

SICHERHEITSPOLICE

Beratung durch:



Generali Deutschland Lebensversicherung AG
Adenauerring 7, 81737 München
generali.de



Versicherungsbedingungen und Informationen für den Versicherungsnehmer

	Seite
Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz	3
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Risiko-Lebensversicherung	5
Besondere Bedingungen für Risiko-Lebensversicherungen mit planmäßiger Erhöhung nach dem Dynamikplan	21
Besondere Bedingungen für die fondsgebundene Überschussbeteiligung bei Risiko-Lebensversicherungen	23
Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung	26
Sondereinbarung zur Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung für Zeit- und Berufssoldaten der Bundeswehr – Dienstunfähigkeitsklausel für Soldaten	41
Sondereinbarung zur Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung für Heilberufe – Infektionsklausel Heilberufe	43
Sondereinbarung zur Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung für Flugbegleiter(innen) – Flugbegleiterklausel	45
Sondereinbarung zur Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung für Piloten, Flugingenieure, Bordfunker, Bordwarte oder Flugnavigatoren (Luftfahrer) – Fluguntauglichkeitsklausel	47
Bedingungen für die Grundfähigkeits-Zusatzversicherung	49
Bedingungen für die Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung	56
Bedingungen für Pflegerentenoptions-Zusatzversicherungen nach Tarif PO	64
Informationen für den Versicherungsnehmer zur Risiko-Lebensversicherung Sicherheitspolice	67
Spezifische Informationen für den Versicherungsnehmer zu den wählbaren Investmentfonds und anderen Anlageoptionen	73
Übersicht der sonstigen Kosten	82
Generali Deutschland Gruppe – Informationen für unsere Kunden über Maß- nahmen zum Umgang mit und zur Vermeidung von Interessenkonflikten	83
Umgang mit und Auswirkungen von Nachhaltigkeitsrisiken	84
Datenschutzhinweise	85
Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft (Code of Conduct)	87
Übersicht der Dienstleister der Generali Deutschland Lebensversicherung AG	98
Anlage zur Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung Liste der Dienstleister	100

Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Inhaltsverzeichnis

Was ist vorläufig versichert?	§ 1
Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?	§ 2
Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?	§ 3
In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?	§ 4
Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?	§ 5
Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?	§ 6
Was ist im Versicherungsfall zu beachten?	§ 7

§ 1 Was ist vorläufig versichert?

- (1) Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich auf die beantragten Leistungen für den Todesfall sowie für den Fall der Berufsunfähigkeit, Beeinträchtigung von körperlichen Fähigkeiten, Invalidität oder Pflegebedürftigkeit, soweit eine solche Leistung im Rahmen des beantragten Tarifs vorgesehen ist.
- (2) Haben Sie den Abschluss einer Berufsunfähigkeits-Versicherung (BUV), einer Grundfähigkeits-Versicherung (GFV), einer Kinderinvaliditäts-Versicherung (KIV) oder einer Pflegerentenversicherung (PRV), den Einschluss einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZV), einer Grundfähigkeits-Zusatzversicherung (GFZV) oder einer Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung (KIZ) beantragt und tritt eine Berufsunfähigkeit, Beeinträchtigung von körperlichen Fähigkeiten, Invalidität oder Pflegebedürftigkeit im Sinne unserer jeweils maßgebenden Versicherungsbedingungen während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes ein, erbringen wir die beantragten Leistungen nur, wenn
 - a) die Berufsunfähigkeit, Beeinträchtigung von körperlichen Fähigkeiten, Invalidität oder Pflegebedürftigkeit durch einen Unfall, den die zu versichernde Person erleidet, verursacht wird, der während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eingetreten ist, und uns die Berufsunfähigkeit, Beeinträchtigung von körperlichen Fähigkeiten, Invalidität oder Pflegebedürftigkeit innerhalb von drei Monaten nach dem erlittenen Unfall in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) angezeigt worden ist. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Nicht als Unfälle gelten Schlaganfälle und solche Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen, sowie Gesundheitsschädigungen durch medizinische Heilmaßnahmen und Operationen. Ausgeschlossen sind Unfälle infolge von Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, und zwar auch dann, wenn sie durch Trunkenheit verursacht worden sind, sowie Unfälle bei Beteiligung an Fahrveranstaltungen mit Kraftfahrzeugen, bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, und den dazugehörigen Übungsfahrten.
 - b) der Vertrag, gegebenenfalls einschließlich einer Zusatzversicherung, zustande gekommen ist und zum Zeitpunkt der Anzeige der Berufsunfähigkeit, Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit, Invalidität oder Pflegebedürftigkeit noch besteht. In jedem Fall enden die Leistungen spätestens mit dem Ablauf der für den beantragten Versicherungsvertrag vereinbarten Leistungsdauer.
- (3) Für unsere Leistungen aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes gelten einschließlich eines eventuellen Kundenbonus sowie einer eventuellen Bonusrente aus der Überschussbeteiligung folgende Begrenzungen, auch wenn Sie höhere Leistungen beantragt haben oder wenn mehrere Anträge auf das Leben derselben Person bei uns gestellt worden sind:
 - a) Als bei Tod fällige Kapitalleistung zahlen wir höchstens 150.000 €.
 - b) Die Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit, Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit, Eintritt des Pflegefalls oder infolge von Tod des Versorgers gilt höchstens für einen anfänglichen jährlichen Beitrag von 6.000 €; sind Versicherungsleistungen für einen höheren Beitrag beantragt, ist von Ihnen der übersteigende Beitragsteil zu entrichten. Beitragsfreie Erhöhungen der Versicherungsleistungen im Rahmen des Dynamikplans als zusätzliche Leistung der Berufsunfähigkeits-, Grundfähigkeits- oder Pflegerenten-(Zusatz-)Versicherung sowie als zusätzliche Leistung der Versorger-Zusatzversicherung zur Beitragsbefreiung bei Tod des Versorgers sind auf einen jährlichen Dynamik-Prozentsatz von 6 % begrenzt.
 - c) Die monatliche Berufsunfähigkeits-, Grundfähigkeits-, Invaliditäts- oder Pflegerente beträgt höchstens 1.500 €.

§ 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz ist, dass

- a) der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als zwei Monate nach der Unterzeichnung des Antrags liegt;
- b) uns ein SEPA-Lastschriftmandat zum Beitragseinzug erteilt worden ist;
- c) Sie das Zustandekommen der beantragten Versicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht haben;
- d) Ihr Antrag nicht von den von uns gebotenen Tarifen und Bedingungen abweicht;
- e) die zu versichernde Person bei Unterzeichnung des Antrags das 15. Lebensjahr (bei der Kinderinvaliditäts-Versicherung oder Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung den 4. Lebensmonat) bereits vollendet und das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hat;
- f) der Versicherungsnehmer und die zu versichernde Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben.

§ 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

- (1) Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem 3. Tag nach der Unterzeichnung des Antrags.
- (2) Soweit nichts anderes vereinbart ist, endet der vorläufige Versicherungsschutz, wenn
 - a) der Versicherungsschutz aus der beantragten Versicherung begonnen hat;
 - b) Sie Ihren Antrag angefochten oder zurückgenommen haben;
 - c) Sie von Ihrem Widerrufsrecht nach § 8 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) Gebrauch gemacht haben;
 - d) Sie einer Ihnen gemäß § 5 Abs. 1 und 2 VVG mitgeteilten Abweichung des Versicherungsscheins von Ihrem Antrag widersprochen haben;
 - e) der Einzug des Erstbeitrags 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.
- (3) Der vorläufige Versicherungsschutz tritt rückwirkend außer Kraft, wenn
 - a) der Einzug des Erstbeitrags nicht möglich war und der Versicherungsnehmer dies zu vertreten hat oder
 - b) der Versicherungsnehmer dem Einzug widersprochen hat.
- (4) Jede Vertragspartei kann 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.

