selbständige Versicherte,

- Neugründung oder Übernahme einer humanmedizinischen Arztpraxis.

Unabhängig von einem der zuvor genannten Ereignisse haben Sie das Recht, eine Erhöhung der Versicherungssumme ohne erneute [Risikoprüfung](#) innerhalb der ersten 5 Jahre nach Vertragsbeginn zu beantragen (ereignisunabhängige Nachversicherungsgarantie).

- (2) Die Nachversicherungsgarantien sind jeweils an folgende Bedingungen gebunden:
- Die Erhöhung muss innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt eines der genannten Ereignisse in [Textform](#) beantragt werden. Dabei müssen das Ereignis und dessen Datum genannt werden. Geeignete Unterlagen zum Nachweis fordern wir im Einzelfall an.
 - Bei der ereignisunabhängigen Nachversicherungsgarantie ist die Erhöhung der [Versicherungssumme](#) – auch bei mehrmaliger Inanspruchnahme der ereignisunabhängigen Nachversicherungsgarantie – auf maximal 50.000 Euro beschränkt. In allen anderen Fällen ist die Erhöhung je Erhöhungsereignis auf 50.000 Euro beschränkt.
 - Insgesamt darf die [Versicherungssumme](#) aus Nachversicherungen maximal 100.000 Euro und höchstens 100 % der ursprünglich vereinbarten [Versicherungssumme](#) des Grundvertrages vor den Erhöhungen aufgrund von Nachversicherungen betragen.
 - Von den oben genannten Versicherungssummenbeschränkungen und der maximal möglichen Verdopplung der [Versicherungssumme](#) ausgenommen ist die Nachversicherung aufgrund einer Neugründung oder Übernahme einer humanmedizinischen Arztpraxis. Bei diesem Ereignis darf die [Versicherungssumme](#) inklusive Nachversicherungssumme für die Praxisgründung/-übernahme maximal 300.000 Euro betragen.
- (3) Das Recht auf Nachversicherung ohne erneute [Risikoprüfung](#) gemäß [Absatz 1](#) und [Absatz 2](#) besteht nicht oder erlischt, wenn
- die Versicherung im Wege des Baufinanzierungskurzantrags mit abgekürzten Gesundheitsfragen abgeschlossen wurde oder
 - die [versicherte Person](#) – bei verbundenen Leben eine der [versicherten Personen](#) – älter als 50 Jahre ist oder
 - vor Ausübung des Nachversicherungsrechts bereits Leistungen wegen Dread Disease, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person – bei verbundenen Leben einer der [versicherten Personen](#) – aus diesem Vertrag oder anderen Verträgen bei unserer Gesellschaft beantragt oder ein Anspruch auf Leistungen entstanden ist.
- (4) Wurde die Risikolebensversicherung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einem Immobilien- oder Firmengründungsdarlehen abgeschlossen, so können Sie im Falle einer Nachfinanzierung zu diesem ursprünglich abgeschlossenen Darlehen die Nachversicherungsgarantie einmalig unter den folgenden Voraussetzungen in Anspruch nehmen:
- Die [Versicherungssumme](#) wird durch die Nachversicherung um mindestens 10.000 Euro und maximal in Höhe des Nachfinanzierungsbedarfes – maximal um 50.000 Euro – erhöht. Wenn die Versicherung im Wege des Baufinanzierungskurzantrags mit abgekürzten Gesundheitsfragen abgeschlossen wurde, darf die [Versicherungssumme](#) insgesamt nicht mehr als 500.000 Euro betragen.
 - Die Nachfinanzierung wird innerhalb von drei Jahren nach Abschluss des ursprünglichen Darlehensvertrages und dieses Versicherungsvertrages abgeschlossen und uns gegenüber durch geeignete Dokumente nachgewiesen.

§12 Wann reduziert sich der Beitrag bei einem Berufswechsel für RISK-vario® und RISK-vario® Premium?

- (1) Die Höhe des zu zahlenden Beitrags ist auch abhängig von dem bei Abschluss des Vertrags ausgeübten Beruf der [versicherten Person](#) – bei verbundenen Leben der [versicherten Personen](#). Wenn die [versicherte Person](#) – bei verbundenen Leben eine [versicherte Person](#) – ihren Beruf wechselt und jünger als 51 Jahre ist, können Sie prüfen lassen, ob sich durch den Berufswechsel für die verbleibende Versicherungsdauer der Beitrag reduziert. Dies gilt auch, wenn die [versicherte Person](#) Schüler oder Student war und nun eine berufliche Tätigkeit aufnimmt.
- (2) Dazu müssen Sie uns den neuen Beruf der [versicherten Person](#) in [Textform](#) mitteilen. Zudem ist uns nachzuweisen, dass die [versicherte Person](#) den neuen Beruf seit mindestens sechs Monaten ausübt. Dieser Nachweis entfällt, wenn die [versicherte Person](#) unmittelbar vor der Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit Schüler oder Student war. Eine schlechtere Einstufung im Hinblick auf den Beruf ist ausgeschlossen.
- (3) Wir können die Reduzierung des Beitrags von einer erneuten [Risikoprüfung](#) abhängig machen. In den ersten zehn Jahren seit Vertragsbeginn führen wir keine [Risikoprüfung](#) durch, wenn die [versicherte Person](#) jünger als 36 Jahre ist.
- (4) Sofern unsere [Risikoprüfung](#) ergibt, dass der Berufswechsel bzw. bei Schülern oder Studenten die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit nur zu einer Reduzierung des Beitrags führt, berechnen wir den für die verbleibende Versicherungsdauer geltenden Beitrag nach den für Ihren Vertrag vereinbarten Rechnungsgrundlagen neu. Sofern unsere Risikoprüfung nicht zu einer Reduzierung des Beitrags führt, führen wir Ihre Versicherung mit unverändertem Beitrag weiter.
- (5) Über das Ergebnis unserer Prüfung werden wir Sie informieren. Bei einer Reduzierung des Beitrags bleiben ein eventuell vereinbarter Beitragszuschlag (Risikozuschlag) und bereits vor dem Wechselzeitpunkt individuell vereinbarte Leistungseinschränkungen unverändert bestehen. Sofern erst unsere aufgrund des angezeigten Berufswechsels bzw. der angezeigten Aufnahme einer Berufstätigkeit durchgeführte [Risikoprüfung](#) einen Risikozuschlag und / oder Leistungseinschränkungen ergibt, können Sie entscheiden, ob Sie den Vertrag wie bisher oder nach den Konditionen, die sich durch unsere Risikoprüfung ergeben haben, weiterführen möchten.

§13 Anpassungsoption bei geändertem Darlehen

Es gibt die nachfolgend beschriebene Möglichkeit, Ihre Risikolebensversicherung im Zusammenhang mit einem Immobilien- oder Firmengründungsdarlehen an einen geänderten Darlehensverlauf anzupassen:

Besteht ein unmittelbarer zeitlicher Zusammenhang zwischen dem Abschluss der Risikolebensversicherung und einem Darlehensvertrag für die Immobilienfinanzierung oder Firmengründung, so kann die Risikolebensversicherung an einen geänderten Darlehensverlauf auf die folgenden Weisen angepasst werden:

- (1) Bis fünf Jahre vor Ablauf dieser Versicherung besteht die Möglichkeit, die [Versicherungsdauer](#) einmalig unter den folgenden Voraussetzungen ohne erneute Gesundheitsprüfung zu verlängern:
- Die Zinsbindung bezüglich des ursprünglichen Darlehensvertrages zur Finanzierung der Immobilie oder Firmengründung ist ausgelaufen.
 - Ein neuer Darlehensvertrag zur Finanzierung derselben Immobilie bzw. Firmengründung wurde abgeschlossen.
 - Die [versicherte Person](#) – bei verbundenen Leben die älteste [versicherte Person](#) – ist jünger als 50 Jahre alt.
 - Das Alter der versicherten Person – bei verbundenen Leben der ältesten versicherten Person – beträgt zum Zeitpunkt des verlängerten Ablauftermins maximal 65 Jahre.
 - Die [Versicherungssumme](#) für die Verlängerung darf weder höher sein als das Restdarlehen noch höher als die [Versicherungssumme](#) zum Zeitpunkt der Verlängerung. Ein Wechsel vom fallenden zum konstanten Verlauf ist nicht möglich.
 - Sämtliche Voraussetzungen sind uns gegenüber durch geeignete Dokumente nachzuweisen.
- (2) Während der [Versicherungsdauer](#) besteht zu jedem Jahrestag des Versicherungsbeginns die Möglichkeit, die vereinbarten [Versicherungssummen](#) unter den folgenden Voraussetzungen ohne erneute Gesundheitsprüfung an geänderte Zins- und Tilgungskonditionen anzupassen:
- Zins und Tilgung müssen jeweils mindestens 1 % betragen.
 - Die [Versicherungssumme](#) zum Anpassungszeitpunkt bildet den Ausgangspunkt für die neue Berechnung. Geleistete Sondertilgungen können bei der Festlegung der neuen [Versicherungssummen](#) berücksichtigt werden.

- Die [Versicherungsdauer](#) kann durch diese Anpassung nicht verlängert werden.

§14 Verlängerungsoption für RISK-vario® und RISK-vario® Premium

- (1) Sie haben bis 5 Jahre vor Ablauf Ihrer Versicherung das Recht, eine Verlängerung der Risikolebensversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung (Verlängerungsoption) durch eine entsprechende Erklärung in [Textform](#) zu beantragen.
- (2) Die maximale Verlängerung der [Versicherungsdauer](#) beträgt 15 Jahre, wobei jedoch höchstens eine Verdoppelung der ursprünglichen [Versicherungsdauer](#) erfolgen kann. Die maximale [Versicherungsdauer](#) (inkl. Verlängerungslaufzeit) darf 45 Jahre nicht überschreiten. Bei Vertragsabschluss darf die [versicherte Person](#) – bei verbundenen Leben die älteste [versicherte Person](#) – nicht älter als 75 Jahre sein.
- (3) Die Verlängerungsoption kann nur einmal in Anspruch genommen werden. Ist Ihre Versicherung beitragsfrei gestellt, ist keine Ausübung der Verlängerungsoption mehr möglich.
- (4) Der Beitrag ab Optionsausübung berechnet sich zur darauffolgenden Fälligkeit nach dem für Ihren Vertrag gültigen Tarif, dem zu diesem Zeitpunkt erreichten rechnermäßigen Alter der versicherten Person – bei verbundenen Leben der versicherten Personen –, der verbleibenden [Versicherungsdauer](#) (inkl. Verlängerungslaufzeit) und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag. Vereinbarte Leistungseinschränkungen gelten auch für die hinzukommende [Versicherungsdauer](#).
- (5) Im Falle eines wahlfreien Versicherungssummenverlaufs dürfen die [Versicherungssummen](#) der hinzukommenden Jahre maximal der [Versicherungssumme](#) im Jahr der Beantragung der Verlängerung entsprechen.
- (6) Bei einem fallenden Versicherungssummenverlauf werden die [Versicherungssummen](#) an die neue [Versicherungsdauer](#) angepasst.
- (7) Bei einem konstanten Versicherungssummenverlauf bleiben die [Versicherungssummen](#) auch in den hinzukommenden Jahren konstant.

§15 Option auf Anschlussversicherung bei verbundenen Leben für RISK-vario® und RISK-vario® Premium

Für die Anschlussversicherung gilt:

Endet die Risikolebensversicherung auf verbundene Leben durch den Tod einer der versicherten Personen oder durch Auszahlung einer vorgezogenen Todesfallleistung gemäß [§ 6 Absatz 1](#) dieser Bedingungen, kann innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Risikolebensversicherung im Rahmen unserer tariflichen Möglichkeiten für die überlebenden versicherten Personen bzw. für die weiteren versicherten Personen, für die keine Auszahlung nach [§ 6 Absatz 1](#) dieser Bedingungen erfolgt ist, unter den folgenden Voraussetzungen eine neue Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung abgeschlossen werden:

- Die Restlaufzeit der bisherigen Versicherung beträgt mindestens ein Jahr.
- Die [Versicherungsdauer](#) der Anschlussversicherung endet spätestens zu den in der Ursprungsversicherung vereinbarten Terminen.
- Die versicherte Todesfallleistung der Anschlussversicherung darf die Höhe der versicherten Todesfallleistung der Ursprungsversicherung nicht überschreiten.

Die [Versicherungssumme](#) der Anschlussversicherung folgt bezüglich des weiteren Versicherungssummenverlaufs dem Ursprungsvertrag. Die Anschlussversicherung stellt einen neuen Versicherungsvertrag nach Maßgabe eines zu diesem Zeitpunkt geltenden vergleichbaren Tarifs für die jeweiligen verbleibenden versicherten Personen dar. War eine [versicherte Person](#) bisher als Raucher versichert, gilt dies auch für den neuen Vertrag. Dem neuen Vertrag legen wir im Übrigen die Feststellungen zur Gesundheitsprüfung des Ursprungsvertrages zugrunde. Die Regelungen über die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht in den Versicherungsbedingungen der ursprünglichen Versicherung ([§ 16](#) dieser Bedingungen) finden auch auf den neuen Vertrag Anwendung. Solange wir wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht durch die jeweilige [versicherte Person](#) vom ursprünglichen Vertrag zurücktreten, diesen kündigen, anpassen oder den ursprünglichen Vertrag wegen Anfechtung aufheben können, stehen uns diese Rechte auch für den neuen Vertrag mit den jeweiligen versicherten Personen zu.

III. Vertragspflichten

§16 Vorvertragliche Anzeigepflicht

(1) Bedeutung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

- a) 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 sowie dem Rauchverhalten der zu versichernden Personen.
- b) Soll das Leben einer anderen Person versichert werden, so ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

(2) Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Rücktritt

- a) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person (vgl. [Absatz 1b](#)) 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 (z.B. höherer Beitrag, Leistungsausschluss), geschlossen hätten.
- b) 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.
- c) Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, haben Sie keinen Anspruch auf einen Rückkaufswert. Die Rückzahlung der Beiträge bis zum Wirksamwerden des Rücktritts können Sie nicht verlangen.

Kündigung

- d) 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.
- e) Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen (z.B. höherer Beitrag, Leistungsausschluss), geschlossen hätten.
- f) Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um ([§ 25](#) dieser Bedingungen).

Vertragsanpassung

- g) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen (z.B. höherer Beitrag, Leistungsausschluss), 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.

- h) Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag 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

- i) Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung oder Vertragsanpassung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in [Textform](#) auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung 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. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben.
- j) Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung sind ausgeschlossen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
- k) Die genannten Rechte können wir nur innerhalb der ersten fünf Jahre nach Vertragsabschluss ausüben. Ist der [Versicherungsfall](#) vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Haben Sie oder die [versicherte Person](#) die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

- l) Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmemeitscheidung 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. [Absatz 2c](#)) gilt entsprechend.

Leistungserweiterung / Wiederherstellung der Versicherung

- m) Die Absätze [1](#) und [2a](#)) bis [2l](#)) gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer [Wiederherstellung der Versicherung](#) entsprechend. Die Fristen nach [Absatz 2k](#)) beginnen mit der Änderung oder [Wiederherstellung der Versicherung](#) bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

Erklärungsempfänger

- n) Die Ausübung unserer Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsänderung sowie zur Anfechtung 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) Besonderheiten für eine nicht schuldhaft Verletzung der Anzeigepflicht

Falls bei Vertragsabschluss gefahrerhebliche Umstände weder vorsätzlich noch grob fahrlässig nicht angezeigt werden, so steht uns nach § 19 Absatz 3 VVG ein Kündigungsrecht und nach § 19 Absatz 4 VVG ein Vertragsänderungsrecht zu. Haben Sie oder die [versicherte Person](#) – bei verbundenen Leben die versicherten Personen – ohne Verschulden oder in Unkenntnis die Anzeigepflicht verletzt, verzichten wir zu Ihren Gunsten auf das uns gesetzlich zustehende Recht (vgl. § 19 Abs. 3 und 4 VVG), ab Beginn der laufenden [Versicherungsperiode](#) den Vertrag anzupassen oder den Vertrag zu kündigen (vgl. [Absatz 2d](#)) und [Absatz 2g](#))).