§ 4 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- (1) Unsere Leistungspflicht ist ausgeschlossen für Versicherungsfälle aufgrund von Ursachen, nach denen im Antrag gefragt ist und von denen die versicherte Person vor seiner Unterzeichnung Kenntnis hatte, auch wenn diese

im Antrag angegeben wurden. Dies gilt nicht für Umstände, die für den Eintritt des Versicherungsfalls nur mitursächlich geworden sind.

- (2) Bei vorsätzlicher Selbsttötung der versicherten Person oder wenn der Versicherungsfall aus einer beantragten Berufsunfähigkeits-Versicherung, Grundfähigkeits-Versicherung, Kinderinvaliditäts-Versicherung oder Pflegerentenversicherung oder einer mitbeantragten Berufsunfähigkeits-, Grundfähigkeits-, Kinderinvaliditäts- oder Pflegerenten-Zusatzversicherung durch absichtliche Herbeiführung des Unfalls im Sinne von § 1 Abs. 2 a), absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung verursacht ist, besteht kein vorläufiger Versicherungsschutz. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, der die freie Willensbestimmung ausschließt und in den sich die versicherte Person nicht absichtlich versetzt hat, werden wir eine für den Todesfall nach § 1 versicherte Leistung erbringen.
- (3) Weitere Einschränkungen und Ausschlüsse sind vereinbart mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für den beantragten Versicherungsvertrag und – beim Vermögensaufbau & Sicherheitsplan – den jeweiligen Tarifbestimmungen der Komponenten zur Risikoabsicherung, sowie gegebenenfalls den Besonderen Bedingungen für eine mitbeantragte Zusatzversicherung (siehe § 6 Abs. 1).

§ 5 Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir zwar keinen besonderen Beitrag. Erbringen wir aber Leistungen aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes, so behalten wir ein Entgelt ein. Das Entgelt entspricht dem Beitrag für eine Versicherungsperiode. Bei Einmalbeitragsversicherungen ist dies der einmalige Beitrag, ansonsten der Beitrag entsprechend der vereinbarten Zahlungsweise. Wir berechnen Ihnen jedoch nicht mehr als den Tarifbeitrag für die Höchstbeträge gemäß § 1 Abs. 3. Bereits gezahlte Beiträge rechnen wir an.

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

- (1) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden auf den vorläufigen Versicherungsschutz die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für den beantragten Versicherungsvertrag und – beim Vermögensaufbau & Sicherheitsplan – die jeweiligen Tarifbestimmungen der Komponenten zur Risikoabsicherung, sowie gegebenenfalls die Besonderen Bedingungen für eine mitbeantragte Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZVB), Grundfähigkeits-Zusatzversicherung (GFZVB), Kinderinvaliditäts-Zusatzversicherung (KIZB), Todesfall-Zusatzversicherung (TZVB) oder Versorger-Zusatzversicherung zur Beitragsbefreiung bei Tod des Versorgers (VZVTB) Anwendung. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse (siehe § 4 Abs. 3). Eine Überschussbeteiligung erfolgt jedoch nicht – mit Ausnahme eines eventuellen Kundenbonus oder einer eventuellen Bonusrente aus der Überschussbeteiligung.
- (2) Haben Sie im Antrag ein Bezugsrecht festgelegt, gilt dieses auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

§ 7 Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Der Tod der versicherten Person ist uns unverzüglich – möglichst innerhalb von 48 Stunden – mitzuteilen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Risiko-Lebensversicherung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Inhaltsverzeichnis

Leistung

Welche Leistungen erbringen wir?	§ 1
Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	§ 2
Welche Bedeutung hat das Rauchverhalten bei der Risiko-Lebensversicherung?	§ 3
Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	§ 4
Was gilt bei Polizei- oder Wehrdienst, Unruhen, Krieg oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen/-Stoffen?	§ 5
Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?	§ 6
Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht, und welche Folgen hat ihre Verletzung?	§ 7
Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?	§ 8
Wer erhält die Leistung?	§ 9
Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?	§ 10
Zu welchen Anlässen können Sie die Leistungen Ihrer Risiko-Lebensversicherung ohne Gesundheitsprüfung anpassen?	§ 11
Unter welchen Voraussetzungen können Sie die Risiko-Lebensversicherung in eine Rentenversicherung umtauschen?	§ 12

Beitrag

Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?	§ 13
Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	§ 14

Kündigung und Beitragsfreistellung

Wann können Sie Ihren Vertrag ganz oder teilweise kündigen oder beitragsfrei stellen?	§ 15
Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?	§ 16

Sonstige Vertragsbestimmungen

Was gilt bei einer Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?	§ 17
Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?	§ 18
Was ist bei Auslandsaufenthalten zu beachten?	§ 19
Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?	§ 20
Können Steuern und öffentliche Abgaben anfallen?	§ 21
Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?	§ 22
Wo ist der Gerichtsstand?	§ 23
An wen können Sie sich bei Fragen oder Beschwerden wenden?	§ 24

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

- (1) Die Leistung, die wir erbringen, ist abhängig von dem für Ihre Versicherung vereinbarten Tarif:

Risiko-Lebensversicherung (Tarif RN)

Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer stirbt.

Risiko-Lebensversicherung auf zwei Leben (Tarif RNP)

Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme, wenn eine der beiden versicherten Personen während der Versicherungsdauer stirbt. Auch bei Tod beider versicherten Personen wird die vereinbarte Versicherungssumme nur einmal fällig.

Risiko-Lebensversicherung mit jährlich gleichmäßig fallender Todesfallsumme (Tarif RS)

Wir zahlen die vereinbarte Todesfallsumme, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer stirbt. Die Todesfallsumme entspricht im ersten Versicherungsjahr^{*)} der Versicherungssumme und verringert sich anschließend zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres um denselben Betrag. Dieser Betrag entspricht der Versicherungssumme geteilt durch die Anzahl der Jahre der vereinbarten Versicherungsdauer.

Risiko-Lebensversicherung mit jährlich gleichmäßig fallender Todesfallsumme auf zwei Leben (Tarif RSP)

Wir zahlen die vereinbarte Todesfallsumme, wenn eine der beiden versicherten Personen während der Versicherungsdauer stirbt. Die Todesfallsumme entspricht im ersten Versicherungsjahr der Versicherungssumme und verringert sich anschließend zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres um denselben Betrag. Dieser Betrag entspricht der Versicherungssumme geteilt durch die Anzahl der Jahre der vereinbarten Versicherungsdauer. Auch bei Tod beider versicherten Personen wird die vereinbarte Todesfallsumme nur einmal fällig.

Risiko-Lebensversicherung mit fallender Todesfallsumme (Tarife RF und RFN)

Wir zahlen die vereinbarte Todesfallsumme, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer stirbt. Die Höhe der Todesfallsumme im jeweiligen Versicherungsjahr können Sie der Tabelle in der Anlage zum Antrag für eine Sicherheitspolice (nachfolgend „Antrag“ genannt) entnehmen.

Risiko-Lebensversicherung mit fallender Todesfallsumme auf zwei Leben (Tarif RFPN)

Wir zahlen die vereinbarte Todesfallsumme, wenn eine der beiden versicherten Personen während der Versicherungsdauer stirbt. Die Höhe der Todesfallsumme im jeweiligen Versicherungsjahr können Sie der Tabelle in der Anlage zum Antrag für eine Sicherheitspolice (nachfolgend „Antrag“ genannt) entnehmen. Auch bei Tod beider versicherten Personen wird die vereinbarte Todesfallsumme nur einmal fällig.

*) Ein Versicherungsjahr umfasst – unabhängig von der Versicherungsperiode – den Zeitraum eines Jahres. Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein dokumentierten

§ 2 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

- (1) **Worauf basiert die Überschussbeteiligung?**

Sie erhalten gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in der jeweils geltenden Fassung eine Überschussbeteiligung. Diese umfasst eine Beteiligung an den Überschüssen und ggf. an den Bewertungsreserven. Die Überschüsse und die Bewertungsreserven ermitteln wir nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches und stellen sie jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses fest. Die zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Bewertungsreserven weisen wir dabei im Anhang des Geschäftsberichtes aus. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen. Nachfolgend erläutern wir Ihnen,

- wie wir die Überschussbeteiligung für die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit ermitteln (Absatz 2),
- wie die Überschussbeteiligung Ihres konkreten Vertrags erfolgt (Absatz 3),
- wie die Überschussanteile ermittelt und verwendet werden (Absatz 4 und 5),
- wann eine Beteiligung an den Bewertungsreserven fällig werden kann (Absatz 6),
- warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren können (Absatz 7).

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

Dazu erklären wir Ihnen

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

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

- a) Überschüsse können aus drei verschiedenen Quellen entstehen:

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

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

(aa) Kapitalerträge

Von den Nettoerträgen der nach der Mindestzuführungsverordnung maßgeblichen Kapitalanlagen erhalten die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit mindestens den dort genannten Anteil. In der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung ist grundsätzlich vorgeschrieben, dass den Versicherungsnehmern in ihrer Gesamtheit mindestens 90 % der Nettoerträge zugutekommen. Aus dem Betrag, der den Versicherungsnehmern in ihrer Gesamtheit zugutekommt, werden zunächst die Beiträge finanziert, die für die garantierten Leistungen benötigt werden. Den restlichen Teil des Betrags, der den Versicherungsnehmern in ihrer Gesamtheit zugutekommt, verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer. Die Beiträge einer Risikolebensversicherung sind allerdings so kalkuliert, wie sie zur Deckung

Beginn der Versicherung. Die folgenden Versicherungsjahre beginnen jeweils zum Jahrestag des Versicherungsbeginns.

des Todesfallrisikos und der Kosten benötigt werden. Es stehen daher keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung, um Kapital zu bilden, aus dem Kapitalerträge entstehen können.

(bb) Risikoergebnis

In der Risikolebensversicherung hängt die Höhe der Überschüsse vor allem von der Anzahl der eingetretenen Versicherungsfälle ab. Überschüsse entstehen insbesondere, wenn die Sterblichkeit niedriger ist als bei der Tarifikalkulation zugrunde gelegt. In diesem Fall müssen wir weniger Leistungen für Todesfälle als ursprünglich angenommen zahlen und können daher die Versicherungsnehmer an dem entstehenden Risikoergebnis beteiligen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 90 % beteiligt.

(cc) Übriges Ergebnis

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

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

- b) Die auf die Versicherungsnehmer entfallenden Überschüsse führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) zu oder schreiben sie unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungsverträgen gut (Direktgutschrift). Die RfB dient dazu, Schwankungen der Überschüsse auszugleichen. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 140 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen. Dies dürfen wir, soweit die RfB nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 140 Abs. 1 VAG können wir im Interesse der Versicherungsnehmer die RfB heranziehen um

- einen drohenden Notstand abzuwehren,
- unvorhersehbare Verluste aus den überschussberechtigten Verträgen auszugleichen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder
- die Deckungsrückstellung**) zu erhöhen, wenn die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen.

Wenn wir die RfB zum Verlustausgleich oder zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen, belasten wir die Versichertenbestände verursachungsorientiert.

- c) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz gemäß Handelsgesetzbuch (HGB) auszuweisen wären. Da bei der Risiko-Lebensversicherung keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung stehen, um Kapital zu bilden, entstehen auch keine oder nur geringe Bewertungsreserven. Soweit Bewertungsreserven, die nach gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, überhaupt entstehen, ermitteln wir diese monatlich neu und ordnen sie den Verträgen nach

einem verursachungsorientierten Verfahren (Absatz 6) anteilig rechnerisch zu.

(3) Wie erfolgt die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags?

Wir haben gleichartige Versicherungen (z. B. Risiko-Lebensversicherungen, Berufsunfähigkeits- sowie Grundfähigkeits-Versicherungen und Rentenversicherungen) zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Innerhalb der Bestandsgruppen bilden wir Gewinnverbände, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen. Die Überschüsse verteilen wir auf die einzelnen Bestandsgruppen bzw. Gewinnverbände nach einem verursachungsorientierten Verfahren, und zwar in dem Maß, wie die Bestandsgruppen bzw. Gewinnverbände zur Entstehung von Überschüssen beigetragen haben. Hat ein Gewinnverband nicht zur Entstehung von Überschüssen beigetragen, bekommt er keine Überschüsse zugewiesen. Ihr Versicherungsvertrag erhält Anteile an den Überschüssen desjenigen Gewinnverbandes, der in Ihrem Versicherungsschein genannt ist. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze legen wir jedes Jahr fest. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Diesen können Sie bei uns anfordern. Sie finden ihn auch auf unserer Internetseite: www.generali.de.

(4) Wie werden die Überschussanteile bei den Tarifen RN, RNP, RF, RS und RSP ermittelt und verwendet?

Die Überschussbeteiligung setzt mit dem Beginn der Versicherung ein. Die laufenden Überschussanteile rechnen wir, sofern es sich nicht um eine Versicherung gegen Einmalbeitrag handelt und Ihre Versicherung nicht beitragsfrei ist, auf Ihre Beitragszahlungen an, so dass Sie statt des Tarifbeitrags nur einen grundsätzlich niedrigeren Zahlbeitrag zu entrichten haben. Diese Leistung aus der Überschussbeteiligung wird im Verhältnis zum Tarifbeitrag (ohne den Beitrag für etwa eingeschlossene Zusatzversicherungen) bemessen. Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag teilen wir zu Beginn jedes Versicherungsjahres laufende Überschussanteile im Verhältnis zum Einmalbeitrag (ohne den Beitrag für etwa eingeschlossene Zusatzversicherungen) zu; bei Versicherungen nach Tarif RS und RSP in der planmäßig beitragsfreien Zeit erfolgen die Zuteilungen im Verhältnis zum letzten Tarifbeitrag (ohne den Beitrag für etwa eingeschlossene Zusatzversicherungen) zu Beginn der Monate, die der früheren Beitragszahlungsweise entsprechen. Das gilt auch für Versicherungen, bei denen aufgrund einer evtl. eingeschlossenen Berufsunfähigkeits- oder Grundfähigkeits-Zusatzversicherung während einer Berufsunfähigkeit bzw. während des Verlusts einer körperlichen Fähigkeit die Beitragszahlungspflicht entfällt. Diese Überschussanteile werden verzinslich angesammelt und bei Beendigung der Versicherung ausgezahlt. Versicherungen, zu denen die Beitragszahlung vorzeitig eingestellt wurde, erhalten keine weiteren Überschusszuteilungen.

Anstelle der Anrechnung auf die Beitragszahlungen kann auch vereinbart werden, dass wir die laufenden Überschussanteile verzinslich ansammeln oder jährlich in Investmentfonds anlegen (fondsgebundene Überschussbeteiligung). Verzinslich angesammelte Überschussguthaben bzw. der Geldwert eines in Investmentfonds geführten Überschussguthabens (Fondsguthaben) werden bei Beendigung der Versicherung ausgezahlt. Der Versicherungsnehmer kann auch vorher die Auszahlung des erreichten Guthabens verlangen.