§17 Gesundheitszustand und Rauchverhalten

- (1) Im Rahmen der Beitragseinstufung legen wir den Gesundheitszustand der versicherten Person – bei verbundenen Leben der versicherten Personen – zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Basis der Antragsfragen und ggf. weiterer medizinischer Informationen zugrunde. Dabei wird das gesundheitsbewusste Verhalten der versicherten Person – bei verbundenen Leben der versicherten Personen – über das Rauchverhalten sowie das Verhältnis von Körpergröße und Körpergewicht mit berücksichtigt.
- (2) Raucher im Sinne dieser Bedingungen ist, wer innerhalb der letzten 12 Monate vor Antragstellung (E-)Zigaretten, (E-)Zigarillos, (E-)Zigarren oder (E-)Pfeife geraucht hat.
- (3) Sie sind verpflichtet im Versicherungsantrag alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Soll das Leben einer anderen Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße Anzeige verantwortlich. Wegen den Rechtsfolgen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht beachten Sie bitte die Regelung in [§ 16](#) dieser Bedingungen.
- (4) Sollten sich die vor Vertragsabschluss gemachten Angaben zum Rauchverhalten einer versicherten Person während der Vertragslaufzeit ändern, stellt dies im Falle eines Wechsels vom Nichtraucher zum Raucher eine Gefahrerhöhung dar. Sie sind – neben der jeweiligen versicherten Person – verpflichtet, uns die Gefahrerhöhung unverzüglich, d.h. ohne schuldhaftes Zögern, anzuzeigen. Wir werden während der Vertragslaufzeit das Rauchverhalten der [versicherten Person](#) – bei verbundenen Leben der versicherten Personen – nur im Rahmen der Leistungsprüfung nachprüfen. Auf anderweitige Nachprüfungen verzichten wir.
- (5) Ab dem Zeitpunkt des Verlustes des Nichtraucherstatus werden wir Ihrem Vertrag für die betreffende [versicherte Person](#) die [Rechnungsgrundlagen](#) zugrunde legen, die für einen Raucher angewendet werden. Hierdurch erhöhen sich bei gleichbleibender [Versicherungssumme](#) Ihre Beiträge. Sie können verlangen, dass statt einer Erhöhung der Beiträge die [Versicherungssumme](#) entsprechend herabgesetzt wird. Unser Recht zur Beitragsanpassung erlischt, wenn wir es nicht innerhalb eines Monats ab dem Zeitpunkt geltend machen, zu dem wir von der Gefahrerhöhung Kenntnis erlangen.
- (6) Kommen Sie Ihrer Anzeigepflicht nicht nach, vermindert sich bei Tod der versicherten Person die Leistung. Die auszuzahlende [Versicherungssumme](#) wird dann unter Zugrundelegung des Rauchertarifs für die jeweilige [versicherte Person](#) rückwirkend ab Vertragsbeginn neu berechnet. Die Verringerung unserer Leistungspflicht gilt nicht, soweit die Gefahrerhöhung nicht ursächlich für den Tod der versicherten Person war.
- (7) Teilen Sie uns mit, dass die [versicherte Person](#) schon länger als zwölf Monate nicht mehr raucht und damit vom Raucher zum Nichtraucher geworden ist, können wir dies im Rahmen einer ergänzenden Risikoeinschätzung überprüfen. Erfüllt die versicherte Person die Kriterien für die Einstufung als Nichtraucher, können Sie in Textform verlangen, dass Ihr beitragspflichtiger Vertrag zum nächsten Versicherungsjahrestag umgestellt wird. Der Beitrag verändert sich entsprechend. Wird die versicherte Person anschließend wieder Raucher, so ist uns dies als Gefahrerhöhung unverzüglich in Textform anzuzeigen.

§18 Mitteilungspflichten

- (1) Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets in [Textform](#) erfolgen. Für uns bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie uns zugegangen sind.

- (2) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Andernfalls 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 drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.
- (3) Bei Änderung Ihres Namens gilt [Absatz 2](#) entsprechend.
- (4) Bei Änderung Ihres Rauchverhaltens beachten Sie bitte [§ 17](#) dieser Bedingungen.

IV. Beitragszahlung und Kosten

§19 Beitragszahlung

- (1) Die Beiträge zu Ihrer Versicherung können Sie je nach Vereinbarung durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge (laufende Beiträge) entrichten. Die [Versicherungsperiode](#) umfasst bei Jahreszahlung ein Jahr, ansonsten entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr. Ist die [Versicherungsperiode](#) kürzer als ein Jahr, erheben wir für zusätzliche Verwaltungsaufwendungen höhere Verwaltungskosten.
- (2) Der erste Beitrag ([Einlösungsbeitrag](#)) ist unverzüglich (d.h. ohne schuldhaftes Zögern) nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten im [Versicherungsschein](#) angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden zu Beginn der vereinbarten [Versicherungsperiode](#) fällig.
- (3) Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem in [Absatz 2](#) angegebenen Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich (d.h. ohne schuldhaftes Zögern) nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.
- (4) Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.
- (5) Für eine Stundung der Beiträge ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich. Alle Rahmenbedingungen zur Stundung sind in [§ 21](#) dieser Bedingungen geregelt.
- (6) Bei Fälligkeit einer Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

§20 Nichtzahlung von Beiträgen

Einlösungsbeitrag

- (1) Wenn Sie den [Einlösungsbeitrag](#) 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.
- (2) Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des [Versicherungsfalles](#) noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in [Textform](#) oder durch einen auffälligen Hinweis im [Versicherungsschein](#) auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die Nicht-Zahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag

- (3) Wenn ein [Folgebeitrag](#) 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 zwei Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist, entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

§21 Beitragsstundung bei kurzfristigen Zahlungsschwierigkeiten

- (1) Für Ihre Versicherung sind laufende Beiträge für jede [Versicherungsperiode](#) zu entrichten (vgl. [§ 19](#) dieser Bedingungen).
- (2) Bei kurzfristigen Zahlungsschwierigkeiten können Sie zur nächsten Beitragsfälligkeit für maximal 24 Monate eine zinslose Stundung der Beiträge zu Ihrer Versicherung unter Aufrechterhaltung des vollen Versicherungsschutzes verlangen.
- (3) Eine Beitragsstundung kann mehrmals in Anspruch genommen werden. Voraussetzung ist jeweils, dass
 - die Beiträge für das erste [Versicherungsjahr](#) vollständig gezahlt wurden,
 - die zu stundenden Beiträge sind höchstens so hoch wie das Deckungskapital zum Beginn des Stundungszeitraums, vermindert um den gleichen Abzug möglicher Stornoeinbehalte.
 - der Vertrag keinen Beitragsrückstand aufweist (z. B. auch bereits zuvor gestundete Beiträge vollständig zurückgezahlt worden sind),
 - der Vertrag nicht gekündigt wurde und
 - die verbleibende Vertragsdauer nach Ablauf der Stundung noch mindestens drei Jahre beträgt.
- (4) Nach Ablauf der Stundung sind die gestundeten Beiträge in bis zu 24 Monatsraten nachzuzahlen. Bei Zahlungsschwierigkeiten, die über einen längeren Zeitraum als 24 Monate andauern, wird Ihr Vertrag zum Ablauftermin der Stundung unter Berücksichtigung der bis zum Stundungsbeginn gezahlten Beiträge beitragsfrei (vgl. [§ 25](#) dieser Bedingungen) gestellt.

§22 Abschluss- und Vertriebskosten

- (1) Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Diese sind in Ihrem Beitrag einkalkuliert. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten.
Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören unter anderem Provisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschluss- und Vertriebskosten die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die in Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen.
Zu den übrigen Kosten gehören insbesondere die Verwaltungskosten. Die Höhe der Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten können Sie Ihrem Produktinformationsblatt, das Sie zusammen mit Ihren Antragsunterlagen erhalten haben, entnehmen.
- (2) Für Ihren Versicherungsvertrag ist das Verrechnungsverfahren nach § 20 der Deckungsrückstellungsverordnung (DeckRV) maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit die Beiträge nicht für Leistungen im [Versicherungsfall](#) und Kosten des Versicherungsbetriebes in der jeweiligen [Versicherungsperiode](#) und für die Bildung der [Deckungsrückstellung](#) aufgrund von § 25 Absatz 2 RechVersV i.V.m. § 169 Absatz 3 VVG bestimmt sind. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt.
- (3) Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten, d.h. der Teil, der nicht nach [Absatz 2](#) verrechnet wurde, werden während der vertraglich vereinbarten [Beitragszahlungsdauer](#) aus den laufenden Beiträgen getilgt. Die übrigen Kosten verteilen wir über die gesamte Vertragslaufzeit.

- (4) Die beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung nur geringe Beträge zur Bildung einer beitragsfreien [Versicherungssumme](#) vorhanden sind (vgl. auch [§ 24](#) und [§ 25](#) dieser Bedingungen). Nähere Informationen können Sie Ihrem persönlichen Angebot entnehmen.

§23 Sonstige Kosten

- (1) Alle das Versicherungsverhältnis unmittelbar betreffenden öffentlichen Abgaben stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung.
(2) Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag gesondert in Rechnung stellen. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem pauschalen Abgeltungsbetrag zugrundeliegenden 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 Fall – entsprechend herabgesetzt.

V. Kündigung und Beitragsfreistellung

§24 Kündigung

- (1) Sie können Ihre Versicherung jederzeit mit Frist von einem Monat zum Schluss der [Versicherungsperiode](#) ganz oder teilweise in [Textform](#) kündigen. Wir prüfen dann zunächst, ob eine beitragsfreie Weiterführung Ihrer Versicherung möglich ist. Dies ist dann der Fall, wenn die beitragsfreie [Versicherungssumme](#) eine Mindestsumme in Höhe von 10.000 Euro erreicht. Wird die beitragsfreie [Versicherungssumme](#) in Höhe von mindestens 10.000 Euro erreicht, stellen wir Ihren Vertrag beitragsfrei. Wird diese beitragsfreie [Versicherungssumme](#) nicht erreicht, zahlen wir den Rückkaufswert an Sie aus.
(2) Kündigen Sie Ihre Versicherung nur teilweise, ist diese Kündigung unwirksam, wenn die verbleibende beitragspflichtige [Versicherungssumme](#) unter einen Mindestbetrag von 10.000 Euro sinkt. Wenn Sie in diesem Falle Ihre Versicherung beenden wollen, müssen Sie diese also ganz kündigen.
(3) Entsprechend § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) werden wir – falls vorhanden – den Rückkaufswert erstatten. Der Rückkaufswert ist die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den [Rechnungsgrundlagen](#) der Prämienkalkulation zum Schluss der laufenden [Versicherungsperiode](#) berechnete [Deckungsrückstellung](#) der Versicherung. Mindestens verwenden wir jedoch den Betrag der [Deckungsrückstellung](#), der sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung des aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersatzes ([§ 22 Absatz 2](#) dieser Bedingungen) angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Von dem so ermittelten Wert erfolgen ein Abzug evtl. noch ausstehender Forderungen (z.B. Beitragsrückstände) sowie ein Stornoabzug. Der Stornoabzug beträgt 50 % der [Deckungsrückstellung](#) bei Verträgen mit laufender Beitragszahlung. Die genaue Höhe des Stornoabzugs können Sie Ihrem persönlichen Angebot entnehmen. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital sowie für in der bisherigen Vertragslaufzeit zu viel gewährte Überschüsse vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihres Verlangens der Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.
(4) Wir sind nach § 169 Absatz 6 VVG berechtigt, den nach [Absatz 3](#) errechneten 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.
(5) Zusätzlich zahlen wir die Ihrem Vertrag bereits zugeteilten Überschussanteile aus, soweit sie nicht bereits in dem nach [Absatz 3](#) und [Absatz 4](#) berechneten Rückkaufswert enthalten sind oder als Sofortüberschuss die Beiträge reduziert haben.
(6) Wenn Sie Ihren Vertrag kündigen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. [§ 22](#) dieser Bedingungen) kein Rückkaufswert vorhanden. Auch in den Folgejahren sind wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen nur geringe oder keine Rückkaufswerte vorhanden. Nähere Informationen zum Rückkaufswert, seiner Höhe und darüber, in welchem Ausmaß er garantiert ist, können Sie Ihrem persönlichen Angebot entnehmen.

§25 Beitragsfreistellung

- (1) Anstelle einer Kündigung nach [§ 24 Absatz 1](#) dieser Bedingungen können Sie unter Beachtung der dort genannten Termine durch entsprechende Erklärung in [Textform](#) verlangen, ganz oder teilweise von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Fall setzen wir die [Versicherungssumme](#) ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Summe herab, die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden [Versicherungsperiode](#) errechnet wird. Die aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Summe zur Verfügung stehende [Deckungsrückstellung](#) mindert sich um den Stornoabzug und evtl. ausstehende Forderungen (z. B. Beitragsrückstände). Der Stornoabzug beträgt 25 % der [Deckungsrückstellung](#) bei Verträgen mit laufender Beitragszahlung. Die genaue Höhe des Stornoabzugs können Sie Ihrem persönlichen Angebot entnehmen. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital sowie für in der bisherigen Vertragslaufzeit zu viel gewährte Überschüsse vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihres Verlangens der Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.
(2) Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. [§ 22](#) dieser Bedingungen) keine oder nur eine geringe beitragsfreie [Versicherungssumme](#) vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer [Versicherungssumme](#) zur Verfügung. Nähere Informationen zur beitragsfreien [Versicherungssumme](#) und ihrer Höhe können Sie Ihrem persönlichen Angebot entnehmen.
(3) Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt und erreicht die nach [Absatz 1](#) zu berechnende beitragsfreie [Versicherungssumme](#) den Mindestbetrag von 10.000 Euro nicht, erhalten Sie den Rückkaufswert nach [§ 24 Absätze 3 bis 5](#) dieser Bedingungen. Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht können Sie nur verlangen, wenn die verbleibende beitragspflichtige [Versicherungssumme](#) mindestens 10.000 Euro beträgt.
(4) Wiederinkraftsetzung nach vorzeitiger Beitragsfreistellung
Nach der vorzeitigen Beitragsfreistellung können Sie innerhalb von drei Jahren die Wiederaufnahme der Beitragszahlung (Wiederinkraftsetzung) bis zur Höhe des ursprünglichen Versicherungsschutzes in [Textform](#) beantragen.
Voraussetzung ist, dass zum Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung der Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist und die verbleibende Beitragszahlungsdauer noch mindestens ein Jahr beträgt.
Die beitragsfrei gestellte Versicherung können Sie ohne erneute [Risikoprüfung](#) wieder in Kraft setzen, wenn seit dem Zeitpunkt der Beitragsfreistellung noch keine zwölf Monate vergangen sind. Nach Ablauf der zwölf Monate ist eine erneute [Risikoprüfung](#) erforderlich.
Die Wiederinkraftsetzung erfolgt mit den für Ihren Vertrag geltenden Rechnungsgrundlagen.
Der Versicherungsvertrag wird mit der Versicherungssumme, wie sie vor der Beitragsfreistellung vereinbart war, wieder in Kraft gesetzt. Die Beitragshöhe ist aufgrund der während der Beitragsfreistellung nicht gezahlten Beiträge höher.

Sie können den Versicherungsvertrag auch mit der Beitragshöhe, wie sie vor der Beitragsfreistellung bestanden hat, wieder in Kraft setzen, wenn die Versicherungssumme ab der Wiederinkraftsetzung entsprechend gesenkt wird.
Die Wiederinkraftsetzung wird gebührenfrei durchgeführt.

§26 Beitragsrückzahlung

Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

VI. Eintritt des Versicherungsfalls und Leistungsauszahlungen

§27 Bezugsberechtigter und Bezugsrecht der Versicherungsleistung

- (1) Falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die bei Fälligkeit die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll ([Bezugsberechtigter](#)), erbringen wir die Leistung aus dem Versicherungsvertrag an die im Antragsformular vorgesehene(n) Person(en). Bis zur jeweiligen Fälligkeit können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen. Für Leistungen vor dem Tod, wie z.B. eine vorgezogene Todesfallleistung gemäß [§ 6 Absatz 1](#), oder aus einer etwa eingeschlossenen Dread Disease -Zusatzversicherung muss der [Bezugsberechtigte](#) die jeweils [versicherte Person](#) sein oder ein naher Angehöriger dieser [versicherten Person](#) im Sinne des § 7 des Pflegezeitgesetzes in der jeweils geltenden Fassung oder im Sinne des § 15 der Abgabenordnung in der jeweils geltenden Fassung. Sind mehrere Personen im Vertrag versichert, muss der [Bezugsberechtigte](#) für eine Leistung vor dem Tod die [versicherte Person](#) sein, bei welcher der Leistungsfall eingetreten ist, oder ein naher Angehöriger dieser [versicherten Person](#) im Sinne des § 7 des Pflegezeitgesetzes in der jeweils geltenden Fassung oder im Sinne des § 15 der Abgabenordnung in der jeweils geltenden Fassung.
- (2) Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.
- (3) Sie können Ihre Rechte aus dem Versicherungsvertrag auch abtreten oder verpfänden.
- (4) Die Einräumung und der Widerruf eines widerruflichen Bezugsrechts (vgl. [Absatz 1](#)) sowie eine Abtretung oder Verpfändung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in [Textform](#) angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie; es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits vorher Verfügungen vorgenommen haben.

§28 Leistungsauszahlung

- (1) Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir gegen Vorlage des [Versicherungsscheins](#).
- (2) Der Tod einer versicherten Person ist uns unverzüglich (d.h. ohne schuldhaftes Zögern) anzuzeigen. Außer dem [Versicherungsschein](#) sind uns einzureichen:
 - eine amtliche, Alter und Geburtsort enthaltende Sterbeurkunde,
 - ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache sowie über Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tode einer versicherten Person geführt hat.
- (3) Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise und Auskünfte verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen.
- (4) Die mit den Nachweisen verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Versicherungsleistung beansprucht.
- (5) Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.
- (6) Verjährung von Ansprüchen aus Ihrem Versicherungsvertrag
Die Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag verjähren gemäß den gesetzlichen Vorschriften nach Ablauf von drei Jahren. Die Frist beginnt mit dem Ende des Jahres, in dem die Leistung verlangt werden kann. Haben Sie einen Anspruch bei uns angemeldet, zählt der Zeitraum von der Anmeldung bis zum Zugang unserer schriftlichen Entscheidung bei der Fristberechnung nicht mit.

§29 Bedeutung des Versicherungsscheins

- (1) Den Inhaber des [Versicherungsscheins](#) können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des [Versicherungsscheins](#) seine Berechtigung nachweist.
- (2) In den Fällen des [§ 27 Absatz 4](#) dieser Bedingungen brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die Anzeige des bisherigen Berechtigten in [Textform](#) vorliegt.