**) Eine Deckungsrückstellung müssen wir bilden, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können. Der Zinssatz für die Berechnung der Deckungsrückstellung

beträgt für die gesamte Laufzeit des Vertrags jährlich garantiert 0,25 % (Rechnungszins).

(5) Wie werden die Überschussanteile bei den Tarifen RFN und RFPN ermittelt und verwendet?

- a) Anrechnung laufender Überschussanteile auf den Beitrag bei Versicherungen gegen laufende Beitragszahlung

Die Überschussbeteiligung setzt mit dem Beginn der Versicherung ein. Haben Sie für Ihre Versicherung eine laufende Beitragszahlung vereinbart und haben Sie ihn nicht vorzeitig beitragsfrei gestellt, erhält Ihr Versicherung laufende Überschussanteile. Die laufenden Überschussanteile rechnen wir auf Ihre Beitragszahlungen an, so dass Sie statt des Tarifbeitrags nur einen grundsätzlich niedrigeren Zahlbeitrag zu entrichten haben. Diese Leistung aus der Überschussbeteiligung wird im Verhältnis zum Tarifbeitrag bemessen. Versicherungen, zu denen die Beitragszahlung vorzeitig eingestellt wurde, erhalten keine weiteren Überschusszuteilungen.

- b) Todesfallbonus bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag

Haben Sie für Ihre Versicherung eine einmalige Beitragszahlung vereinbart und wird die nach § 1 versicherte Todesfallsumme fällig, leisten wir zusätzlich einen Todesfallbonus. Er wird in Prozent der jeweiligen Todesfallsumme nach § 1 bemessen. Er erhöht die Summe, die wir bei Tod der versicherten Person (Tarif RFN) bzw. dem zuerst eintretenden Tod einer der beiden versicherten Personen (Tarif RFPN) während der Versicherungsdauer erbringen. Die Höhe des Todesfallbonus bemisst sich nach dem bei Eintritt des Todes festgelegten Todesfallbonus-Satz. Wird keine Todesfallsumme erbracht, wird auch kein Todesfallbonus fällig. Falls wir den für Ihren Vertrag maßgebenden Todesfallbonus-Satz während der Vertragslaufzeit vermindern sollten, teilen wir Ihnen dies rechtzeitig mit. In diesem Fall haben Sie das Recht, zum Zeitpunkt der Verminderung des Todesfallbonus-Satzes die versicherte Todesfallsumme ohne erneute Gesundheitsprüfung (siehe § 7 Abs. 18) gegen Beitragszahlung derart nachzuversichern, dass die jeweilige Todesfallleistung einschließlich Todesfallbonus die gleiche Höhe wie vor diesem Zeitpunkt erreicht.

(6) Wann kann eine Beteiligung an den Bewertungsreserven fällig werden?

Bei Beendigung der Risiko-Lebensversicherung gilt Folgendes: Wir teilen Ihrem Vertrag dann den für diesen Zeitpunkt zugeordneten Anteil an den Bewertungsreserven gemäß der jeweils geltenden gesetzlichen Regelung zu; derzeit sieht § 153 Absatz 3 VVG eine Beteiligung in Höhe der Hälfte der zugeordneten Bewertungsreserven vor. Der auf Ihren Versicherungsvertrag entfallende Teilbetrag wird ausgezahlt. Voraussetzung ist, dass sich für unsere Kapitalanlagen am maßgebenden Stichtag nach Berücksichtigung der aufsichtsrechtlichen Regelungen zur Kapitalausstattung unseres Unternehmens positive Bewertungsreserven ergeben; der maßgebende Stichtag ist in unserem Geschäftsbericht genannt. Darüber hinaus kann aufgrund aufsichtsrechtlicher Regelungen die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfallen.

(7) 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. Wichtigster Einflussfaktor ist dabei die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch null Euro betragen.

§ 3 Welche Bedeutung hat das Rauchverhalten bei der Risiko-Lebensversicherung?

- (1) Die Risiko-Lebensversicherung haben Sie entweder als Rauchertarif oder als Nichtraucherartar abgeschlossen. Der Beitrag richtet sich nach der Einordnung der versicherten Person als Raucher oder als Nichtraucher.
- (2) Ist für Ihre Versicherung ein Nichtraucherartar vereinbart, gelten folgende Regeln:

- a) Begriff des Nichtrauchers

Nichtraucher ist, wer in den letzten zwölf Monaten vor Antragstellung weder aktiv geraucht oder gedampft hat (nikotinhalzig oder nikotinfrei), noch in sonstiger Form Nikotin (beispielsweise in elektrischer Form) oder Joints konsumiert hat.

- b) Vorvertragliche Anzeigepflicht

Bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung sind Sie verpflichtet, auf unsere Fragen in Textform uns wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen, ob Sie kein Nichtraucher im Sinne von Absatz 2a, also Raucher sind. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße Anzeige verantwortlich. Zu den Rechtsfolgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht siehe § 7.

- c) Gefahrerhöhung nach Abgabe Ihrer Vertragserklärung

Eine Gefahrerhöhung liegt vor, wenn die versicherte Person nach Abgabe der Vertragserklärung, vor Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss, Raucher geworden ist, also aktiv geraucht oder gedampft hat (nikotinhalzig oder nikotinfrei) oder in sonstiger Form Nikotin (beispielsweise in elektrischer Form) oder Joints konsumiert hat. Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie nach Abgabe der Vertragserklärung ohne unsere Einwilligung keine Gefahrerhöhung vornehmen oder deren Vornahme gestatten. Ist das Leben einer anderen Person versichert, so ist auch diese – neben Ihnen – dafür verantwortlich, dass nach Abgabe der Vertragserklärung keine Gefahrerhöhung vorgenommen wird.

Nimmt die versicherte Person nach Abgabe der Vertragserklärung, vor Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss, dennoch eine Gefahrerhöhung vor, sind sowohl Sie als auch die versicherte Person verpflichtet, uns diese Gefahrerhöhung unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) anzuzeigen.

- d) Rechtsfolgen einer Gefahrerhöhung

Beitragsanpassung bei Gefahrerhöhung

Wir verzichten auf unsere gesetzlichen Rechte, den Vertrag wegen einer Gefahrerhöhung zu kündigen oder die erhöhte Gefahr vom Versicherungsschutz auszuschließen. Wird eine Gefahrerhöhung gemäß Absatz 2c vorgenommen, können wir rückwirkend ab dem Zeitpunkt der Gefahrerhöhung einen unseren Geschäftsgrundsätzen entsprechenden höheren Beitrag verlangen. Eine Beitragserhöhung ist jedoch ausgeschlossen, wenn Sie uns nachweisen, dass die Vornahme der Gefahrerhöhung unverschuldet erfolgt ist.

Wenn Sie oder eine versicherte Person eine Gefahrerhöhung entsprechend Absatz 2c nachträglich erkennen und uns dies nicht angezeigt wird, können wir die vorgenannte Beitragserhöhung auch dann vornehmen, wenn die Gefahrerhöhung unverschuldet ist.

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.

Eine Beitragserhöhung hat keine Auswirkungen auf die Höhe der versicherten Leistung. Falls wir den Beitrag um mehr als 10 % erhöhen, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung unserer Beitragserhöhung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in der Mitteilung hinweisen.

Leistungsminderung bei Gefahrerhöhung

Wurde vor Ablauf von fünf Jahren seit Vertragschluss eine Gefahrerhöhung ohne unsere Einwilligung vorsätzlich vorgenommen und wurde uns dies nicht unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) mitgeteilt, beschränkt sich die versicherte Leistung bei Tod der versicherten Person – bzw. bei Tod der betroffenen versicherten Person, sofern bei einer Versicherung auf zwei Leben eine Leistung fällig wird – auf ein Drittel der vereinbarten Versicherungssumme (Tarif RN/RNP) bzw. der für das betreffende Versicherungsjahr maßgebenden Todesfallsumme (Tarife RS/RSP und RFN/RFNP). Die Verringerung unserer Leistungspflicht gilt nicht, wenn die Gefahrerhöhung nicht ursächlich für den Eintritt des Versicherungsfalles war. Wir werden uns im Fall der Gefahrerhöhung nicht auf die Leistungsverringerung berufen, wenn zwischen Gefahrerhöhung und Eintritt des Versicherungsfalles mehr als zehn Jahre vergangen sind.

- (3) Ist der Rauchertarif vereinbart und sollte die versicherte Person nach Vertragsschluss Nichtraucher geworden sein, sind wir auf Ihren Wunsch hin bereit, nach ergänzender Risikoeinschätzung den Wechsel in eine Risiko-Lebensversicherung nach Nichtrauchertarif zu prüfen. Als Nichtraucher gilt die versicherte Person dabei, wenn sie in den letzten zwölf Monaten vor dem Wunsch eines Tarifwechsels die Kriterien für einen Nichtraucher erfüllt hat, die wir nach Absatz 2 a) bei Antragstellung zugrunde legen, und sie beabsichtigt, auch in Zukunft Nichtraucher zu bleiben.

§ 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie den Vertrag mit uns abgeschlossen haben. Jedoch besteht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn kein Versicherungsschutz. Allerdings kann unsere Leistungspflicht entfallen, wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen (siehe § 13 Abs. 2 und § 14).

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

- (1) Grundsätzlich leisten wir unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Wir leisten auch dann, wenn die versicherte Person in Ausübung des Polizei- oder Wehrdienstes oder bei inneren Unruhen gestorben ist.
- (2) Stirbt die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegesischen Ereignissen ist unsere Leistung eingeschränkt. In diesem Fall vermindert sich unsere Leistung auf die Auszahlung des für den Todestag berechneten Rückkaufswert ohne Berücksichtigung des Abzugs (siehe § 15 Absätze 3 und 5). Unsere Leistung vermindert sich nicht, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegesischen Ereignissen stirbt, denen sie während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war. Unsere Leistungspflicht bleibt insbesondere dann bestehen, wenn der Tod während eines Aufenthaltes außerhalb der territorialen Grenzen der NATO-Mitgliedstaaten verursacht wurde und die versicherte Person

als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei mit Mandat der NATO oder UNO an der Erbringung humanitärer Hilfeleistungen oder an friedenssichernden Maßnahmen teilgenommen hat.

- (3) In folgenden Fällen vermindert sich unsere Leistung auf die in Absatz 2 Satz 2 genannte Leistung: Die versicherte Person stirbt in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit
- dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder
 - dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen.

Der Einsatz bzw. das Freisetzen muss dabei darauf gerichtet gewesen sein, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Unsere Leistungen vermindern sich nicht, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegesischen Ereignissen stirbt, denen sie während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

§ 6 Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?

- (1) Bei vorsätzlicher Selbsttötung der versicherten Person leisten wir, wenn seit Abschluss des Versicherungsvertrages drei Jahre vergangen sind.
- (2) Bei vorsätzlicher Selbsttötung der versicherten Person vor Ablauf der Dreijahresfrist besteht kein Versicherungsschutz. In diesem Fall zahlen wir – soweit entstanden – den für den Todestag berechneten Rückkaufswert ohne Berücksichtigung des Abzugs (siehe § 15 Absätze 3 und 5). Wenn uns nachgewiesen wird, dass sich die versicherte Person in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit selbst getötet hat, besteht Versicherungsschutz.
- (3) Wenn unsere Leistungspflicht durch eine Änderung des Vertrages erweitert wird oder der Vertrag wiederhergestellt wird, beginnt die Dreijahresfrist bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

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

Vorvertragliche Anzeigepflicht

- (1) Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind. Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme, in Textform stellen.
- (2) Soll das Leben einer anderen Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.
- (3) Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

Rechtsfolgen der Anzeigepflichtverletzung

- (4) Nachfolgend informieren wir Sie, unter welchen Voraussetzungen wir bei einer Verletzung der Anzeigepflicht
- vom Vertrag zurücktreten,

- den Vertrag kündigen,
- den Vertrag ändern oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten können.

Rücktritt

- (5) Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, können wir vom Vertrag zurücktreten. Das Rücktrittsrecht besteht nicht, wenn weder eine vorsätzliche noch eine grob fahrlässige Anzeigepflichtverletzung vorliegt. Selbst wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir trotzdem kein Rücktrittsrecht, falls wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.
- (6) Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz. Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalles zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung trotzdem bestehen: Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der
- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
 - noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht
- ursächlich war.
- Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch auch im vorstehend genannten Fall, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.
- (7) Wenn der Vertrag durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir den Rückkaufswert gemäß § 15 Absätze 3 bis 6; die Regelung des § 15 Absatz 3 Satz 2 und 3 gilt nicht. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

- (8) Wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgt ist, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.
- (9) Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.
- (10) Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt er sich nach Maßgabe des § 15 Abs. 9 bis 12 in einen beitragsfreien Vertrag um.

Vertragsänderung

- (11) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten (Absatz 5 Satz 3 und Absatz 9), werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode (siehe § 13 Absatz 2) Vertragsbestandteil.
- (12) Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung über die Vertragsänderung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn
- wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 % erhöhen oder
 - wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

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

Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

- (13) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.
- (14) Wir haben kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Ferner verzichten wir auf unser Rücktritts-, Kündigungs- und Vertragsänderungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die falschen oder unvollständigen Angaben nicht schuldhaft gemacht worden sind. Dies gilt insbesondere auch dann, wenn uns bei Schließung des Vertrags ein für die Übernahme der Gefahr erheblicher Umstand nicht angezeigt worden ist, weil er Ihnen und der versicherten Person nicht bekannt war. In diesen Fällen wird der Vertrag unverändert fortgeführt.
- (15) Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.
- (16) Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

- (17) Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrags durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst 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 7 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung des Vertrags

- (18) Die Absätze 1 bis 17 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert oder wiederhergestellt wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung vorgenommen wird. Eine erneute Risikoprüfung erfolgt anhand Ihrer Antworten auf unsere insoweit (z. B. bei einer Vertragsänderung) erneut gestellten Fragen in Textform.

Eine **Risikoprüfung** umfasst neben der Beurteilung des Risikos, das in dem von der versicherten Person ausgeübten Beruf und eventueller von ihr ausgeübten Hobbys (auch Sportarten) liegt, auch eine Gesundheitsprüfung. Darüber hinaus berücksichtigen wir bei der Risikoprüfung das Alter und das Erwerbseinkommen der versicherten Person.

Im Rahmen einer **Gesundheitsprüfung** beurteilen wir das Risiko, das die versicherte Person im Hinblick auf ihren Gesundheitszustand, ihr Gewicht und ihr Rauchverhalten darstellt.

Die Fristen nach Absatz 16 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung des Vertrags bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

Erklärungsempfänger

- (19) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsänderung sowie zur Anfechtung üben wir durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Tod eine bezugsberechtigte Person als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist keine bezugsberechtigte Person vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins als bevollmächtigt ansehen, die Erklärung entgegenzunehmen.