VII. Überschussbeteiligung

§30 Bedeutung von Überschüssen

Wir beteiligen Sie an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Dies regelt der §153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG). Die Leistung aus der Überschussbeteiligung kann auch Null Euro betragen. Bei unseren Risikolebensversicherungen werden Sie vor allem in Form eines Sofortüberschusses beteiligt. Dadurch zahlen Sie nicht den Bruttobeitrag, sondern den um den Sofortüberschuss reduzierten Nettobeitrag (Zahlbeitrag).

§31 Beteiligung an Überschüssen

In den nachfolgenden Absätzen erläutern wir Ihnen,

- wie wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens ermitteln und wie wir diesen verwenden ([Absatz 1](#)),
- wie Ihr Vertrag an dem Überschuss beteiligt wird ([Absatz 2](#)),
- wie Bewertungsreserven entstehen und wie wir diese Ihrem Vertrag zuordnen ([Absatz 3](#)),
- warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung Ihres Vertrages nicht garantieren können ([Absatz 4](#)) und
- wie wir Sie über die Überschussbeteiligung informieren ([Absatz 5](#)).

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

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

Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung, MindZV). Es gibt drei verschiedene Quellen für den Rohüberschuss. Diese Quellen sind Kapitalerträge, das Risikoergebnis und das übrige Ergebnis (einschließlich Kosten).

Kapitalerträge

Die Beiträge sind so berechnet, dass sie lediglich die Versicherungsleistungen decken. Daher entsteht kein oder nur ein sehr geringer Kapitalertrag. An diesen Nettoerträgen werden Sie nach der MindZV zu derzeit mindestens 90 % beteiligt. Zuerst werden hieraus die garantierten Versicherungsleistungen bezahlt. Der verbleibende Betrag wird für die Überschussbeteiligungen der [Versicherungsnehmer](#) verwendet.

Risikoergebnis

Wir setzen bei der Berechnung unserer Beiträge Annahmen zur Entwicklung von Versicherungsleistungen an. Sind diese niedriger als angenommen, entstehen Überschüsse. Zuerst werden dazu die garantierten Versicherungsleistungen bezahlt. Bleibt dann noch etwas übrig, bekommen Sie eine Überschussbeteiligung. Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Sie als [Versicherungsnehmer](#) beteiligen wir nach der MindZV angemessen an diesen Überschüssen. Nach derzeitiger Rechtslage beteiligen wir Sie am Risikoergebnis zu mindestens 90 %.

Übriges Ergebnis

In ihren Beiträgen sind Kosten enthalten. Entstehen in einem Geschäftsjahr weniger Kosten als wir über alle Verträge einnehmen, entstehen Überschüsse. Auch geben wir weitere Einnahmen, welche nicht direkt mit ihrem Versicherungsvertrag in Zusammenhang stehen, an Sie weiter (z.B. Erträge aus Dienstleistungen, welche wir für andere Unternehmen erbringen). Sie als [Versicherungsnehmer](#) beteiligen wir nach der MindZV angemessen an diesen Überschüssen. Nach derzeitiger Rechtslage beteiligen wir Sie am übrigen Ergebnis zu mindestens 50 %.

Von der so ermittelten Überschussbeteiligung werden zunächst die direkten Überschussbeteiligungen bezahlt (Direktgutschrift). Der Rest der Überschussbeteiligung kommt in die Rückstellung für Beitragsrückerstattung. Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung gleicht Schwankungen über die Jahre aus. Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dürfen wir grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der [Versicherungsnehmer](#) verwenden. Nur in gesetzlich festgelegten Ausnahmefällen können wir hiervon mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde abweichen.

Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrages am Überschuss ergeben sich aus der Zuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht.

Wir haben gleichartige Versicherungen (z. B. Risikolebensversicherungen, Berufsunfähigkeitsversicherungen) zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen.

(2) Wie wird Ihr Vertrag an dem Überschuss beteiligt?

Wir verteilen die Überschüsse an die Verträge, die sie auch verursacht haben. Hierzu bilden wir innerhalb der Bestandsgruppen Gewinnverbände. Gewinnverbände bestehen aus verschiedenen Tarifgruppen. Jeder Versicherungsvertrag gehört zu einem Tarif. Dieser steht auf dem [Versicherungsschein](#). Jeder Tarif gehört zu einem Gewinnverband und bekommt Anteile an den Überschüssen dieses Gewinnverbandes. Wir verteilen den Überschuss so auf die Bestandsgruppen und Gewinnverbände wie sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Hat eine Bestandsgruppe oder ein Gewinnverband keine Überschüsse erzielt, dann gibt es auch keinen Anspruch auf eine Überschussbeteiligung.

Bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung bekommen Sie jährlich zu Beginn des Vertragsjahres Überschüsse. Diese werden mit den Bruttobeiträgen verrechnet und reduzieren den Zahlbeitrag. Beitragsfrei gestellte oder durch Ablauf der Beitragszahlung beitragsfrei gewordene Versicherungen sind nicht überschussberechtig.

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

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

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

Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Beiträge einer Risikolebensversicherung sind allerdings so kalkuliert, dass sie für die Deckung von Sterbefällen benötigt werden. Darüber hinaus stehen kalkulatorisch keine Beitragsteile für die Bildung von Kapitalerträgen zur Verfügung. Daher entstehen dem Grunde nach keine Bewertungsreserven, welche den Verträgen zugeordnet werden könnten.

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

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

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

(5) Wie informieren wir über die Überschussbeteiligung?

Die festgelegten Überschussanteilsätze veröffentlichen wir jährlich in unserem Geschäftsbericht. Diesen finden Sie auf unserer Internetseite unter www.dialog-versicherung.de.

VIII. Sonstige Vertragsbestimmungen

§32 Rechtsanwendung

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§33 Gerichtsstand

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder der für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
- (2) Sind Sie eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.
- (3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts in das Ausland, sind für Klagen aus dem Vertrag die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben. Dies gilt ebenso, wenn Sie eine juristische Person sind und Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung ins Ausland verlegen.

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

- (1) Wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind, stehen Ihnen derzeit insbesondere die nachfolgenden Beschwerdemöglichkeiten offen.

Unser Beschwerdemanagement

- (2) Für Kundenbeschwerden ist unsere Zentrale Beschwerdestelle gerne für Sie da. Sie erreichen diese derzeit wie folgt:

Dialog Lebensversicherungs-AG
Stadtberger Straße 99
86157 Augsburg
E-Mail: bittebesser-leben@dialog-versicherung.de

Versicherungsombudsmann

- (3) Sind Sie mit unserer Entscheidung nicht einverstanden oder hat eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt, können Sie sich als Verbraucher an den Ombudsmann für Versicherungen wenden. Diesen erreichen Sie derzeit wie folgt:

Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 080632
10006 Berlin
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Internet: www.versicherungsombudsmann.de

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Als Mitglied im Versicherungsombudsmann e. V. haben wir uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Versicherungsaufsicht

- (4) Sie haben auch die Möglichkeit, sich an die für uns zuständige Aufsicht zu wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

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

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

Rechtsweg

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

§35 Können die Bruttobeiträge angehoben werden?

- (1) Wir sind nach § 163 VVG berechtigt bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden und nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen und dem daraus berechneten Bruttobeitrag, den Bruttobeitrag entsprechend den berichtigten Berechnungsgrundlagen neu festzusetzen. Der neu festgesetzte Beitrag ist der Höhe nach auf jenes Ausmaß beschränkt, das angemessen und erforderlich ist, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistung zu gewährleisten.
- (2) Sie können verlangen, dass wir statt der Beitragserhöhung die Versicherungsleistung entsprechend herabsetzen. Sofern die Versicherung beitragsfrei gestellt ist, sind wir berechtigt, die Versicherungsleistung entsprechend herabzusetzen. Die Neufestsetzung des Beitrags und die Herabsetzung der Versicherungsleistung werden zu Beginn des zweiten Monats, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung oder der Herabsetzung der Versicherungsleistung und der hierfür maßgeblichen Gründe an Sie folgt, wirksam.
- (3) Auf dieses Recht verzichten wir, wenn Sie den Tarif RISK-vario® Premium abgeschlossen haben (siehe [§ 7 Absatz 6](#) dieser Bedingungen).

IX. Begriffserklärungen

Um Ihnen das Lesen der Versicherungsbedingungen zu erleichtern, möchten wir Ihnen einige Begrifflichkeiten kurz erläutern:

- **Beitragszahlungsdauer:** Die Beitragszahlungsdauer ist der Zeitraum, für den Beiträge zu zahlen sind.
- **Bezugsberechtigter:** Der Bezugsberechtigte ist die von Ihnen als [Versicherungsnehmer](#) benannte Person, die die Leistung aus dem Vertrag erhalten soll. Grundsätzlich kann jede beliebige Person benannt werden.
- **Deckungsrückstellung:** Eine Deckungsrückstellung bilden wir, um zu jedem Zeitpunkt die Versicherungsleistungen gewährleisten zu können.
- **Einlösungsbeitrag:** Der erste zu zahlende Beitrag nach Abschluss des Vertrages. Seine Zahlung ist eine Voraussetzung für den Beginn des Versicherungsschutzes.
- **Folgebeitrag:** Ein Folgebeitrag ist jeder Beitrag, der nach dem [Einlösungsbeitrag](#) fällig wird.
- **Rechnungsgrundlagen:** Die Rechnungsgrundlagen sind die Grundlagen für die Kalkulation Ihres Vertrages. Diese sind in der Regel die Annahmen zur Entwicklung der versicherten Risiken, der Zinsen und der Kosten.
- **Risikoadäquat:** Die Beiträge sind über die gesamte Laufzeit an das Todesfallrisiko angepasst. Damit zahlt der Versicherungsnehmer zu Beginn deutlich weniger als bei einer Durchschnittskalkulation. Die Beiträge steigen in der Regel mit zunehmendem Alter Jahr für Jahr an.
- **Risikoprüfung:** Risikoprüfung ist die individuelle Einschätzung für Angaben zur Gesundheit, zum Beruf, zu Hobbies zu Reisen und zur finanziellen Angemessenheit.
- **Textform:** Ist für eine Erklärung die Textform vorgesehen, muss diese Erklärung zum Beispiel per Brief oder E-Mail abgegeben werden.
- **Versicherte Person:** Die versicherte Person ist die Person, auf deren Leben die Versicherung genommen wird. Dies müssen nicht notwendigerweise Sie als Versicherungsnehmer sein.
- **Versicherungsdauer:** Die Versicherungsdauer ist der Zeitraum, innerhalb dessen der [Versicherungsfall](#) eintreten muss, damit ein Anspruch auf Leistungen entstehen kann.
- **Versicherungsfall:** Ein Versicherungsfall ist das Ereignis, das die Leistungspflicht des Versicherers entstehen lässt, wenn es während der Versicherungsdauer eintritt. Dies ist z.B. der Tod der versicherten Person.
- **Versicherungsjahr:** Ein Versicherungsjahr umfasst – unabhängig von der [Versicherungsperiode](#) – den Zeitraum eines Jahres. Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im [Versicherungsschein](#) dokumentierten Beginn der Versicherung. Die folgenden Versicherungsjahre beginnen jeweils zum Jahrestag des Versicherungsbeginns.
- **Versicherungsnehmer:** Der Versicherungsnehmer ist unser Vertragspartner. Die Rechte und Pflichten aus diesem Vertrag betreffen vorrangig den Versicherungsnehmer.
- **Versicherungsperiode:** Die Versicherungsperiode ist der Zeitabschnitt, für den die Zahlung des Beitrags vereinbart ist. Die Versicherungsperiode umfasst bei jährlicher Beitragszahlung ein [Versicherungsjahr](#), bei unterjährlicher Beitragszahlung entsprechend der vereinbarten Zahlungsweise ein halbes Jahr, ein Vierteljahr oder einen Monat.
- **Versicherungsschein (Police):** Der Versicherungsschein dokumentiert den zustande gekommenen Versicherungsvertrag und die zu Vertragsbeginn vereinbarten Versicherungsleistungen.
- **Versicherungssumme:** Der vertraglich vereinbarte, im [Versicherungsschein](#) ausgewiesene Geldbetrag, der im Versicherungsfall zur Auszahlung kommen soll. Die Versicherungssumme ist garantiert.
- **Vorläufiger Versicherungsschutz:** Ein vorläufiger Versicherungsschutz bedeutet, dass dem Versicherungsnehmer ab dem Zeitpunkt, zu dem Ihr Antrag bei uns eingeht, Versicherungsschutz gewährt wird.
- **Wiederherstellung der Versicherung:** Die Wiederherstellung bezeichnet den Vorgang, wenn nach einer Beitragsfreistellung der Vertrag wieder beitragspflichtig fortgeführt wird.

Bitte beachten: Zum Verbleib beim Kunden

Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Risikolebensversicherung und eingeschlossener Zusatzversicherungen (ABVs-D)

Mit den nachfolgenden Bedingungen wenden wir uns an Sie als Antragsteller und künftigen Versicherungsnehmer und gewähren Ihnen aufgrund des gestellten Antrags und den nachfolgenden Bedingungen vorläufigen Versicherungsschutz.

Auf den folgenden Seiten finden Sie wichtige Informationen, die für Ihren Versicherungsvertrag von Bedeutung sind.

Dabei bilden die Versicherungsbedingungen die rechtliche Grundlage für unser gemeinsames Vertragsverhältnis. In ihnen werden u. a. die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien geregelt sowie die vertraglichen Leistungen beschrieben. Informationen zur steuerlichen Behandlung der Versicherung finden Sie in den separat vorliegenden Steuerinformationen.

Inhaltsverzeichnis

I. Versicherungsschutz und Leistungen	- 2 -
§1 Versicherungsbeginn	- 2 -
§2 Versicherungsende	- 2 -
§3 Geltungsbereich	- 2 -
§4 Versicherungsleistungen	- 2 -
§5 Leistungsvoraussetzungen	- 2 -
§6 Leistungsausschlüsse	- 2 -
II. Beitragszahlung und Kosten	- 3 -
§7 Kosten	- 3 -
III. Sonstige Vertragsbestimmungen	- 3 -
§8 Weitere Bestimmungen	- 3 -

I. Versicherungsschutz und Leistungen

§1 Versicherungsbeginn

Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem Ihr Antrag bei uns eingeht.

§2 Versicherungsende

- (1) Der vorläufige Versicherungsschutz endet, wenn
 - der Versicherungsschutz aus der beantragten Versicherung begonnen hat;
 - Sie Ihren Antrag angefochten oder bereits vor oder gleichzeitig mit dem Eingang bei uns zurückgenommen haben;
 - Sie von Ihrem Widerrufsrecht nach § 8 VVG zur beantragten Versicherung Gebrauch gemacht haben;
 - Sie einer Ihnen gemäß § 5 Abs. 1 und 2 VVG mitgeteilten Abweichung des Versicherungsscheines von Ihrem Antrag widersprochen haben;
 - der Einzug des ersten Beitrags 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;
 - Sie den Hauptvertrag oder den weiteren Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz mit einem anderen Versicherer schließen. Über den Vertragsschluss mit einem anderen Versicherer haben Sie uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) zu informieren.
- (2) Sowohl Sie als auch wir können den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Unsere Kündigungserklärung wird jedoch erst nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang bei Ihnen wirksam.
- (3) Ist der vorläufige Versicherungsschutz wegen eines unter [Absatz 1](#) oder [2](#) genannten Grundes beendet worden, so bedarf es zur Wiederherstellung unserer ausdrücklichen Bestätigung.

§3 Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

§4 Versicherungsleistungen

Risikolebensversicherung

- (1) Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich auf die für den Todesfall beantragten Leistungen.
- (2) Auf Grund des vorläufigen Versicherungsschutzes zahlen wir für die Risikolebensversicherung, einschließlich der Leistungen aus einer Unfalltod-Zusatzversicherung (UZV), höchstens 100.000,00 Euro. Diese Begrenzungen gelten auch dann, wenn höhere Leistungen beantragt oder mehrere Anträge derselben zu versichernden Person bei uns gestellt worden sind.

Unfalltod-Zusatzversicherung

- (3) Wenn Sie eine Unfalltod-Zusatzversicherung beantragt haben, zahlen wir zusätzlich die Unfalltod-Versicherungssumme, wenn ein Unfall
 - während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eingetreten ist und
 - innerhalb eines Jahres nach dem Unfalltag zum Tode der versicherten Person führt.

Dread Disease-Zusatzversicherung

- (4) Die Dread Disease-Zusatzversicherung hat eine Wartezeit von 3 Monaten ab Versicherungsbeginn. Deswegen gibt es hier keinen vorläufigen Versicherungsschutz.

§5 Leistungsvoraussetzungen

Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz ist, dass

- der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als zwei Monate nach der Unterzeichnung des Antrags liegt;
- der erste Beitrag für die beantragte Versicherung gezahlt oder uns eine Ermächtigung zum Beitragseinzug mittels eines SEPA-Lastschriftmandats erteilt worden ist, wobei auf dem angegebenen Konto ausreichende Deckung vorhanden sein muss;
- Sie das Zustandekommen der beantragten Versicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht haben und die Risiko- und Gesundheitsklärung der zu versichernden Person im Antragsformular vollständig ausgefüllt ist;
- Ihr Antrag sich im Rahmen der von uns gebotenen Tarife und Bedingungen bewegt;
- die versicherte Person bei Unterzeichnung des Antrags das 15. Lebensjahr schon und das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet hat;
- frühere Anträge der versicherten Person von uns nicht abgelehnt, nicht zurückgestellt wurden oder nicht zu erschwerten Bedingungen (Mehrbeitrag oder Klausel) zu Stande gekommen wären;
- frühere Verträge durch uns nicht wegen Nichtzahlung oder Zahlungsrückständen gemäß §§ 37, 38 VVG gekündigt wurden;
- wir bei früheren Verträgen keinen Rücktritt bzw. keine Anfechtung erklärt haben.