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

- (1) Wird eine Leistung aus dem Vertrag beansprucht, können wir verlangen, dass uns der Versicherungsschein sowie die Auskunft nach § 18 vorgelegt werden.
- (2) Der Tod der versicherten Person muss uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) mitgeteilt werden. Außerdem müssen uns vorgelegt werden
 - eine amtliche Sterbeurkunde mit Angabe von Alter und Geburtsort,
 - eine ausführliche ärztliche oder amtliche Bescheinigung über die Todesursache. Aus der Bescheinigung müssen sich Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tod der versicherten Person geführt hat, ergeben.
- (3) Wir können weitere Nachweise und Auskünfte verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen, wie beispielsweise zum Rauchverhalten, wenn dies erforderlich ist, um unsere Leistungspflicht zu klären. Die Kosten hierfür muss diejenige Person tragen, die die Leistung beansprucht.
- (4) Unsere Leistungen werden fällig, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Wenn eine der in den Absätzen 1 bis 3 genannten Pflichten nicht erfüllt wird, kann dies zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine solche Pflichtverletzung kann somit dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird.
- (5) Bei Überweisung von Leistungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt die empfangsberechtigte Person die damit verbundene Gefahr.

§ 9 Wer erhält die Leistung?

(1) Leistungsempfänger

Als unser Versicherungsnehmer können Sie bestimmen, wer die Leistung erhält. Wenn Sie keine Bestimmung treffen, leisten wir an Sie.

(2) Bezugsberechtigung

Sie können uns widerruflich oder unwiderruflich eine andere Person benennen, die die Leistung erhalten soll (bezugsberechtigte Person). Für die Leistung aus einer etwa eingeschlossenen Zusatzversicherung muss diese bezugsberechtigte Person die jeweils versicherte Person sein, 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. Wenn Sie ein Bezugsrecht widerruflich bestimmen, erwirbt die bezugsberechtigte Person das Recht auf die Leistung erst mit dem Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls. Deshalb können Sie Ihre Bestimmung bis zum Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls jederzeit widerrufen. Sie können

ausdrücklich bestimmen, dass die bezugsberechtigte Person sofort und unwiderruflich das Recht auf die Leistung erhält. Sobald uns Ihre Erklärung zugegangen ist, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung der unwiderruflich bezugsberechtigten Person geändert werden.

(3) Abtretung und Verpfändung

Sie können das Recht auf die Leistung bis zum Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls grundsätzlich ganz oder teilweise an Dritte abtreten und verpfänden, soweit derartige Verfügungen rechtlich möglich sind.

(4) Anzeige

Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts (Absatz 2) sowie die Abtretung und die Verpfändung (Absatz 3) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie als unser Versicherungsnehmer. Es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie zuvor Verfügungen (z. B. unwiderrufliche Bezugsberechtigung, Abtretung, Verpfändung) getroffen haben.

§ 10 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

- (1) Wir übermitteln Ihnen den Versicherungsschein in Papierform. Damit liegt dann eine Urkunde vor.
- (2) Den Inhaber der Urkunde können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Vertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber der Urkunde seine Berechtigung nachweist.

§ 11 Zu welchen Anlässen können Sie die Leistungen Ihrer Risiko-Lebensversicherung ohne Gesundheitsprüfung anpassen?

Anpassungsgarantie für natürliche Personen als Versicherungsnehmer

- (1) Sofern nach Vertragsbeginn eines der nachfolgend beschriebenen Ereignisse für die versicherte Person eintritt, haben Sie das Recht, die bei Vertragsabschluss vereinbarte Höhe der Versicherungsleistung(en) des vorliegenden Vertrags ohne erneute Gesundheitsprüfung (siehe § 7 Abs. 18) gegen entsprechende Beitragszahlung mit der Leistung aus einem zusätzlichen Versicherungsvertrag zur finanziellen Absicherung des durch die Hauptversicherung oder eine evtl. eingeschlossene Zusatzversicherung versicherten Risikos zu ergänzen (Anpassungsgarantie):
 - Erreichen der Volljährigkeit
 - Erstmalige Aufnahme einer Berufstätigkeit (einschließlich Beginn einer Berufsausbildung)
 - Abschluss der Berufsausbildung (einschließlich abgelegtem Hochschulexamen)
 - Abschluss einer Meisterprüfung oder einer beruflichen Weiterqualifikation zum Fachwirt IHK, zum Betriebswirt IHK, zum Technischen Betriebswirt IHK, zum Staatlich geprüften Techniker oder zum Staatlich geprüften Betriebswirt
 - erstmalige Befreiung als selbständiger Handwerker von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung, sofern die versicherte Person diese Befreiungsmöglichkeit spätestens mit Ausübung der Anpassungsgarantie tatsächlich nutzt
 - Die versicherte Person wird zum Beamten auf Lebenszeit ernannt
 - Eine Gesetzesänderung führt dazu, dass sich die finanziellen Ansprüche der versicherten Person aus

der beamtenrechtlichen Altersversorgung und/oder Versorgung vermindern.

- Der versicherte Beamte wechselt beruflich in die Privatwirtschaft. Das Ausscheiden aus dem öffentlichen Dienst darf nicht medizinisch veranlasst sein.
- Aufnahme einer selbstständigen hauptberuflichen Tätigkeit
- Reduzierung oder Wegfall einer betrieblichen Altersversorgung zu Gunsten der versicherten Person
- erstmaliger Wegfall der Pflichtmitgliedschaft in einem Versorgungswerk. Voraussetzung hierfür ist, dass die versicherte Person diese Befreiung tatsächlich spätestens mit Ausübung der Anpassungsgarantie nutzt
- Gehaltssteigerung bzw. Besoldungserhöhung um mindestens 10 % gegenüber dem Vorjahr
- erstmaliges Überschreiten der jährlichen Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung
- Erreichen einer höheren Besoldungsgruppe eines versicherten Beamten
- Heirat
- Ehescheidung oder Aufhebung einer Lebenspartnerschaft nach dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft
- Tod des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners
- Geburt eines Kindes
- Adoption eines Kindes
- Baubeginn oder Kauf einer Wohnimmobilie durch die versicherte Person oder ihren Ehepartner bzw. eingetragenen Lebenspartner
- Abschluss einer akademischen Weiterqualifikation (zum Beispiel Facharztausbildung, Master, Staatsexamen); dies gilt für Akademiker, die eine berufliche Tätigkeit ausüben, die ihrer Ausbildung entspricht

Das Erhöhungsrecht steht Ihnen innerhalb von zwölf Monaten ab dem jeweiligen Zeitpunkt zu.

Gleichzeitig eintretende Ereignisse zählen jeweils separat. Hierbei gibt es folgende Ausnahmen: Eine Gehaltssteigerung einerseits und das erstmalige Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung andererseits gilt als nur ein Ereignis. Analog gilt bei Beamten eine Steigerung der Bezüge einerseits und das Erreichen einer höheren Besoldungsgruppe andererseits als nur ein Ereignis. Das Vorliegen eines Ereignisses müssen Sie uns durch einen geeigneten Nachweis belegen.

Bei einer Versicherung nach einem Tarif auf zwei Leben (Tarif RNP, RSP und RFPN) besteht eine erweiterte Anpassungsgarantie: Innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung der Versicherung durch Tod einer der beiden versicherten Personen kann für die überlebende versicherte Person eine neue Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung (siehe § 7 Abs. 18) abgeschlossen werden.