§6 Leistungsausschlüsse

- (1) Der vorläufige Versicherungsschutz ist – soweit nicht etwas anderes vereinbart ist – ausgeschlossen für Versicherungsfälle, zu deren Eintritt gefahrerhebliche Erkrankungen, Beschwerden oder Gesundheitsstörungen ursächlich beigetragen haben, die Ihnen bzw. der zu versichernden Person bei Antragstellung bekannt waren, auch wenn diese im Antrag angegeben wurden. Gefahrerheblich sind solche Erkrankungen, Beschwerden oder Gesundheitsstörungen, die geeignet sind, auf unseren Entschluss, den Vertrag überhaupt oder zu dem vereinbarten Inhalt abzuschließen, einen Einfluss auszuüben. Erkrankungen, Beschwerden oder Gesundheitsstörungen, nach denen wir bei Antragstellung ausdrücklich und in Textform gefragt haben, gelten im Zweifel als erheblich.
- (2) Bei vorsätzlicher 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) Wenn eine versicherte Person in Ausübung des Wehr- oder Polizeidienstes oder bei inneren Unruhen den Tod gefunden hat, gewähren wir Versicherungsschutz. Stirbt eine [versicherte Person](#) in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen ist unsere Leistung eingeschränkt. In diesem Fall vermindert sich die Auszahlung auf die für den Todestag berechnete [Deckungsrückstellung](#) der Versicherung, soweit eine vorhanden ist.

Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland vermindert sich unsere Leistung nicht, wenn eine versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen stirbt und die versicherte Person nicht aktiv an diesen Ereignissen beteiligt war. Wir leisten auch bei Tod im Rahmen einer Tätigkeit für eine humanitäre Hilfsorganisation während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland oder bei einem der folgenden Einsätze der Bundeswehr:

- humanitäre Hilfeleistung
 - friedenserhaltende Maßnahme
 - friedenskonsolidierende / friedenssichernde Maßnahme im Rahmen eines UN- oder NATO-Einsatzes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.
- (4) Bei Ableben der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen entfällt unsere Leistungspflicht, sofern mit deren Einsatz oder dem Freisetzen eine nicht vorhersehbare Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den Technischen Berechnungsgrundlagen derart verbunden ist, dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.
- (5) Sanktionen und Embargos
Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.
Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

II. Beitragszahlung und Kosten

§7 Kosten

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir zwar keinen besonderen Beitrag. Erbringen wir aber Leistungen auf Grund des vorläufigen Versicherungsschutzes, so behalten wir ein Entgelt ein. Das Entgelt entspricht dem Beitrag für eine Versicherungsperiode. Wir berechnen Ihnen jedoch nicht mehr als den Tarifbeitrag für die Höchstsumme und -rente gemäß [§ 4 Absätze 2, 7](#) und [11](#) dieser Bedingungen. Bereits gezahlte Beträge rechnen wir an.

III. Sonstige Vertragsbestimmungen

§8 Weitere Bestimmungen

- (1) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen und Besonderen Bedingungen für die beantragte Versicherung Anwendung, einschließlich derjenigen für mitbeantragte Zusatzversicherungen. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse. Eine Überschussbeteiligung erfolgt jedoch nicht.
- (2) Ein im Antrag festgelegtes Bezugsrecht gilt auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

Bitte beachten: Zum Verbleib beim Kunden

Besondere Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung (Dynamik-D)

Als [Versicherungsnehmer](#) sind Sie unser Vertragspartner. Für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen. Auf den folgenden Seiten finden Sie wichtige Informationen, die für Ihren Versicherungsvertrag von Bedeutung sind. Dabei bilden die Versicherungsbedingungen die rechtliche Grundlage für unser gemeinsames Vertragsverhältnis. In ihnen werden u. a. die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien geregelt sowie die vertraglichen Leistungen beschrieben. Informationen zur steuerlichen Behandlung der Versicherung finden Sie in den separat vorliegenden Steuerinformationen.

Inhaltsverzeichnis

I. Versicherungsschutz und Leistungen	- 2 -
§1 Zeitpunkt der erhöhten Beiträge und Versicherungsleistungen	- 2 -
§2 Ende der planmäßigen Erhöhungen	- 2 -
§3 Geltungsbereich	- 2 -
§4 Planmäßige Erhöhung im Sinne dieser Bedingungen	- 2 -
§5 Errechnung der erhöhten Versicherungsleistungen	- 2 -
II. Sonstige Vertragsbestimmungen	- 2 -
§6 Aussetzen von Erhöhungen	- 2 -
§7 Sonstige Bestimmungen für die Erhöhung der Beiträge	- 2 -
VIII. Begriffserklärungen	- 3 -

I. Versicherungsschutz und Leistungen

§1 Zeitpunkt der erhöhten Beiträge und Versicherungsleistungen

- (1) Die Erhöhungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen erfolgen zu Beginn eines jeden [Versicherungsjahres](#).
- (2) Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

§2 Ende der planmäßigen Erhöhungen

- (1) Die Erhöhungen erfolgen bis 5 Jahre vor Ablauf der Beitragszahlungsdauer, maximal jedoch bis die [versicherte Person](#) – bei verbundenen Leben die älteste [versicherte Person](#) – das rechnermäßige Alter von 65 Jahren erreicht hat.
- (2) Bei Einschluss der Dread Disease-Zusatzversicherung erfolgen die Dynamikerhöhungen für die Haupt- und die Zusatzversicherungen außerdem maximal bis bei der Dread Disease-Zusatzversicherung eine Dread Disease Einmalleistung von 150.000 Euro überschritten würde. Wird die genannte Einmalleistung erreicht, entfällt die Dynamik für den gesamten Vertrag.

§3 Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

§4 Planmäßige Erhöhung im Sinne dieser Bedingungen

- (1) Die Hauptversicherung einschließlich etwaiger Zusatzversicherungen erhöht sich um den mit Ihnen fest vereinbarten, ganzzahligen Prozentsatz (mindestens 2 % bis maximal 10 %).
- (2) Bei Lebensversicherungen mit konstanter Beitragskalkulation (RISK-vario®) erhöht sich durch die Dynamik der Beitrag um den im Antragsformular vereinbarten Prozentsatz des Vorjahresbeitrags.
- (3) Bei Lebensversicherungen mit technisch einjähriger Kalkulation (RISK-vario® risikoadäquat) wird eine prozentuale Erhöhung der versicherten Todesfalleistung vereinbart.
- (4) Die vereinbarte Dynamik bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung.

§5 Errechnung der erhöhten Versicherungsleistungen

- (1) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnermäßigen Alter der [versicherten Person\(en\)](#), der restlichen [Beitragszahlungsdauer](#) und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag. Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge.
- (2) Sind Zusatzversicherungen eingeschlossen, so werden ihre Versicherungsleistungen im Rahmen der planmäßigen Erhöhungen im selben Verhältnis wie die der Hauptversicherung erhöht, wenn nicht etwas anderes vereinbart ist.

II. Sonstige Vertragsbestimmungen

§6 Aussetzen von Erhöhungen

- (1) Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen.
- (2) Unterbliebene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.
- (3) Sollten Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, so erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen ohne erneute Gesundheitsprüfung; es kann jedoch mit unserer Zustimmung neu begründet werden.

§7 Sonstige Bestimmungen für die Erhöhung der Beiträge

- (1) Alle im Rahmen des Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Allgemeinen Bedingungen sowie die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich auch auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen.
- (2) Die Erhöhungen der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag beeinflussen die Fristen in den Paragraphen der Bedingungen der Hauptversicherung zur Verletzung der Anzeigepflicht und zur Selbsttötung nicht.

VIII. Begriffserklärungen

Um Ihnen das Lesen der Versicherungsbedingungen zu erleichtern, möchten wir Ihnen einige Begrifflichkeiten kurz erläutern:

- **Beitragszahlungsdauer:** Die Beitragszahlungsdauer ist der Zeitraum, für den Beiträge zu zahlen sind.
-
- **Versicherte Person:** Die versicherte Person ist die Person, auf deren Leben die Versicherung genommen wird. Dies müssen nicht notwendigerweise Sie als [Versicherungsnehmer](#) sein.
- **Versicherungsjahr:** Ein Versicherungsjahr umfasst – unabhängig von der [Versicherungsperiode](#) – den Zeitraum eines Jahres. Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im [Versicherungsschein](#) dokumentierten Beginn der Versicherung. Die folgenden Versicherungsjahre beginnen jeweils zum Jahrestag des Versicherungsbeginns.
- **Versicherungsnehmer:** Der Versicherungsnehmer ist unser Vertragspartner. Die Rechte und Pflichten aus diesem Vertrag betreffen vorrangig den Versicherungsnehmer.
- **Versicherungsperiode:** Die Versicherungsperiode ist der Zeitabschnitt, für den die Zahlung des Beitrags vereinbart ist. Die Versicherungsperiode umfasst bei jährlicher Beitragszahlung ein [Versicherungsjahr](#), bei unterjährlicher Beitragszahlung entsprechend der vereinbarten Zahlungsweise ein halbes Jahr, ein Vierteljahr oder einen Monat.
- **Versicherungsschein (Police):** Der Versicherungsschein dokumentiert den zustande gekommenen Versicherungsvertrag und die zu Vertragsbeginn vereinbarten Versicherungsleistungen.
- **Versicherungssumme:** Der vertraglich vereinbarte, im [Versicherungsschein](#) ausgewiesene Geldbetrag, der im Versicherungsfall zur Auszahlung kommen soll. Die Versicherungssumme ist garantiert.

Bitte beachten: Zum Verbleib beim Kunden

Allgemeine Bedingungen für die Unfalltod-Zusatzversicherung (BUzv-D)

Als [Versicherungsnehmer](#) sind Sie unser Vertragspartner. Für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

Auf den folgenden Seiten finden Sie wichtige Informationen, die für Ihren Versicherungsvertrag von Bedeutung sind.

Dabei bilden die Versicherungsbedingungen die rechtliche Grundlage für unser gemeinsames Vertragsverhältnis. In ihnen werden u. a. die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien geregelt sowie die vertraglichen Leistungen beschrieben. Informationen zur steuerlichen Behandlung der Versicherung finden Sie in den separat vorliegenden Steuerinformationen.

Inhaltsverzeichnis

I. Versicherungsschutz und Leistungen	- 2 -
§1 Vorläufiger Versicherungsschutz.....	- 2 -
§2 Versicherungsbeginn.....	- 2 -
§3 Versicherungsende	- 2 -
§4 Geltungsbereich	- 2 -
§5 Unfall im Sinne dieser Bedingungen.....	- 2 -
§6 Versicherungsleistungen.....	- 2 -
§7 Bedeutung der Erkrankungen und der Gebrechen der versicherten Person	- 2 -
§8 Leistungseinschränkungen und -ausschlüsse.....	- 2 -
II. Eintritt des Versicherungsfalls und Leistungsauszahlungen.....	- 3 -
§9 Leistungsauszahlung.....	- 3 -
§10 Erklärung über die Leistungspflicht.....	- 3 -
III. Überschussbeteiligung	- 3 -
§11 Beteiligung an Überschüssen	- 3 -
VII. Sonstige Vertragsbestimmungen	- 3 -
§12 Verhältnis zur Hauptversicherung.....	- 3 -
VIII. Begriffserklärungen	- 4 -

I. Versicherungsschutz und Leistungen

§1 Vorläufiger Versicherungsschutz

Wir gewähren ab Antragseingang [vorläufigen Versicherungsschutz](#), wenn die Voraussetzungen hierfür gemäß den Allgemeinen Bedingungen für den [vorläufigen Versicherungsschutz](#) in der Risikolebensversicherung und eingeschlossener Zusatzversicherungen (ABVs-D) vorliegen.

§2 Versicherungsbeginn

Ihr Versicherungsschutz beginnt zu dem im [Versicherungsschein](#) vereinbarten Zeitpunkt. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung (vgl. § 18 und § 19 der Bedingungen der Hauptversicherung).

§3 Versicherungsende

Der Versicherungsschutz endet mit Tod der versicherten Person, durch vorzeitige Beitragsfreistellung oder Kündigung (siehe [§ 12](#) dieser Bedingungen) oder spätestens mit Ablauf der im [Versicherungsschein](#) genannten [Versicherungsdauer](#).

§4 Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

§5 Unfall im Sinne dieser Bedingungen

Ein Unfall liegt vor, wenn die [versicherte Person](#) durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

§6 Versicherungsleistungen

Stirbt die [versicherte Person](#) an den Folgen eines Unfalls (vgl. [§ 5](#) dieser Bedingungen), so zahlen wir die vereinbarte Unfalltod-Zusatzversicherungssumme, wenn

- a) der Unfall sich nach In-Kraft-Treten der Zusatzversicherung ereignet hat und
- b) der Tod eingetreten ist
 - während der Dauer der Zusatzversicherung,
 - innerhalb eines Jahres nach dem Unfall und
 - vor dem Ende des [Versicherungsjahres](#), in dem die [versicherte Person](#) ihr 75. Lebensjahr vollendet hat; verstirbt die [versicherte Person](#) nach diesem Zeitpunkt, so leisten wir dennoch, wenn die [versicherte Person](#) den Unfall bei Benutzung eines dem öffentlichen Personenverkehr dienenden Verkehrsmittels erlitten hat und das Verkehrsmittel dem Ereignis, das den Unfalltod der versicherten Person verursacht hat, selbst ausgesetzt war.

§7 Bedeutung der Erkrankungen und der Gebrechen der versicherten Person

Haben zur Herbeiführung des Todes neben dem Unfall Krankheiten oder Gebrechen zu mindestens 25 Prozent mitgewirkt, so vermindert sich unsere Leistung entsprechend dem Anteil der Mitwirkung.

§8 Leistungseinschränkungen und -ausschlüsse

Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu dem Unfall gekommen ist. Die Leistungseinschränkungen und -ausschlüsse werden in diesem Paragraphen beschrieben.

(1) Nichtversicherte Unfälle

Unter den Versicherungsschutz fallen nicht:

- a) Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.
Wir werden jedoch leisten, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diese Versicherung fallendes Unfallereignis verursacht waren.
- b) Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.
- c) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind; Unfälle durch innere Unruhen, wenn die [versicherte Person](#) auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat. Nach Ablauf der ersten 12 Monate ab Versicherungsbeginn gilt diese Einschränkung unserer Leistungspflicht nicht im Falle des Einsatzes der versicherten Person bei einer
 - humanitären Hilfeleistung der Bundeswehr;
 - friedenserhaltenden Maßnahme der Bundeswehr;
 - friedenskonsolidierenden/friedenssichernden Maßnahme der deutschen Bundeswehr im Rahmen eines UN- oder NATO-Einsatzes während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland;
 - Tätigkeit für humanitäre Hilfsorganisationen während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.
 - Die Einschränkung unserer Leistungspflicht gilt ebenfalls nicht bis zum Ende des 28. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges, von dem die [versicherte Person](#) auf Reisen oder während Aufhalten im Ausland überrascht wird.
- d) Unfälle der versicherten Person
 - bei der Benutzung von Luftfahrzeugen (Fluggeräten) ohne Motor, Motorseglern, Ultraleichtflugzeugen und Raumfahrzeugen sowie beim Fallschirmspringen;
 - als Luftfahrzeugführer oder als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;
 - bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit;
 - bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.
- e) Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
- f) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
- g) Gesundheitsschädigungen durch Strahlen. Wir werden jedoch leisten, wenn es sich um Folgen eines unter die Versicherung fallenden Unfallereignisses handelt.

- h) Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe, die die [versicherte Person](#) an ihrem Körper vornimmt oder vornehmen lässt. Wir werden jedoch leisten, wenn die Eingriffe oder Heilmaßnahmen, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diese Versicherung fallenden Unfall veranlasst waren.
- i) Infektionen. Wir werden jedoch leisten, wenn die Krankheitserreger durch eine unter diese Versicherung fallende Unfallverletzung in den Körper gelangt sind. Nicht als Unfallverletzungen gelten dabei Haut- oder Schleimhautverletzungen, die als solche geringfügig sind und durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangen; für Tollwut und Wundstarrkrampf entfällt diese Einschränkung. Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen verursacht sind, gilt [§ 8 h\) Satz 2](#) entsprechend.
- j) Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund. Wir werden jedoch leisten, wenn es sich um Folgen eines unter die Versicherung fallenden Unfallereignisses handelt.
- k) Unfälle infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig, wodurch diese verursacht sind.
- l) Selbsttötung, und zwar auch dann, wenn die [versicherte Person](#) die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn jener Zustand durch ein unter die Versicherung fallendes Unfallereignis hervorgerufen wurde;
- m) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen verursacht sind, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.

(2) Sanktionen und Embargos

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

II. Eintritt des Versicherungsfalls und Leistungsauszahlungen

§9 Leistungsauszahlung

- (1) Der Unfalltod der versicherten Person ist uns unverzüglich – möglichst innerhalb von 48 Stunden – mitzuteilen. An Unterlagen sind uns die notwendigen Nachweise zum Unfallhergang und zu den Unfallfolgen einzureichen.
- (2) Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise und Auskünfte verlangen.
- (3) Uns ist das Recht zu verschaffen, ggf. eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen. Wird die Zustimmung zur Obduktion verweigert, sind wir von unserer Leistungspflicht befreit, es sei denn, dieses Verhalten ist ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht.
- (4) Wird vorsätzlich die Mitteilungs- und Aufklärungspflicht ([Absatz 1](#) und [2](#)) verletzt, sind wir von unserer Leistungspflicht befreit. Bei grob fahrlässigem Verhalten sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Mitteilungs- oder Aufklärungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt wurde. Wir bleiben jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als die Verletzung der Mitteilungs- bzw. Aufklärungspflicht ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist.

§10 Erklärung über die Leistungspflicht

Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats zu erklären, ob und in welchem Umfang wir eine Leistungspflicht anerkennen. Die Frist beginnt mit dem Eingang der notwendigen Nachweise und Auskünfte.

III. Überschussbeteiligung

§11 Beteiligung an Überschüssen

Die Unfalltod-Zusatzversicherung ist nicht überschussberechtigigt.

VII. Sonstige Vertragsbestimmungen

§12 Verhältnis zur Hauptversicherung

- (1) Die Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet oder beitragsfrei weitergeführt wird, erlischt auch die Zusatzversicherung.
- (5) Wird die Leistung der Hauptversicherung außerplanmäßig herabgesetzt, vermindert sich auch der Versicherungsschutz aus der Zusatzversicherung, und zwar auf den Betrag, der dem Teil der Hauptversicherung entspricht, für den der Beitrag weitergezahlt wird.
- (6) Wenn unsere Leistungspflicht aus der Hauptversicherung erloschen oder auf die beitragsfreie Leistung beschränkt war, danach aber zusammen mit der Zusatzversicherung ganz oder teilweise wieder auflebt, können aus dem wieder in Kraft getretenen Teil keine Ansprüche auf Grund solcher Unfälle geltend gemacht werden, die während der Unterbrechung des vollen Versicherungsschutzes eingetreten sind.
- (7) Wenn Sie die Zusatzversicherung kündigen, haben Sie weder Anspruch auf einen Rückkaufswert noch auf eine beitragsfreie Leistung.
- (8) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

VIII. Begriffserklärungen

Um Ihnen das Lesen der Versicherungsbedingungen zu erleichtern, möchten wir Ihnen einige Begrifflichkeiten kurz erläutern:

- **Versicherte Person:** Die versicherte Person ist die Person, auf deren Leben die Versicherung genommen wird. Dies müssen nicht notwendigerweise Sie als [Versicherungsnehmer](#) sein.
- **Versicherungsdauer:** Die Versicherungsdauer ist der Zeitraum, innerhalb dessen der [Versicherungsfall](#) eintreten muss, damit ein Anspruch auf Leistungen entstehen kann.
- **Versicherungsfall:** Ein Versicherungsfall ist das Ereignis, das die Leistungspflicht des Versicherers entstehen lässt, wenn es während der [Versicherungsdauer](#) eintritt. Dies ist z.B. der Tod der versicherten Person.
- **Versicherungsjahr:** Ein Versicherungsjahr umfasst – unabhängig von der [Versicherungsperiode](#) – den Zeitraum eines Jahres. Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im [Versicherungsschein](#) dokumentierten Beginn der Versicherung. Die folgenden Versicherungsjahre beginnen jeweils zum Jahrestag des Versicherungsbeginns.
- **Versicherungsnehmer:** Der Versicherungsnehmer ist unser Vertragspartner. Die Rechte und Pflichten aus diesem Vertrag betreffen vorrangig den Versicherungsnehmer.
- **Versicherungsperiode:** Die Versicherungsperiode ist der Zeitabschnitt, für den die Zahlung des Beitrags vereinbart ist. Die Versicherungsperiode umfasst bei jährlicher Beitragszahlung ein [Versicherungsjahr](#), bei unterjährlicher Beitragszahlung entsprechend der vereinbarten Zahlungsweise ein halbes Jahr, ein Vierteljahr oder einen Monat.
- **Versicherungsschein (Police):** Der Versicherungsschein dokumentiert den zustande gekommenen Versicherungsvertrag und die zu Vertragsbeginn vereinbarten Versicherungsleistungen.
- **Vorläufiger Versicherungsschutz:** Ein vorläufiger Versicherungsschutz bedeutet, dass dem [Versicherungsnehmer](#) ab dem Zeitpunkt, zu dem Ihr Antrag bei uns eingeht, Versicherungsschutz gewährt wird.

Bitte beachten: Zum Verbleib beim Kunden

Allgemeine Bedingungen für die Dread Disease-Zusatzversicherung (BDDz-D)

Als [Versicherungsnehmer](#) sind Sie unser Vertragspartner. Für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen. Auf den folgenden Seiten finden Sie wichtige Informationen, die für Ihren Versicherungsvertrag von Bedeutung sind. Dabei bilden die Versicherungsbedingungen die rechtliche Grundlage für unser gemeinsames Vertragsverhältnis. In ihnen werden u. a. die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien geregelt sowie die vertraglichen Leistungen beschrieben. Informationen zur steuerlichen Behandlung der Versicherung finden Sie in den separat vorliegenden Steuerinformationen.

Inhaltsverzeichnis

I. Versicherungsschutz und Leistungen	- 2 -
§1 Vorläufiger Versicherungsschutz	- 2 -
§2 Versicherungsbeginn	- 2 -
§3 Versicherungsende	- 2 -
§4 Geltungsbereich	- 2 -
§5 Dread Disease (schwere Krankheit) im Sinne dieser Bedingungen	- 2 -
§6 Versicherungsleistungen	- 3 -
§7 Leistungseinschränkungen und -ausschlüsse	- 3 -
II. Vertragsflexibilität ohne erneute Gesundheitsprüfung	- 4 -
§8 Nachversicherungsgarantie	- 4 -
§9 Beitragsreduzierung durch Absenken der einmaligen Kapitaleistung	- 4 -
§10 Anpassungsoption bei geänderten Darlehen für RISK-vario® und RISK-vario® Premium	- 5 -
§11 Verlängerungsoption für RISK-vario® und RISK-vario® Premium	- 5 -
III. Vertragspflichten	- 5 -
§12 Vorvertragliche Anzeigepflicht	- 5 -
§13 Gesundheitszustand und Rauchverhalten	- 5 -
IV. Beitragszahlung und Kosten	- 6 -
§14 Beitragsstundung in der Leistungsprüfung	- 6 -
§15 Beitragsstundung bei kurzfristigen Zahlungsschwierigkeiten	- 6 -
V. Eintritt des Versicherungsfalles und Leistungsauszahlungen	- 6 -
§16 Leistungsauszahlung	- 6 -
§17 Mitwirkungspflichten	- 6 -
§18 Folgen einer Verletzung der Mitwirkungspflicht	- 6 -
§19 Erklärung über die Leistungspflicht	- 6 -
VI. Überschussbeteiligung	- 7 -
§20 Bedeutung von Überschüssen	- 7 -
§21 Beteiligung an Überschüssen	- 7 -
VII. Sonstige Vertragsbestimmungen	- 8 -
§22 Verhältnis zur Hauptversicherung	- 8 -
VIII. Begriffserklärungen	- 9 -

I. Versicherungsschutz und Leistungen

§1 Vorläufiger Versicherungsschutz

Die Dread Disease-Zusatzversicherung hat eine Wartezeit von 3 Monaten ab Versicherungsbeginn. Deswegen gibt es hier keinen [vorläufigen Versicherungsschutz](#).

§2 Versicherungsbeginn

Ihr Versicherungsschutz beginnt zu dem im [Versicherungsschein](#) vereinbarten Zeitpunkt. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung (vgl. § 18 und § 19 der Bedingungen der Hauptversicherung).

§3 Versicherungsende

Der Versicherungsschutz endet mit Tod der versicherten Person, durch Auszahlung der Einmalleistung, durch vorzeitige Kündigung (siehe [§ 22](#) dieser Bedingungen) oder spätestens mit Ablauf der im [Versicherungsschein](#) genannten [Versicherungsdauer](#).

§4 Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

§5 Dread Disease (schwere Krankheit) im Sinne dieser Bedingungen

Eine schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn eine der nachfolgend genannten Erkrankungen mit den jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen vorliegt. Der Anspruch auf Leistungen aus einer der schweren Krankheiten entsteht frühestens nach einer Wartezeit von 3 Monaten ab Beginn des Versicherungsvertrages. Er erlischt, wenn die [versicherte Person](#) innerhalb von 30 Tagen nach erstmaliger Feststellung der Erkrankung durch einen Facharzt stirbt. Der Anspruch aus der Dread Disease-Zusatzversicherung kann während der Vertragslaufzeit nur einmal in Anspruch genommen werden. Danach erlischt die Zusatzversicherung und der für diese Zusatzversicherung anteilig gezahlte Beitrag ist nicht mehr zu entrichten.

(1) Krebs (mit Ausnahme von Frühstadien)

Versicherungsschutz besteht, wenn ein bösartiger Tumor (Krebs), der durch unkontrolliertes Wachstum maligner Zellen, Eindringen in umliegendes Gewebe sowie einer Tendenz zur Metastasierung gekennzeichnet ist, diagnostiziert wird. In die Deckung eingeschlossen sind Leukämien, bösartige Tumore des Lymphsystems (maligne Lymphome) und das myelodysplastische Syndrom. Die Diagnose muss durch eine feingewebliche Untersuchung (Histologie) gesichert und von einem Facharzt bestätigt werden.

Nicht versichert sind nachfolgende frühe Krebsstadien oder Krebsvorstufen:

- a) Jeder Tumor, der histologisch als prämaligne, nicht-invasiv oder als Carcinoma in Situ eingestuft wird (einschließlich des Duktalen oder Lobulären Carcinoma in situ der Brust sowie der Zervixdysplasie CIN-1, CIN-2 oder CIN-3)
- b) Prostatakrebs, der histologisch nicht einen Gleason-Score über 6 oder nicht ein klinisches TNM-Stadium von mindestens T2N0M0 aufweist.
- c) Basalzellkarzinom (Basaliom) und Plattenepithelkarzinom der Haut sowie das maligne Melanom Stadium IA (T1aN0M0)
- d) Schilddrüsenkrebs mit einer Tumorgöße von weniger als 1 cm Durchmesser und histologisch klassifiziert als T1N0M0
- e) Papilläres Mikrokarzinom der Blase histologisch klassifiziert als Ta
- f) MALT-Lymphom des Magens bei ausschließlicher Behandlung mittels Helicobacter-Eradikation
- g) Gastrointestinaler Stromatumor (GIST) im Stadium 1 oder 2 nach der AJCC-Klassifikation
- h) Mikroinvasives Karzinom der Brust (histologisch klassifiziert als T1mic), außer bei Behandlung mittels Mastektomie, Chemotherapie oder Bestrahlung
- i) Mikroinvasives Karzinom der Zervix Uteri (histologisch klassifiziert als Stadium IA1), außer bei Behandlung mittels Hysterektomie, Chemotherapie oder Bestrahlung
- j) Alle bösartigen Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems, bei denen keine regelmäßige und dauerhafte Bluttransfusion, systemische Chemotherapie, zielgerichtete Krebstherapie, Knochenmarktransplantation, hämatopoetische Stammzellentransplantation oder eine vergleichbare interventionelle Therapie größeren Umfangs durchgeführt wird.

(2) Bypass-Operation der Herzkranzgefäße (zur Behandlung einer koronaren Mehrgefäßerkrankung)

Versichert ist die Durchführung einer Herzoperation zur Behandlung einer Verengung oder eines Verschlusses von mindestens zwei oder mehr Herzkranzgefäßen (Koronararterien) mittels Anlage von Bypassgefäßen. Es sind sowohl chirurgische Eingriffe mittels vollständiger Durchtrennung des Brustbeins (Sternotomie) als auch mittels minimal-invasiver Operationsmethoden (zum Beispiel partielle Sternotomie, laterale Thorakotomie) gedeckt. Die Durchführung und Notwendigkeit der Operation muss durch einen Facharzt für Kardiologie oder Herzchirurgie bestätigt und durch entsprechende Befunde in der Koronarangiografie begründet werden.

Nicht versichert sind:

- a) Bypass-Operationen zur Behandlung einer koronaren Eingefäßerkrankung
- b) Angioplastie oder Stentimplantation der Herzkranzgefäße

(3) Myokardinfarkt (Herzinfarkt)

Herzinfarkt im Sinne dieser Bedingungen ist ein akutes Ereignis, das innerhalb eines umschriebenen Herzmuskelbereichs zu einem Untergang von Herzmuskelzellen infolge eines Verschlusses eines oder mehrerer Herzkranzgefäße geführt hat.

Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen eines Herzinfarktes ist, dass

- a) für einen Herzinfarkt typische klinische Symptome vorliegen und
- b) neu aufgetretene EKG (Elektrokardiographie)-Veränderungen, die mit einem akuten Herzinfarkt vereinbar sind, nachgewiesen werden und
- c) ein vorübergehender Anstieg von herzspezifischem Troponin über den vom bestimmenden Labor zu Grunde gelegten Referenzwert für Herzinfarkte vorliegt und
- d) ein durch den Herzinfarkt verursachter Funktionsverlust des Herzens durch eine verminderte Auswurfleistung (Ejektionsfraktion) der linken Herzkammer unter 55% oder durch regionale Wandbewegungsstörungen frühestens ein Monat nach dem akuten Ereignis nachweisbar ist.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind

- a) alle Ereignisse, die nicht von einem Kardiologen oder Internisten als Herzinfarkt bestätigt wurden,

- b) Herzinfarkte unbestimmten Alters,
- c) Anstiege von herzspezifischem Troponin, die direkt durch einen Eingriff am Herzen verursacht wurden, z.B. durch eine koronare Angiographie oder eine koronare Angioplastie.

(4) Chronisches Nierenversagen beider Nieren (mit regelmäßiger Blutwäsche oder Nierentransplantation)

Chronisches und irreversibles Versagen beider Nieren, aufgrund dessen eine regelmäßige Blutwäsche (Hämodialyse oder Peritonealdialyse) oder eine Nierentransplantation durchgeführt werden muss.

Die Notwendigkeit der Dialysebehandlung muss durch einen Facharzt für Nephrologie bestätigt werden.

Das versicherte Ereignis tritt mit Beginn der Dialysebehandlung oder erfolgter Nierentransplantation ein.

Nicht versichert ist akutes, reversibles Nierenversagen mit vorübergehender Dialysepflicht.

(5) Schlaganfall (mit bleibenden neurologischen Ausfallerscheinungen)

Als neurologische Ausfallerscheinungen gelten Hör-, Seh-, Sprech-, oder Schluckstörungen, Lähmungen, Geh-, oder Koordinationsstörungen, Sensibilitätsstörungen, Tremor, Bewusstseinsstörungen und Krampfanfälle. Auch gravierende Beeinträchtigungen der intellektuellen Fähigkeiten (z. B. Merkfähigkeits-, Konzentrationsstörungen, Persönlichkeitsveränderungen) fallen unter diesen Begriff. Die Beeinträchtigungen und ihr Ausmaß müssen durch einen Facharzt für Neurologie oder Psychiatrie bestätigt werden.

Nicht unter den Begriff „neurologische Ausfallerscheinungen“ fallen:

- a) Auffälligkeiten in der bildgebenden Diagnostik (z.B. Computertomographie des Gehirns), die keine eindeutige Verbindung zu einer klinischen Symptomatik aufweisen.
- b) Symptome, die auf psychische/psychiatrische Ursachen oder auf eine nicht im Rahmen der Versicherung gedeckte Erkrankung zurückzuführen sind.
- c) Versichert ist ein Schlaganfall, bei dem es zum Absterben von Hirngewebe durch eine intrakranielle Thrombose oder Blutung (einschließlich Subarachnoidalblutung) oder durch eine Embolie extrakraniellen Ursprungs kommt.
- d) Weiterhin muss der Schlaganfall gekennzeichnet sein durch:
- e) eine akut beginnende neurologische Symptomatik mit
- f) objektiv bestimmbare, nicht vorbestehende neurologische Ausfallerscheinungen bei der klinischen Untersuchung die über einen Zeitraum von 3 Monaten ununterbrochen andauern
- g) Die Diagnose sowie die anhaltenden neurologischen Ausfallerscheinungen müssen durch einen Facharzt für Neurologie bestätigt und durch entsprechende bildgebende und klinische Befunde begründet werden.
- h) Nicht versichert sind:
- i) Transitorische Ischämische Attacken (TIA) und Prolongierte Reversible Ischämische Neurologische Defizite (PRIND);
- j) Unfallbedingte Verletzungen des Gewebes oder der Blutgefäße im Gehirn
- k) Neurologische Defizite aufgrund von Hypoxie, Infektionen, Entzündungen, Migräne oder medizinischen Eingriffen
- l) Zufallsbefunde in der Bildgebung (z.B. CT oder MRT) ohne eindeutig damit in Zusammenhang stehende klinische Symptome (stummer Hirninfarkt)
- m) Gefäßerkrankungen mit Beeinträchtigung von Auge, Sehnerv oder Gleichgewichtsorgan

(6) Multiple Sklerose

Multiple Sklerose im Sinne dieser Bedingungen ist eine entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems mit Entmarkungsherd im Gehirn oder Rückenmark.

Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen von Multipler Sklerose ist, dass

- a) mindestens ein typischer Entmarkungsherd im Gehirn oder Rückenmark mittels CT (Computertomographie), MRT (Magnetresonanztomographie) oder anderer entsprechender bildgebender Verfahren nachgewiesen wird und
- b) eine durch diese Entmarkungsherde erklärbare neurologische Einschränkung besteht, die einem Wert von mindestens 4,5 in der EDSS (Expanded Disability Status Scale, Stand 2016) entspricht, und

das Vorliegen von a) und b) durch einen Neurologen bestätigt wird.

§6 Versicherungsleistungen

Wir bezahlen die vereinbarte einmalige Kapitalleistung, wenn die [versicherte Person](#) während der Dauer dieser Versicherung eine der in [§ 5](#) dieser Bedingungen genannten Erkrankungen mit den jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen hat.

§7 Leistungseinschränkungen und -ausschlüsse

Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der schweren Krankheit (Dread Disease) gekommen ist. Die Leistungseinschränkungen und -ausschlüsse werden in diesem Paragraphen beschrieben.

(1) Bei Unruhen, Krieg oder Strahlen

- a) Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, leisten wir nicht, wenn die schwere Krankheit (Dread Disease) in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen verursacht ist, sofern die [versicherte Person](#) auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.

Wir leisten jedoch, wenn die [versicherte Person](#) während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder Unruhen schwer krank wird, an denen sie nicht aktiv beteiligt war. Außerdem leisten wir, wenn die [versicherte Person](#) im Rahmen ihrer Tätigkeit für eine humanitäre Hilfsorganisation während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland oder bei einem der folgenden Einsätze der Bundeswehr schwer krank wird:

- humanitäre Hilfeleistung
- friedenserhaltende Maßnahme
- friedenskonsolidierende / friedenssichernde Maßnahme im Rahmen eines UN- oder NATO-Einsatzes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland

- b) Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, leisten wir außerdem nicht, wenn die schwere Krankheit (Dread Disease) durch Strahlen infolge Kernenergie verursacht wurde, die das Leben oder die Gesundheit von mehr als 1.000 Menschen derart gefährden, dass zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Behörde tätig wurde.

(2) Bei Straftat oder Absicht

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, leisten wir nicht, wenn die schwere Krankheit (Dread Disease) verursacht ist:

- a) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die [versicherte Person](#); Bei fahrlässigen und grob fahrlässigen Verstößen - auch im Straßenverkehr - leisten wir trotzdem; wir leisten auch bei Vergehen im Straßenverkehr, bei denen bei der versicherten Person eine Blutalkoholkonzentration von unter 1,1 Promille festgestellt wurde.
- b) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
- c) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als [Versicherungsnehmer](#) vorsätzlich die schwere Krankheit (Dread Disease) der versicherten Person herbeigeführt haben.

(3) Sanktionen und Embargos

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

II. Vertragsflexibilität ohne erneute Gesundheitsprüfung

§8 Nachversicherungsgarantie

- (1) Bei Versicherungsverträgen mit laufender Beitragszahlung haben Sie bei Eintritt der nachfolgend genannten Ereignisse betreffend die [versicherte Person](#) während der [Versicherungsdauer](#) das Recht, gegen entsprechende Beitragszahlung eine Erhöhung der vereinbarten Versicherungsleistung ohne erneute [Risikoprüfung](#) zu verlangen (Nachversicherung). Die Erhöhung des Versicherungsschutzes wird mit der ausstehenden Restversicherungsdauer der ursprünglichen Versicherung nach dem für Ihren Vertrag vereinbarten Tarif abgeschlossen. Der Beitrag für den hinzukommenden Versicherungsschutz berechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten tatsächlichen Alter der [versicherten Person](#), der restlichen Beitragszahlungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag (Risikozuschlag). Bereits vor dem Änderungszeitpunkt individuell vereinbarte Leistungseinschränkungen gelten auch für die Nachversicherung. Die Nachversicherung für die Dread Disease-Zusatzversicherung können Sie beantragen nach

- Eheschließung,
- Ehescheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft,
- Geburt eines Kindes,
- Adoption eines Kindes,
- Tod des Lebenspartners,
- Erreichen der Volljährigkeit,
- Aufnahme eines Immobilienkredits,
- Kauf oder Baubeginn einer eigengenutzten Wohn- oder Gewerbeimmobilie,
- erfolgreichem Schulabschluss und Beginn einer Ausbildung oder Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit,
- erfolgreicher Beendigung eines Studiums an einer staatlich anerkannten Hoch-/Fachhochschule oder einer Berufsausbildung mit Lehrbrief und Aufnahme der entsprechenden beruflichen Tätigkeit,
- Gehaltssteigerung bei Nichtselbständigen, wenn aus nichtselbständiger Tätigkeit für mindestens sechs Monate eine Erhöhung des monatlichen Bruttogrundgehalts um mindestens 10 % gegenüber dem Durchschnittsbruttogrundgehalt der letzten 12 Monate erreicht wird,
- erstmalige Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit (als Hauptberuf),
- Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung,
- Ablegen der Meisterprüfung,
- Ausscheiden als selbständiger Handwerker aus der gesetzlichen Rentenversicherung,
- nachhaltige Steigerung des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern der letzten drei Jahre vor Optionsausübung im Vergleich zum Gewinn bei Antragstellung um mindestens 30 % für selbständige Versicherte.

- (2) Die Nachversicherungsgarantien sind jeweils an folgende Bedingungen gebunden:

- Die Erhöhung muss innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt eines der genannten Ereignisse in [Textform](#) beantragt werden, dabei müssen das Ereignis und dessen Datum genannt werden. Geeignete Unterlagen zum Nachweis fordern wir im Einzelfall an.
- Je Ereignis ist die Erhöhung der vereinbarten einmaligen Kapitalleistung auf maximal 25.000 Euro beschränkt.
- Insgesamt darf die vereinbarte einmalige Kapitalleistung aus Nachversicherungen maximal 50.000 Euro und höchstens 100 % der ursprünglich vereinbarten einmaligen Kapitalleistung des Zusatzversicherungsvertrages vor den Erhöhungen aufgrund von Nachversicherungen betragen.

- (3) Das Recht auf Nachversicherung ohne erneute [Risikoprüfung](#) gemäß [Absatz 1](#) und [Absatz 2](#) besteht nicht oder erlischt, wenn

- die [versicherte Person](#) älter als 50 Jahre ist oder
- vor Ausübung des Nachversicherungsrechts bereits Leistungen wegen Dread Disease, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person aus diesem Vertrag oder anderen Verträgen bei unserer Gesellschaft beantragt oder ein Anspruch auf Leistungen entstanden ist.

§9 Beitragsreduzierung durch Absenken der einmaligen Kapitalleistung

Die versicherte einmalige Kapitalleistung kann während der [Versicherungsdauer](#) bis auf eine Mindesteinmalleistung von 5.000 Euro p.a. abgesenkt und ohne erneute Gesundheitsprüfung in der ursprünglichen Höhe wiederhergestellt werden. Die Dauer der Absenkung ist bei Antragstellung anzugeben und muss mindestens sechs Monate betragen.

Die Anpassungsmöglichkeit besteht unter folgenden Voraussetzungen:

- einmalig während der [Versicherungsdauer](#) ohne Angabe von Gründen für maximal 12 Monate;
- mehrmals während der [Versicherungsdauer](#) bei Nachweis von Arbeitslosigkeit für jeweils maximal 24 Monate;
- mehrmals während der [Versicherungsdauer](#) bei Nachweis der Pflege von nahen Angehörigen (dazu zählen: Ehepartner, Lebensgefährte, Eltern, Großeltern, eigene Kinder, Adoptivkinder) und gleichzeitigem Nachweis über die Anerkennung eines Pflegegrades für den betreffenden Angehörigen. Die Absenkung wird während der Vertragslaufzeit für maximal 24 Monate gewährt;
- mehrmals während der [Versicherungsdauer](#) bei Nachweis von gesetzlicher Elternzeit für jeweils maximal 36 Monate.

Die Wiederherstellung der ursprünglichen einmaligen Kapitalleistung im Anschluss an eine Absenkung kann abhängig vom Stand des Deckungskapitals zu einer Anpassung der Versicherungsprämie führen. Nach Ablauf der gewählten Dauer der Absenkung wird der Vertrag automatisch in der ursprünglichen Einmalleistungshöhe wiederhergestellt, sofern der [Versicherungsnehmer](#) nicht innerhalb von 3 Monaten widerspricht. Widerspricht der [Versicherungsnehmer](#) der Wiederherstellung der ursprünglichen Höhe der einmaligen Kapitalleistung, bleibt es bei der verringerten einmaligen Kapitalleistung.

Eine Wiederherstellung ist ausgeschlossen, wenn vorher ein Anspruch auf Leistungen aus diesem Vertrag entstanden ist.

§10 Anpassungsoption bei geänderten Darlehen

Es gibt die nachfolgend beschriebene Möglichkeit, Ihre Dread Disease-Zusatzversicherung im Zusammenhang mit einem Immobilien- oder Firmen Gründungsdarlehen an einen geänderten Darlehensverlauf anzupassen:

Besteht ein unmittelbarer zeitlicher Zusammenhang zwischen dem Abschluss der Dread Disease-Zusatzversicherung und einem Darlehensvertrag für die Immobilienfinanzierung oder Firmengründung, so kann die Dread Disease-Zusatzversicherung an einen geänderten Darlehensverlauf auf die folgenden Weisen angepasst werden:

- (1) Bis fünf Jahre vor Ablauf dieser Versicherung besteht die Möglichkeit, die [Versicherungsdauer](#) einmalig unter den folgenden Voraussetzungen ohne erneute Gesundheitsprüfung zu verlängern:
 - Die Zinsbindung bezüglich des ursprünglichen Darlehensvertrages zur Finanzierung der Immobilie oder Firmengründung ist ausgelaufen.
 - Ein neuer Darlehensvertrag zur Finanzierung derselben Immobilie bzw. Firmengründung wurde abgeschlossen.
 - Die [versicherte Person](#) ist jünger als 50 Jahre alt.
 - Das Alter der versicherten Person beträgt zum Zeitpunkt des verlängerten Ablauftermins maximal 65 Jahre.
 - Die Einmalleistung für die Verlängerung darf nicht höher als die Einmalleistung zum Zeitpunkt der Verlängerung sein.
 - Sämtliche Voraussetzungen sind uns gegenüber durch geeignete Dokumente nachzuweisen.
 - Der verlängerte Ablauftermin der Dread Disease-Zusatzversicherung darf nicht später sein als der Ablauftermin der Hauptversicherung.

§11 Verlängerungsoption für RISK-vario® und RISK-vario® Premium

- (1) Sie haben bis 5 Jahre vor Ablauf Ihrer Versicherung das Recht, eine Verlängerung der Dread Disease-Zusatzversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung (Verlängerungsoption) durch eine entsprechende Erklärung in [Textform](#) zu beantragen.
- (2) Die maximale Verlängerung der [Versicherungsdauer](#) beträgt 15 Jahre, wobei jedoch höchstens eine Verdoppelung der ursprünglichen [Versicherungsdauer](#) erfolgen kann. Die maximale [Versicherungsdauer](#) (inkl. Verlängerungslaufzeit) darf 45 Jahre nicht überschreiten. Bei Ende der Dread Disease-Zusatzversicherung darf die [versicherte Person](#) nicht älter als 67 Jahre sein.
- (3) Die Verlängerungsoption kann nur einmal in Anspruch genommen werden. Ist Ihre Versicherung beitragsfrei gestellt, ist keine Ausübung der Verlängerungsoption mehr möglich.
- (4) Der Beitrag ab Optionsausübung berechnet sich zur darauffolgenden Fälligkeit nach dem für Ihren Vertrag gültigen Tarif, dem zu diesem Zeitpunkt erreichten rechnungsmäßigen Alter der versicherten Person, der verbleibenden [Versicherungsdauer](#) (inkl. Verlängerungslaufzeit) und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag. Vereinbarte Leistungseinschränkungen gelten auch für die hinzukommende [Versicherungsdauer](#).
- (5) Der verlängerte Ablauftermin der Dread Disease-Zusatzversicherung darf nicht später sein als der Ablauftermin der Hauptversicherung.

III. Vertragspflichten

§12 Vorvertragliche Anzeigepflicht

Besonderheiten für eine nicht schuldhaft Verletzung der Anzeigepflicht

Falls bei Vertragsabschluss gefahrerhebliche Umstände weder vorsätzlich noch grob fahrlässig nicht angezeigt werden, so steht uns nach § 19 Absatz 3 VVG ein Kündigungsrecht und nach § 19 Absatz 4 VVG ein Vertragsänderungsrecht zu. Haben Sie ohne Verschulden oder in Unkenntnis die Anzeigepflicht verletzt, verzichten wir zu Ihren Gunsten auf das uns gesetzlich zustehende Recht (vgl. § 19 Abs. 3 und 4 VVG), ab Beginn der laufenden [Versicherungsperiode](#) den Vertrag anzupassen oder den Vertrag zu kündigen.

§13 Gesundheitszustand und Rauchverhalten

- (1) Im Rahmen der Beitragseinstufung legen wir den Gesundheitszustand der versicherten Person zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Basis der Antragsfragen und ggf. weiterer medizinischer Informationen zugrunde. Dabei wird das gesundheitsbewusste Verhalten der versicherten Person über das Rauchverhalten mit berücksichtigt.
- (2) Raucher im Sinne dieser Bedingungen ist, wer innerhalb der letzten 12 Monate vor Antragstellung (E-)Zigaretten, (E-)Zigarillos, (E-)Zigarren oder (E-)Pfeife geraucht hat.
- (3) Sie sind verpflichtet im Versicherungsantrag alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße Anzeige verantwortlich. Wegen den Rechtsfolgen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht beachten Sie bitte die Regelung in § 15 der Bedingungen der Hauptversicherung.
- (4) Sollten sich die vor Vertragsabschluss gemachten Angaben zum Rauchverhalten der versicherten Person während der Vertragslaufzeit ändern, stellt dies im Falle eines Wechsels vom Nichtraucher zum Raucher eine Gefährerhöhung dar. Sie sind – neben der versicherten Person – verpflichtet, uns die Gefährerhöhung unverzüglich, d.h. ohne schuldhaftes Zögern, anzuzeigen. Wir werden während der Vertragslaufzeit das Rauchverhalten der versicherten Person nur im Rahmen der Leistungsprüfung nachprüfen, auf anderweitige Nachprüfungen verzichten wir.
- (5) Ab dem Zeitpunkt des Verlustes des Nichtraucherstatus werden wir Ihrem Vertrag für die [versicherte Person](#) die [Rechnungsgrundlagen](#) zugrunde legen, die für einen Raucher angewendet werden. Hierdurch erhöhen sich bei gleichbleibender einmaliger Kapitalleistung Ihre Beiträge. Sie können verlangen, dass statt einer Erhöhung der Beiträge die einmalige Kapitalleistung entsprechend herabgesetzt wird. Unser Recht zur Beitragsanpassung erlischt, wenn wir es nicht innerhalb eines Monats ab dem Zeitpunkt geltend machen, zu dem wir von der Gefährerhöhung Kenntnis erlangen.
- (6) Kommen Sie Ihrer Anzeigepflicht nicht nach, vermindert sich bei einer schweren Krankheit der versicherten Person die Leistung. Die auszahlende Einmalleistung wird dann unter Zugrundelegung des Rauchertarifs für die [versicherte Person](#) rückwirkend ab Vertragsbeginn neu berechnet. Die Verringerung unserer Leistungspflicht gilt nicht, soweit die Gefährerhöhung nicht ursächlich für die schwere Krankheit der versicherten Person war.
- (7) Teilen Sie uns mit, dass die versicherte Person schon länger als zwölf Monate nicht mehr raucht und damit vom Raucher zum Nichtraucher geworden ist, können wir dies im Rahmen einer ergänzenden Risikoeinschätzung überprüfen. Erfüllt die versicherte Person die Kriterien für die Einstufung als Nichtraucher, können Sie in Textform verlangen, dass Ihr beitragspflichtiger Vertrag zum nächsten Versicherungsjahrestag umgestellt wird. Der Beitrag verändert sich entsprechend. Wird die versicherte Person anschließend wieder Raucher, so ist uns dies als Gefährerhöhung unverzüglich in Textform anzuzeigen.

IV. Beitragszahlung und Kosten

§14 Beitragsstundung in der Leistungsprüfung

Bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen. Auf Ihren entsprechenden Antrag in [Textform](#) stunden wir bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht die Zahlung des laufenden Beitrags zinslos. Bei Ablehnung der Leistungspflicht können Sie nach Vereinbarung innerhalb eines Zeitraumes von 24 Monaten die gestundeten Beiträge in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten zinslos nachzahlen. Alternativ können Sie die versicherte Leistung herabsetzen oder Sie können die gestundeten Beiträge in einem Betrag zurückzahlen. Sofern möglich, werden wir Ihnen auf Wunsch weitere Vorschläge machen, wie die Nachzahlung der gestundeten Beiträge erleichtert werden kann.