- (2) Unabhängig von den oben beschriebenen Ereignissen haben Sie – sofern kein Ausschlussgrund nach Absatz 3 vorliegt – alle fünf Jahre ab dem Versicherungsbeginn des vorliegenden Vertrags im Rahmen der Anpassungsgarantie das Recht, jeweils zum Versicherungsjahreswechsel die vereinbarten Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung (siehe § 7 Abs. 18) gegen entsprechende Beitragszahlung im Rahmen eines zusätzlichen Versicherungsvertrags zu ergänzen. Hierbei muss Ihr entsprechender Wunsch vor dem oben genannten Versicherungsjahreswechsel bei uns eingegangen sein.

(3) Keine Anpassungsgarantie

Die Anpassungsgarantie besteht nicht bzw. erlischt, wenn

- die versicherte Person das 50. Lebensjahr vollendet hat oder
- eine Versicherung gegen laufende Beitragszahlung vor dem vereinbarten Ablauf der Beitragszahlungsdauer beitragsfrei gestellt oder
- aus diesem Vertrag oder anderen Verträgen bei unserer Gesellschaft Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit, Invalidität, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit, einer schweren Krankheit oder Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit der versicherten Person beantragt oder erbracht werden bzw. wurden.

Voraussetzung für eine Leistungsanpassung ist ferner, dass wir den betreffenden Tarif zum Zeitpunkt der Anpassung für neu abzuschließende Verträge anbieten.

(4) Gegenstand und Umfang der Leistungsanpassung

Die Umsetzung Ihrer Anpassungsgarantie erfolgt durch Abschluss eines zusätzlichen Versicherungsvertrags im Rahmen unserer tariflichen Möglichkeiten. Hierbei handelt es sich um eine neue Versicherung mit eigenen Versicherungsbedingungen nach Maßgabe eines zu diesem Zeitpunkt geltenden Tarifs. Die neue Versicherung wird für dieselbe versicherte Person wie bei der ursprünglichen Versicherung abgeschlossen, wobei die Versicherungsdauer sowie die Beitragszahlungsdauer spätestens zu den entsprechenden Terminen wie bei der ursprünglichen Versicherung enden. Für den zusätzlichen Versicherungsvertrag gelten neben den gleichen Feststellungen zu einem eventuellen Risikozuschlag für ein bei Abschluss des ursprünglichen Vertrags angegebenes Hobby die gleichen Feststellungen der Gesundheitsprüfung (siehe § 7 Abs. 18) wie bei Abschluss der ursprünglichen Versicherung. Das umfasst auch

- das Gewicht,
- einen eventuellen infolge der damaligen Erkenntnisse erforderlichen Risikozuschlag oder Leistungseinschränkungen und
- die Einordnung der versicherten Person als Raucher oder Nichtraucher.

Hingegen ist für den eventuellen gesamten Beitrag der Leistungsanpassung für eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung oder eine Grundfähigkeits-Zusatzversicherung der Beruf der versicherten Person maßgebend, den sie zum Zeitpunkt der Leistungsanpassung ausübt. Bezogen auf den ausgeübten Beruf führen wir bei Ausübung Ihrer Anpassungsgarantie eine erneute Risikoprüfung durch (siehe § 7 Abs. 8).

Wenn Sie das in Textform beantragen, legen wir stattdessen den Beruf zugrunde, den die versicherte Person zum Zeitpunkt des Versicherungsbeginns ausgeübt hat. In diesem Fall verzichten wir auf die Risikoprüfung.

Die Regelungen bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht in den Versicherungsbedingungen der ursprünglichen Versicherung (siehe § 7) finden auch auf die neue Versicherung Anwendung. Solange wir wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht vom ursprünglichen Vertrag zurücktreten, diesen kündigen oder ändern oder den ursprünglichen Vertrag wegen Anfechtung aufheben können, haben wir diese Rechte auch für die Leistungsanpassung.

Versicherung einer Todesfall-Leistung

- (5) Bei jedem Anlass für eine Ausübung der Anpassungsgarantie nach Absatz 1 können Sie – vorbehaltlich von Absatz 3 und 6 – nach den Regelungen des Absatzes 4 mit einem zusätzlichen Versicherungsvertrag eine Todesfall-Leistung in Höhe der anfänglichen Todesfall-Leistung, höchstens jedoch in Höhe von 75.000 €, in jedem Fall aber in Höhe von 25.000 € versichern. Bei jedem Anlass

für eine Ausübung der Anpassungsgarantie nach Absatz 2 können Sie – vorbehaltlich von Absatz 3 und 6 – nach den Regelungen des Absatzes 4 eine Todesfall-Leistung von bis zu 25.000 € gegen entsprechende Beitragszahlung ohne Gesundheitsprüfung (siehe § 7 Abs. 18) versichern.

- (6) Die anfänglich versicherte Todesfallsumme sämtlicher nicht planmäßiger Erhöhungsversicherungen (einschließlich solcher zu anderen Tarifen), die innerhalb von fünf Jahren bei unserer Gesellschaft für dieselbe versicherte Person ohne Gesundheitsprüfung (siehe § 7 Abs. 18) abgeschlossen werden, ist auf 75.000 € begrenzt. Bei den vorgenannten Höchstsummen werden ein evtl. Todesfallbonus aus der Überschussbeteiligung bei Risiko-Lebensversicherungen sowie evtl. Hinterbliebenenrenten angerechnet. 25.000 € Todesfallschutz entsprechen hierbei einer jährlichen Hinterbliebenenrente von 1.000 €. Bei den Höchstsummen ebenfalls angerechnet werden Versicherungssummen von Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherungen im Sinne von Absatz 10.

Ausmaß der Erhöhung des Berufsunfähigkeits-schutzes oder des Versicherungsschutzes einer Grundfähigkeitsabsicherung

- (7) a) Sofern in Ihrem Vertrag eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZV) oder Grundfähigkeits-Zusatzversicherung (GFZV) zur Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit bzw. bei Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit der versicherten Person enthalten ist, können Sie bei jedem Anlass für eine Ausübung der Anpassungsgarantie nach den Absätzen 1 und 2 – vorbehaltlich von Absatz 3 und 8 – eine solche BUZV (bei eingeschlossener BUZV) oder GFZV (bei eingeschlossener GFZV) auch in die Leistungsanpassung einbeziehen. Darüber hinaus können Sie bei jedem Anlass für eine Ausübung der Anpassungsgarantie nach den Absätzen 1 und 2 – vorbehaltlich von Absatz 3 und 8 – nach den Regelungen des Absatzes 4 mit einem zusätzlichen Versicherungsvertrag eine ergänzende Berufsunfähigkeitsrente (bei eingeschlossener BUZV) bzw. Grundfähigkeitsrente (bei eingeschlossener GFZV) versichern. Die zusätzliche jährliche Rente für den Fall der Berufsunfähigkeit bzw. der Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit beträgt bei Ausübung der Anpassungsgarantie gemäß Absatz 1 maximal 6.000 €. Wird die Anpassungsgarantie gemäß Absatz 2 ausgeübt, beträgt die hinzukommende jährliche Berufsunfähigkeitsrente bzw. jährliche Grundfähigkeitsrente maximal 3.600 €. Bei mehreren Anlässen für eine Ausübung der Anpassungsgarantie dürfen innerhalb von fünf Jahren zusammen nach Absatz 1 und 2 jedoch insgesamt maximal 12.000 € an jährlicher Rente hinzukommen. Hierbei werden die hinzukommenden Versicherungsleistungen aus allen bei unserer Gesellschaft bestehenden Verträgen mit Versicherungsschutz für den Fall der Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder der Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit berücksichtigt. Bei den vorgenannten maximalen Renten werden als Versicherungsleistung angerechnet
- die jährliche Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente oder Grundfähigkeitsrente einschließlich einer evtl. Bonusrente und eines evtl. Kundenbonus aus der Überschussbeteiligung sowie
 - der auf kapitalbildende Versicherungen entfallende Beitrag für ein Jahr, sofern hierfür die Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit oder bei Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit für Sie als versicherte Person versichert ist.
- b) Über die Anlässe von Absatz 1 und 2 und die Leistungsgrenzen von Absatz 7a) hinaus haben Sie bis zum vollendeten 30. Lebensjahr der versicherten Person folgendes Anpassungsrecht: Wenn die versicherte Person erstmals nach Abschluss der Berufsausbildung (einschließlich abgelegtem Hochschul-