§15 Beitragsstundung bei kurzfristigen Zahlungsschwierigkeiten

- (1) Für Ihre Versicherung sind laufende Beiträge für jede [Versicherungsperiode](#) zu entrichten (vgl. § 18 der Bedingungen der Hauptversicherung).
- (2) Bei kurzfristigen Zahlungsschwierigkeiten können Sie zur nächsten Beitragsfälligkeit für maximal 24 Monate eine zinslose Stundung der Beiträge zu Ihrer Versicherung unter Aufrechterhaltung des vollen Versicherungsschutzes verlangen.
- (3) Eine Beitragsstundung kann mehrmals in Anspruch genommen werden. Voraussetzung ist jeweils, dass
 - die Beiträge für das erste [Versicherungsjahr](#) vollständig gezahlt wurden,
 - die zu stundenden Beiträge sind höchstens so hoch wie das Deckungskapital zum Beginn des Stundungszeitraums, vermindert um den gleichen Abzug möglicher Stornoeinbehalte.
 - der Vertrag keinen Beitragsrückstand aufweist (z. B. auch bereits zuvor gestundete Beiträge vollständig zurückgezahlt worden sind),
 - der Vertrag nicht gekündigt wurde und
 - die verbleibende Vertragsdauer nach Ablauf der Stundung noch mindestens drei Jahre beträgt.
- (4) Nach Ablauf der Stundung sind die gestundeten Beiträge in bis zu 24 Monatsraten nachzuzahlen. Bei Zahlungsschwierigkeiten, die über einen längeren Zeitraum als 24 Monate andauern, wird Ihr Vertrag zum Ablauftermin der Stundung unter Berücksichtigung der bis zum Stundungsbeginn gezahlten Beiträge beitragsfrei (vgl. [§ 22](#) dieser Bedingungen) gestellt.

V. Eintritt des Versicherungsfalls und Leistungsauszahlungen

§16 Leistungsauszahlung

- (1) Werden Leistungen aus dieser Zusatzversicherung verlangt, so ist uns unverzüglich (d.h. ohne schuldhaftes Zögern) ein ausführlicher Bericht der behandelnden Fachärzte über Ursache, Beginn, Art und Verlauf der Erkrankung einzureichen.
- (2) Unsere Leistungen überweisen wir der empfangsberechtigten Person auf ihre Kosten. Bei Überweisungen außerhalb des europäischen Wirtschaftsraumes trägt die empfangsberechtigte Person auch die damit verbundene Gefahr.

§17 Mitwirkungspflichten

Weitere Untersuchungen und Kostenübernahme

- (1) Wir dürfen weitere ärztliche Untersuchungen und notwendige Nachweise, z.B. auch über wirtschaftliche Verhältnisse und deren Veränderung, verlangen. Es geht hier vor allem um zusätzliche Informationen und Untersuchungen. Die [versicherte Person](#) muss Ärzte, Krankenhäuser, sonstige Krankenanstalten und Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder in Pflege war oder sein wird, erlauben, dass sie uns die Informationen geben, die wir für die Leistungsprüfung brauchen. Das gilt auch für Pflegepersonen, andere Personenversicherer, Behörden, Krankenkassen und Sozialversicherungsträger. Die Kosten dafür zahlen wir.
- (2) Wir können verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir die angefallenen Reise- und Unterbringungskosten jedoch maximal:
 - Anreisekosten in Höhe der Kosten einer Bahnfahrt 2. Klasse und – falls erforderlich – die Flugkosten für die Economy Class (oder eine vergleichbare Buchungsklasse) und
 - Unterbringungskosten bis zur Höhe für einen Aufenthalt in einem 4-Sterne-Hotel (oder einer vergleichbaren Hotelkategorie).
- (3) Auf Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland können wir verzichten, wenn diese vor Ort nach den von uns in der Bundesrepublik Deutschland angewendeten Grundsätzen/ Standards erfolgen.

§18 Folgen einer Verletzung der Mitwirkungspflicht

Solange eine Mitwirkungspflicht nach [§ 17](#) dieser Bedingungen von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Zusatzversicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in [Textform](#) auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§19 Erklärung über die Leistungspflicht

- (1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in [Textform](#) ob, in welchem Umfang und von welchem Zeitpunkt an wir eine Leistungspflicht anerkennen.
- (2) Wir verpflichten uns, Ihnen innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Eingang der von Ihnen jeweils zur Prüfung vorgelegten Unterlagen
 - unsere Entscheidung über die Leistungspflicht mitzuteilen oder
 - weitere Unterlagen für die Prüfung von Ihnen anzufordern oder
 - Ihnen mitzuteilen, dass wir weitere Schritte (z.B. neutrales Gutachten) einleiten werden

Während der Leistungsprüfung informieren wir Sie in regelmäßigen Abständen, spätestens alle 4 Wochen, über den Bearbeitungsstand.

- (3) Einen durch Überschreitung der in [Absatz 2](#) genannten Frist nachweislich entstandenen Schaden werden wir ersetzen.

VI. Überschussbeteiligung

§20 Bedeutung von Überschüssen

Wir beteiligen Sie an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Dies regelt der §153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG). Die Leistung aus der Überschussbeteiligung kann auch Null Euro betragen. Bei unseren Dread Disease-Zusatzversicherungen werden Sie vor allem in Form eines Sofortüberschusses beteiligt. Dadurch zahlen Sie nicht den Bruttobeitrag, sondern den um den Sofortüberschuss reduzierten Nettobeitrag (Zahlbeitrag).

§21 Beteiligung an Überschüssen

In den nachfolgenden Absätzen erläutern wir Ihnen,

- wie wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens ermitteln und wie wir diesen verwenden ([Absatz 1](#)),
- wie Ihr Vertrag an dem Überschuss beteiligt wird ([Absatz 2](#)),
- wie Bewertungsreserven entstehen und wie wir diese Ihrem Vertrag zuordnen ([Absatz 3](#)),
- warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung Ihres Vertrages nicht garantieren können ([Absatz 4](#)) und
- wie wir Sie über die Überschussbeteiligung informieren ([Absatz 5](#)).

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

Den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens (Rohüberschuss) ermitteln wir nach handels- und aufsichtsrechtlichen Vorschriften. Mit der Feststellung des Jahresabschlusses legen wir fest, welcher Teil des Rohüberschusses für die Überschussbeteiligung aller überschussberechtigten Verträge zur Verfügung steht. Dabei beachten wir die aufsichtsrechtlichen Vorgaben, derzeit insbesondere die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung, MindZV). Es gibt drei verschiedene Quellen für den Rohüberschuss. Diese Quellen sind Kapitalerträge, das Risikoergebnis und das übrige Ergebnis (einschließlich Kosten).

Kapitalerträge

Die Beiträge sind so berechnet, dass sie lediglich die Versicherungsleistungen decken. Daher entsteht kein oder nur ein sehr geringer Kapitalertrag. An diesen Nettoerträgen werden Sie nach der MindZV zu derzeit mindestens 90 % beteiligt. Zuerst werden hieraus die garantierten Versicherungsleistungen bezahlt. Der verbleibende Betrag wird für die Überschussbeteiligungen der [Versicherungsnehmer](#) verwendet.

Risikoergebnis

Wir setzen bei der Berechnung unserer Beiträge Annahmen zur Entwicklung von Versicherungsleistungen an. Sind diese niedriger, als angenommen, entstehen Überschüsse. Zuerst werden dazu die garantierten Versicherungsleistungen bezahlt. Bleibt dann noch etwas übrig, bekommen Sie eine Überschussbeteiligung. Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Sie als [Versicherungsnehmer](#) beteiligen wir nach der MindZV angemessen an diesen Überschüssen. Nach derzeitiger Rechtslage beteiligen wir Sie am Risikoergebnis zu mindestens 90 %.

Übriges Ergebnis

In ihren Beiträgen sind Kosten enthalten. Entstehen in einem Geschäftsjahr weniger Kosten als wir über alle Verträge einnehmen, entstehen Überschüsse. Auch geben wir weitere Einnahmen, welche nicht direkt mit ihrem Versicherungsvertrag in Zusammenhang stehen, an Sie weiter (z.B. Erträge aus Dienstleistungen, welche wir für andere Unternehmen erbringen). Sie als [Versicherungsnehmer](#) beteiligen wir nach der MindZV angemessen an diesen Überschüssen. Nach derzeitiger Rechtslage beteiligen wir Sie am übrigen Ergebnis zu mindestens 50 %.

Von der so ermittelten Überschussbeteiligung werden zunächst die direkten Überschussbeteiligungen bezahlt (Direktgutschrift). Der Rest der Überschussbeteiligung kommt in die Rückstellung für Beitragsrückerstattung. Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung gleicht Schwankungen über die Jahre aus. Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dürfen wir grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der [Versicherungsnehmer](#) verwenden. Nur in gesetzlich festgelegten Ausnahmefällen können wir hiervon mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde abweichen. Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrages am Überschuss ergeben sich aus der Zuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung.

Wir haben gleichartige Versicherungen (z. B. Risikolebensversicherungen, Dread Disease-Zusatzversicherung) zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen.

(2) Wie wird Ihr Vertrag an dem Überschuss beteiligt?

Wir verteilen die Überschüsse an die Verträge, die sie auch verursacht haben. Hierzu bilden wir innerhalb der Bestandsgruppen Gewinnverbände. Gewinnverbände bestehen aus verschiedenen Tarifgruppen. Jeder Versicherungsvertrag gehört zu einem Tarif. Dieser steht auf dem [Versicherungsschein](#). Jeder Tarif gehört zu einem Gewinnverband und bekommt Anteile an den Überschüssen dieses Gewinnverbandes. Wir verteilen den Überschuss so auf die Bestandsgruppen und Gewinnverbände wie sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Hat eine Bestandsgruppe oder ein Gewinnverband keine Überschüsse erzielt, dann gibt es auch keinen Anspruch auf eine Überschussbeteiligung. Bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung bekommen Sie jährlich zu Beginn des Vertragsjahres Überschüsse. Diese werden mit den Bruttobeiträgen verrechnet und reduzieren den Zahlbeitrag. Beitragsfrei gestellte oder durch Ablauf der Beitragszahlung beitragsfrei gewordene Versicherungen sind nicht überschussberechtig.

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

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

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

Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Beiträge einer Dread Disease-Zusatzversicherung sind allerdings so kalkuliert, dass sie für die Deckung von Dread Diseasefällen benötigt werden. Darüber hinaus stehen kalkulatorisch keine Beitragsteile für die Bildung von Kapitalerträgen zur Verfügung. Daher entstehen dem Grunde nach keine Bewertungsreserven, welche den Verträgen zugeordnet werden könnten.

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

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

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

(5) Wie informieren wir über die Überschussbeteiligung?

Die festgelegten Überschussanteilsätze veröffentlichen wir jährlich in unserem Geschäftsbericht. Diesen finden Sie auf unserer Internetseite unter www.dialog-versicherung.de.

VII. Sonstige Vertragsbestimmungen

§22 Verhältnis zur Hauptversicherung

- (1) Die Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit. Sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Spätestens wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet, erlischt auch die Zusatzversicherung.
- (2) Eine Zusatzversicherung, für die laufende Beiträge zu zahlen sind, können Sie für sich allein mit der Kündigungsfrist der Hauptversicherung kündigen. In den letzten fünf [Versicherungsjahren](#) vor Ablauf der Hauptversicherung kann die Zusatzversicherung jedoch nur zusammen mit der Hauptversicherung gekündigt werden. Entsprechend § 169 VVG werden wir – falls vorhanden – diesen Teil des Rückkaufswertes erstatten. Der Rückkaufswert ist die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den [Rechnungsgrundlagen](#) der Prämienkalkulation zum Schluss der laufenden [Versicherungsperiode](#) berechnete [Deckungsrückstellung](#) der Versicherung. Mindestens verwenden wir jedoch den Betrag der [Deckungsrückstellung](#), der sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (vgl. § 21 Absatz 2 der Bedingungen der Hauptversicherung) angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Von dem so ermittelten Wert erfolgen ein Stornoabzug sowie ein Abzug evtl. vorhandener Beitragsrückstände. Der Stornoabzug beträgt max. 25 % der [Deckungsrückstellung](#). Die genaue Höhe des Stornoabzugs können Sie Ihrem persönlichen Angebot entnehmen. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital sowie für in der bisherigen Vertragslaufzeit zu viel gewährte Überschüsse vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihres Verlangens der Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.
- (3) Die Zusatzversicherung können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln. In diesem Fall setzen wir die Versicherungssumme ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Summe herab, die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden [Versicherungsperiode](#) errechnet wird. Die aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Summe zur Verfügung stehende [Deckungsrückstellung](#) mindert sich um den Stornoabzug und evtl. ausstehende Forderungen (z. B. Beitragsrückstände). Der Stornoabzug beträgt max. 10 % der [Deckungsrückstellung](#). Die genaue Höhe des Stornoabzugs können Sie Ihrem persönlichen Angebot entnehmen. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital sowie für in der bisherigen Vertragslaufzeit zu viel gewährte Überschüsse vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihres Verlangens der Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er. Das Verhältnis der Versicherungssumme der Hauptversicherung zur Zusatzversicherung wird im Fall der Beitragsfreistellung beibehalten. Dabei muss eine beitragsfreie Einmalleistung von 1.000 Euro erreicht werden. Wird diese beitragsfrei gestellte Einmalleistung nicht erreicht, zahlen wir den Rückkaufswert an Sie aus.
- (4) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung gelten die Absätze 2 bis 3 entsprechend.
- (5) Ansprüche aus der Zusatzversicherung, die auf bereits vor Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung eingetretener schwerer Krankheit beruhen, werden durch Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung nicht berührt.
- (6) Ansprüche aus der Dread Disease-Zusatzversicherung können Sie nicht abtreten oder verpfänden.
- (7) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

VIII. Begriffserklärungen

Um Ihnen das Lesen der Versicherungsbedingungen zu erleichtern, möchten wir Ihnen einige Begrifflichkeiten kurz erläutern:

- **Deckungsrückstellung:** Eine Deckungsrückstellung bilden wir, um zu jedem Zeitpunkt die Versicherungsleistungen gewährleisten zu können.
- **Rechnungsgrundlagen:** Die Rechnungsgrundlagen sind die Grundlagen für die Kalkulation Ihres Vertrages. Diese sind in der Regel die Annahmen zur Entwicklung der versicherten Risiken, der Zinsen und der Kosten.
- **Risikoprüfung:** Risikoprüfung ist die individuelle Einschätzung für Angaben zur Gesundheit, zum Beruf, zu Hobbies zu Reisen und zur finanziellen Angemessenheit.
- **Textform:** Ist für eine Erklärung die Textform vorgesehen, muss diese Erklärung zum Beispiel per Brief, Fax oder E-Mail abgegeben werden.
- **Versicherte Person:** Die versicherte Person ist die Person, auf deren Leben die Versicherung genommen wird. Dies müssen nicht notwendigerweise Sie als [Versicherungsnehmer](#) sein.
- **Versicherungsdauer:** Die Versicherungsdauer ist der Zeitraum, innerhalb dessen der [Versicherungsfall](#) eintreten muss, damit ein Anspruch auf Leistungen entstehen kann.
- **Versicherungsfall:** Ein Versicherungsfall ist das Ereignis, das die Leistungspflicht des Versicherers entstehen lässt, wenn es während der [Versicherungsdauer](#) eintritt. Dies ist z.B. eine schwere Krankheit der versicherten Person.
- **Versicherungsjahr:** Ein Versicherungsjahr umfasst – unabhängig von der [Versicherungsperiode](#) – den Zeitraum eines Jahres. Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im [Versicherungsschein](#) dokumentierten Beginn der Versicherung. Die folgenden Versicherungsjahre beginnen jeweils zum Jahrestag des Versicherungsbeginns.
- **Versicherungsnehmer:** Der Versicherungsnehmer ist unser Vertragspartner. Die Rechte und Pflichten aus diesem Vertrag betreffen vorrangig den Versicherungsnehmer.
- **Versicherungsperiode:** Die Versicherungsperiode ist der Zeitabschnitt, für den die Zahlung des Beitrags vereinbart ist. Die Versicherungsperiode umfasst bei jährlicher Beitragszahlung ein [Versicherungsjahr](#), bei unterjährlicher Beitragszahlung entsprechend der vereinbarten Zahlungsweise ein halbes Jahr, ein Vierteljahr oder einen Monat.
- **Versicherungsschein (Police):** Der Versicherungsschein dokumentiert den zustande gekommenen Versicherungsvertrag und die zu Vertragsbeginn vereinbarten Versicherungsleistungen.
- **Vorläufiger Versicherungsschutz:** Ein vorläufiger Versicherungsschutz bedeutet, dass dem [Versicherungsnehmer](#) ab dem Zeitpunkt, zu dem Ihr Antrag bei uns eingeht, Versicherungsschutz gewährt wird.

Hinweise zum Schutz Ihrer Daten

(Stand: 01.02.2024)

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Dialog Lebensversicherungs-AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Bitte geben Sie die Informationen auch den aktuellen und künftigen vertretungsberechtigten Personen und wirtschaftlich Berechtigten sowie etwaigen mitversicherten Personen und sonstigen Beteiligten weiter.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Dialog Lebensversicherungs-AG
Stadtberger Str. 99
D - 86157 Augsburg
Telefon: +49 (0)821 319-0
E-Mail-Adresse: service-leben@dialog-versicherung.de und info@dialog-leben.at

Unsere **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz Datenschutzbeauftragter oder per E-Mail unter: Datenschutzbeauftragter@dialog-versicherung.de und Datenschutzbeauftragter@dialog-leben.at

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des deutschen Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. (Für Kunden mit Wohnsitz in Österreich gilt das österreichische Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) und das österreichische Datenschutzgesetz (DSG).) Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ (Code of Conduct Datenschutz) verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft ergänzen. Diese können Sie im Internet unter www.dialog-versicherung.de und www.dialog-leben.at abrufen.

Fordern Sie Informationen z. B. zu unserem Unternehmen oder zu Produkten oder Leistungen unseres Unternehmens an, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für die Bearbeitung Ihres Anliegens.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Leistungsfall benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Leistungsanspruch ist.

Die Bearbeitung Ihres Anliegens bzw. der Abschluss und die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichts- und geldwäscherechtlicher Vorgaben. Die Daten nutzen wir weiterhin für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung und -ergänzung durch Ihren Vermittler, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2.a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, geschieht dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG. (Für Kunden mit Wohnsitz in Österreich gilt Art. 9 Abs. 2j) DSGVO i. V. m. § 7 DSG). Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Dies gilt auch für den Widerruf von Einwilligungserklärungen, die gegebenenfalls vor der Geltung der DSGVO, also vor dem 25.05.2018, uns gegenüber erteilt worden sind. Der Widerruf hat keine Rückwirkung. Er berührt nicht die Rechtswirksamkeit der bis zum Eingang des Widerrufs auf der Grundlage der vormaligen Einwilligung erfolgten Datenverarbeitung.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs, einschließlich des Trainings und der Weiterentwicklung technischer Systeme,
- zur Optimierung unserer internen Abläufe,
- zur Anonymisierung von Daten, z. B., um daraus Statistiken zu erstellen,
- zur passgenauen Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Generali-Gruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmisbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichts- und geldwäscherechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1c) DSGVO.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Leistungsdaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Nähere Informationen können Sie von unserem Rückversicherer erhalten: Generali Deutschland AG, Adenauerring 7, D - 81737 München

Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrags benötigten Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit der Vermittler diese Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigt.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. Soweit wir auf Basis der Würdigung der Umstände annehmen dürfen, dass Sie Post, E-Mails oder Zahlungen nicht an das für Ihr Anliegen zuständige Konzernunternehmen adressiert haben, bemühen wir uns, in bestimmten Fällen fehladressierte Post- und E-Maileingänge sowie Zahlungen innerhalb des Konzerns an das zuständige Unternehmen weiterzuleiten.

Zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen (z. B. aus dem Geldwäschegesetz oder Handelsrecht) oder auf Basis berechtigter Interessen können wir auch Daten an die Generali Deutschland AG als Obergesellschaft der deutschen Unternehmensgruppe, an die Assicurazioni Generali S.p.A. als Konzernmutter der internationalen Generali-Gruppe, sowie an andere Gesellschaften der deutschen oder internationalen Generali-Gruppe übertragen.

In unserer Dienstleisterliste bei den Vertragsbedingungen und Kundeninformationen, die wir Ihnen vor Antragstellung in Textform mitgeteilt haben, sowie in der jeweils aktuellen Version im Internet unter www.dialog-versicherung.de und www.dialog-leben.at finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht in den Vertragsbedingungen und Kundeninformationen, die Sie vor Antragstellung erhalten haben, sowie der jeweils aktuellen Version auf unseren Internetseiten www.dialog-versicherung.de und www.dialog-leben.at entnehmen.

Soweit mehrere Unternehmen Ihre personenbezogenen Daten in gemeinsamer Verantwortlichkeit (Art. 26 DSGVO) verarbeiten, haben sich die jeweiligen Unternehmen untereinander vertraglich dazu verpflichtet, ihre datenschutzrechtlichen Pflichten (einschließlich Informationspflichten und Betroffenenrechte) in der Regel in eigener Verantwortung zu erfüllen.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahre.

Betroffenenrechte

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie eine Berichtigung verlangen, wenn wir unrichtige Daten zu Ihrer Person gespeichert haben. Ebenso haben Sie das Recht, unter Berücksichtigung der Zwecke der Verarbeitung die Vervollständigung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen, wenn wir unvollständige Daten gespeichert haben. Zudem können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung mit Wirkung für die Zukunft widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung können sie jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widersprechen.

Der Widerspruch kann formfrei erfolgen und ist an den oben genannten Verantwortlichen für die Datenverarbeitung zu richten.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns sowie für unsere Kunden mit Wohnsitz innerhalb der Bundesrepublik Deutschland zuständige Aufsichtsbehörde ist:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA)
Postfach 1349
D - 91504 Ansbach

Dies ist gleichzeitig die federführende Aufsichtsbehörde bei grenzüberschreitenden Verarbeitungen von Daten der Kunden, deren Wohnsitz sich in Österreich befindet.

Bonitätsauskünfte

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei

- informa Solutions GmbH, Rheinstraße 99, D - 76532 Baden-Baden
- Creditreform Augsburg Frühschulz & Wipperling KG, Beethovenstr. 4, D - 86150 Augsburg
- KSV1870 Information GmbH, Wagenseilgasse 7, A – 1120 Wien

Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab.

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalls überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Detaillierte Informationen dazu können Sie unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Änderung der Datenschutzhinweise

Wir behalten uns vor, diese Datenschutzbestimmungen zu ändern. Eine aktuelle Version finden Sie jederzeit auf unseren Websites unter www.dialog-versicherung.de/datenschutz und www.dialog-leben.at.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Übersicht der Dienstleister der Dialog Lebensversicherungs-AG

Gemäß Art. 21 und 22 der Verhaltensregeln zum Umgang mit personenbezogenen Daten

Die Liste der Dienstleister gibt Ihnen einen Einblick, mit welchen Dienstleistern wir zusammenarbeiten. Ihre personenbezogenen Daten werden selbstverständlich nur im Einzelfall und bei Bedarf unter Beachtung der gesetzlichen Anforderungen an einzelne Dienstleister übermittelt. Dienstleister, die nur einmalig für uns tätig werden oder bei denen die Datenverarbeitung nicht Hauptgegenstand des Vertrages ist, werden in Kategorien genannt. Dienstleister, die für uns im Einzelfall Ihre Gesundheitsdaten und weitere gesetzlich geschützte Daten verarbeiten, sind in einer separaten Übersicht benannt.

Dienstleister, die im Wege der **Auftragsverarbeitung** für uns tätig sind:

Dienstleister	Gegenstand/Zweck der Beauftragung
Generali Operations Service Platform S.r.l. (Zweigniederlassung Deutschland)	Bereitstellung Hardware, Kommunikationsmittel, Infrastruktur
Medicals Direct Deutschland GmbH	Aufnahme von Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung
Generali Deutschland Services GmbH	Abwicklung Zahlungsverkehr, Druck und Versand, Logistik einschließlich Scannen der Eingangspost
Generali Deutschland AG	IT-Dienstleistungen wie z.B. Bereitstellung Software, Erstellung IT-Sicherheitskonzept, Konzernrevision, Konzerndatenschutz, Recht, Geldwäscheprüfung, Compliance
GDV Dienstleistungs-GmbH	Datentransfer mit Vermittlern und Dienstleistern zur Erfüllung gesetzlicher Meldepflichten sowie unterstützende Tätigkeit im Rahmen des Unfallmeldedienstes
easy Login GmbH	Authentifizierungsverfahren und elektronischer Datenaustausch mit Vertriebspartnern
SoftProject GmbH	Elektronischer Datenaustausch mit Vertriebspartnern
Medallia Inc.	Marktforschungsinstitut zur Erhebung von Zufriedenheitswerten
Letter-Shops, Post- und Paketdienste, Druckereien	Serienbrief Erstellung, Druck und Versand
Adressermittler	Berichtigung Adressbestände
Akten- und Datenvernichter	Entsorgung von Akten und Datenträgern

Dienstleister, die für uns Datenverarbeitung ohne Auftragsverarbeitung erbringen:

Dienstleister	Gegenstand/Zweck der Funktionsübertragung
Generali Deutschland AG	Antrags-, Vertrags- und Leistungsbearbeitung
Ärzte, Psychologen, Psychiater, Rückversicherer, allgemeine Gutachter/ Sachverständige	(Sachverständigen-)Gutachten bei Antragstellung u. im Leistungsfall, medizinische Untersuchungen, Erstellung von mathematischen Gutachten
Rechtsanwälte	Anwaltliche Leistungen
Wirtschaftsprüfer	Buchprüfung
IT-Berater	IT-Dienstleistungen
Cosmos Versicherung AG	Leistungsbearbeitung im Leistungsfall
Wirtschaftsauskunfteien	Einholung von Auskünften bei Antragstellung und der Leistungsbearbeitung
Detekteien	Anlassbezogene Betrugsbekämpfung in begründeten Fällen
Reha-Dienste, Dienstleister für Hilfs- und Pflegeleistungen, Krankenhäuser, Mobilitätsdienstleister	Assistance-Leistungen

Bitte beachten: Zum Verbleib beim Kunden

Steuerregelungen für Lebensversicherungen nach deutschem Recht Stand 12.2023

1. Einkommensteuer

1.1 Private Lebensversicherung

1.1.1 Risikolebensversicherungen

Risikolebensversicherungen sind steuerlich begünstigt.

Die Beiträge zu Risikolebensversicherungen, die nur für den Todesfall eine Leistung vorsehen, können grundsätzlich bei der Veranlagung zur Einkommensteuer im Rahmen der Höchstbeträge für Vorsorgeaufwendungen (§ 10 Abs. 4 EStG) als Sonderausgaben abgezogen werden. Versicherungsleistungen in Gestalt einer Kapitalzahlung sind für den Empfänger einkommensteuerfrei.

1.1.2 Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsversicherungen

Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsversicherungen sind steuerlich begünstigt.

Die Beiträge können bei der Veranlagung zur Einkommensteuer im Rahmen der Höchstbeträge für Vorsorgeaufwendungen (§ 10 Abs. 4 EStG) grundsätzlich als Sonderausgaben abgezogen werden. Eine Beitragsbefreiung ist nicht steuerbar. Renten aus Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsversicherungen sind als zeitlich begrenzte Leibrenten mit dem Ertragsanteil gemäß § 55 EStDV zu versteuern. Einmalige Kapitalzahlungen sind einkommensteuerfrei.

1.1.3 Pflegeversicherungen

Pflegeversicherungen sind steuerlich begünstigt.

Die Beiträge zu Pflegeversicherungen können grundsätzlich bei der Veranlagung zur Einkommensteuer im Rahmen der Höchstbeträge für Vorsorgeaufwendungen (§ 10 Abs. 4 EStG) als Sonderausgaben abgezogen werden. Leistungen aus einer Pflegeversicherung sind grundsätzlich gemäß § 3 Nr. 1a EStG einkommensteuerfrei.

1.1.4 Kapitalversicherungen

Beiträge zu Kapital-Lebensversicherungen können gemäß § 10 Abs. 1 Nr. 3a EStG bei der Veranlagung zur Einkommensteuer nicht als Sonderausgaben abgezogen werden. Der Unterschiedsbetrag zwischen der Versicherungsleistung und den auf sie entrichteten Beiträgen unterliegt gemäß § 20 Abs. 1 Nr. 6 Satz 1 EStG im Erlebensfall oder bei Rückkauf des Vertrages zu 100 v. H. der Einkommensteuer. Er unterliegt gemäß § 20 Abs. 1 Nr. 6 Satz 2 EStG nur zur Hälfte der Einkommensteuer, wenn

- die Versicherungsleistung nach Ablauf des 62. Lebensjahres
- und nach Ablauf von 12 Jahren erfolgt.

Vom Ertrag (voller Unterschiedsbetrag) wird bei Auszahlung Kapitalertragsteuer (25 %) zuzüglich Solidaritätszuschlag (5,5 % der Kapitalertragsteuer) und ggfs. Kirchensteuer einbehalten und an das zuständige Finanzamt abgeführt.

Liegt der Einkommensteuersatz des Steuerpflichtigen unter dem pauschalen Einkommensteuersatz von 25 %, so kann er dies im Rahmen der Einkommensteuerveranlagung geltend machen und den Ertrag mit dem geringeren persönlichen Steuersatz versteuern. Auch in den Fällen, in denen nur der hälftige Unterschiedsbetrag der Einkommensteuer unterliegt, kann im Rahmen der Einkommensteuerveranlagung eine Korrektur der Besteuerung und damit eine Steuererstattung erwirkt werden.

Wir sind gesetzlich verpflichtet, Ihr Kirchensteuermerkmal vor Auszahlung von Kapitalleistungen beim Bundeszentralamt für Steuern abzufragen. Wenn Sie hiernach kirchensteuerpflichtig sind, führen wir die auf den Ertrag der Kapitalzahlung entfallende Kirchensteuer im Rahmen des Steuerabzugs direkt an das Finanzamt ab. Der Sonderausgabenabzug der Kirchensteuer wird in diesen Fällen durch entsprechende Herabsetzung des Kapitalertragsteuersatzes automatisch berücksichtigt. Sofern Sie kirchensteuerpflichtig sind, wir Ihr Kirchensteuermerkmal aber nicht abfragen können, weil Sie der Übermittlung Ihres Kirchensteuermerkmals beim Bundeszentralamt für Steuern widersprochen haben, kann die Kirchensteuer nicht von uns an das Finanzamt abgeführt werden. In diesem Fall sind Sie zur Abgabe einer Steuererklärung verpflichtet, so dass das Finanzamt die Kirchensteuer im Veranlagungsverfahren festsetzen kann.

1.1.5 Zusatzversicherungen / Dread Disease-Absicherung

Beiträge, die auf Zusatzversicherungen zu Risikolebensversicherungen sowie Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsversicherungen entfallen, können grundsätzlich bei gesondertem Beitragsausweis im Rahmen der Höchstbeträge für Vorsorgeaufwendungen (§ 10 Abs. 4 EStG) als Sonderausgaben abgezogen werden. Renten aus Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherungen sind als zeitlich begrenzte Leibrenten mit dem Ertragsanteil aus § 55 EStDV zu versteuern. Einmalige Kapitalzahlungen aus den genannten Zusatzversicherungen sowie aus einer Dread Disease-Absicherung sind einkommensteuerfrei.

1.2 Betrieblich veranlasste Lebensversicherungen (ohne Direktversicherungen)

Beiträge zu betrieblich veranlassten Risikoversicherungen und Kapitalversicherungen auf den Todes- und Erlebensfall (z.B. Rückdeckungsversicherungen zu Pensionszusagen, Keyman-Versicherungen u.a.) sind als Betriebsausgaben steuerlich abzugsfähig. Wird der Gewinn durch Einnahmen/Überschussrechnung (§ 4 Abs. 3 EStG) ermittelt, können die Beiträge zu Kapitalversicherungen auf den Todes- und Erlebensfall erst ab dem Zeitpunkt als Betriebsausgaben abgesetzt werden, ab dem die Versicherungsleistung vereinnahmt wird oder feststeht, dass eine Leistung aus der

Versicherung nicht fällig wird. Dagegen sind Beiträge für Risikoversicherungen und Beiträge für Zusatzversicherungen sofort abziehbar. Die Ansprüche auf Leistungen aus Lebensversicherungen, die zu einem Betriebsvermögen gehören, sind bei Gewinnermittlung durch Betriebsvermögensvergleich grundsätzlich mit dem Rückkaufswert der Versicherung (§ 169 VVG) zu aktivieren. Bei der Gewinnermittlung durch Einnahmen-/Überschussrechnung entfällt eine Aktivierung der Versicherungsansprüche. Fällige Leistungen aus Risikoversicherungen und Kapitalversicherungen auf den Todes- und Erlebensfall oder Zusatzversicherungen sind als Betriebseinnahmen zu erfassen. Im Gegenzug ist der Aktivwert für die Versicherungsansprüche aufzulösen oder gegebenenfalls zu vermindern.

2. Erbschaftsteuer

Ansprüche und Leistungen aus Lebensversicherungen unterliegen der Erbschaftsteuer, wenn sie aufgrund einer Schenkung des Versicherungsnehmers oder bei dessen Tod (z.B. auf Grund eines Bezugsrechts oder als Teil des Nachlasses) erworben werden und die Leistungen gewisse Freibeträge überschreiten. Erhält der Versicherungsnehmer die Versicherungsleistung, so ist sie nicht erbschaftsteuerpflichtig.

3. Versicherungsteuer

Das Versicherungsentgelt für eine Versicherung, die Leistungen im Fall des Todes vorsieht, ist gemäß § 4 Abs. 1 Nr. 5 S. 1 Buchstabe a des Versicherungsteuergesetzes in Deutschland von der Besteuerung ausgenommen.

Das Versicherungsentgelt für eine Versicherung, die Leistungen im Fall der Krankheit, der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit vorsieht, ist gemäß § 4 Abs. 1 Nr. 5 S. 1 Buchstabe b des Versicherungsteuergesetzes in Deutschland von der Besteuerung ausgenommen. Voraussetzung ist, dass die Versicherungsleistung der Versorgung der Risikoperson oder der Versorgung von deren nahen Angehörigen im Sinne des § 7 des Pflegezeitgesetzes oder von deren Angehörigen im Sinne des § 15 der Abgabenordnung dient.

4. Sonstige Hinweise

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser allgemeinen Angaben über die Steuerregelungen können wir keine Gewähr übernehmen. Sie ersetzen nicht die im Einzelfall erforderliche steuerliche Beratung. Die Angaben beruhen auf den nach derzeitigem Stand (Oktober 2021) geltenden Rechtsvorschriften; künftige Änderungen sind möglich.