examen, z. B. Bachelor- oder Masterabschluss) eine Berufstätigkeit im mit der Berufsausbildung angestrebten Beruf aufnimmt, können Sie innerhalb von zwölf Monaten ab diesem Zeitpunkt gegen entsprechende Beitragszahlungen die Höhe der versicherten Berufsunfähigkeitsrente durch Abschluss eines zusätzlichen Versicherungsvertrags mit eigenen Versicherungsbedingungen nach Maßgabe eines zu diesem Zeitpunkt geltenden Tarifs ohne erneute Risikoprüfung (siehe § 7 Abs. 18) um bis zu 100 % der zu diesem Zeitpunkt versicherten Berufsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsrente ergänzen, mit den bereits bestehenden Absicherungen zusammen auf höchstens 30.000 € jährlich.

- (8) Das Recht auf Erhöhung der Leistungen aus der BUZV oder GFZV besteht nicht bzw. erlischt, wenn die versicherte Person berufsunfähig im Sinne der maßgebenden Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung ist oder eine Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit im Sinne der maßgebenden Bedingungen für die Grundfähigkeits-Zusatzversicherung vorliegt. Das Recht zur Einbeziehung einer Berufsunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeitsrente besteht ferner auch dann nicht bzw. erlischt, wenn die jährliche Berufsunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeitsrente (einschließlich einer evtl. Bonusrente aus der Überschussbeteiligung) aus allen bestehenden und gleichzeitig beantragten Versicherungen bei unserer Gesellschaft mehr als 30.000 € beträgt. Berufsunfähigkeits- und Grundfähigkeitsrenten werden hierbei addiert. Erwerbsunfähigkeitsrenten aus anderen Verträgen bei unserer Gesellschaft werden ebenfalls angerechnet. Bei mehreren gleichzeitig beantragten Erhöhungen sind Leistungserhöhungen nur solange möglich, bis die Grenze von 30.000 € durch eine Erhöhung erstmals überschritten wird. Weitere gleichzeitig beantragte und künftige Erhöhungen sind dann nicht mehr möglich.

(9) Umtausch einer Grundfähigkeits-Zusatzversicherung in eine Berufsunfähigkeitsabsicherung

Unabhängig von den in Absatz 1 beschriebenen Anlässen für eine Ausübung der Anpassungsgarantie und unabhängig von Ihrer Ausübung der Anpassungsgarantie gemäß Absatz 2 haben Sie – vorbehaltlich von Absatz 3 – als besondere Form der Anpassungsgarantie die Möglichkeit, eine evtl. eingeschlossene Grundfähigkeits-Zusatzversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung (siehe § 7 Abs. 18) in eine Berufsunfähigkeitsabsicherung umzutauschen. Voraussetzung für einen solchen Umtausch ist, dass

- wir der versicherten Person bei Vertragsabschluss der Grundfähigkeits-Zusatzversicherung aufgrund der Gesundheitsprüfung (siehe § 7 Abs. 18) auch Versicherungsschutz für den Fall der Berufsunfähigkeit bieten könnten und das Umtauschrecht deshalb nicht ausschließen,
- das Umtauschrecht von Ihnen nicht bereits bei der Antragstellung ausgeschlossen wird,
- die versicherte Person zum vorgesehenen Umtauschzeitpunkt einen im Rahmen unserer Berufsunfähigkeitsabsicherung versicherbaren Beruf ausübt und
- die versicherte Person zum Umtauschzeitpunkt nicht berufsunfähig ist.

Das Recht auf Umtausch können Sie jedenfalls zum fünften Jahrestag des Versicherungsbeginns ausüben. Außerdem besteht das Recht auf Umtausch bei erstmaliger Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit oder eines Studiums durch die versicherte Person. Maßgeblich ist insoweit das zeitlich erste Ereignis. Sofern die versicherte Person in ihrem Leben bereits einmal eine Berufsausbildung oder ein Studium begonnen und dabei nicht von dem Umtauschrecht Gebrauch gemacht hat, ist ein Umtausch aus Anlass einer späteren Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit nicht mehr möglich. Den Umtausch können Sie spätestens einen Monat vor dem fünften Jahrestag des Versicherungsbeginns bzw. spätestens innerhalb von zwölf Monaten nach der erstmaligen Aufnahme einer

beruflichen Tätigkeit oder eines Studiums durch die versicherte Person beantragen. Dabei können Sie eine Grundfähigkeits-Zusatzversicherung gegen entsprechende Beitragszahlung in eine im Rahmen unserer Produktpalette verfügbare Berufsunfähigkeitsabsicherung (selbstständige Berufsunfähigkeits-Versicherung oder Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung) für die versicherte Person mit gleicher oder geringerer künftiger Rente (einschließlich einer evtl. Beitragsbefreiungsrente für die Hauptversicherung) umtauschen. Die Versicherungs-, Leistungs- und Beitragszahlungsdauern werden dabei im Rahmen der zum Umwandlungszeitpunkt verfügbaren Absicherungen festgelegt. Die Versicherungs- und die Leistungsdauer dürfen dabei die restliche Versicherungs- bzw. Leistungsdauer der bisherigen Absicherung nicht übersteigen. Bei einer Grundfähigkeits-Zusatzversicherung mit erhöhter Grundfähigkeitsrente bei Eintritt einer Beeinträchtigung einer versicherten körperlichen Grundfähigkeit in den ersten fünf Jahren (Startervariante) kann bei Umtausch innerhalb dieser ersten fünf Jahre die Berufsunfähigkeitsrente höchstens die Hälfte der zu diesem Zeitpunkt versicherten Grundfähigkeitsrente betragen. Bei Umtausch ab Beginn des sechsten Jahres kann die Berufsunfähigkeitsrente höchstens so hoch sein wie die dann tatsächlich versicherte Grundfähigkeitsrente (ggf. einschließlich jener, die sich aus der Beitragserhöhung für die Grundfähigkeitsrente zu Beginn des sechsten Jahres ergibt). Für die Berufsunfähigkeits-Versicherung bzw. Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung gelten die gleichen Feststellungen der Gesundheitsprüfung (siehe § 7 Abs. 18) wie bei Abschluss der Grundfähigkeits-Zusatzversicherung. Der Umtausch bei erstmaliger Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit setzt zusammen mit dem Antrag einen geeigneten Nachweis der Tätigkeit voraus. Der Beitrag für die Berufsunfähigkeits-Versicherung bzw. Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung richtet sich u. a. nach dem zum Umtauschzeitpunkt ausgeübten Beruf. Maßgebend ist der zum Umtauschzeitpunkt für Neuabschlüsse geltende Tarif der selbstständigen Berufsunfähigkeits-Versicherung bzw. Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung einschließlich der dazugehörigen Versicherungsbedingungen. Als berufliche Tätigkeit im Sinne von Satz 1 gelten auch eine Berufsausbildung sowie eine selbstständige Tätigkeit. Nicht als berufliche Tätigkeit gelten Tätigkeiten, die Behinderte in eigens dafür eingerichteten Werkstätten oder Heimen ausführen. Der Umtausch in eine Berufsunfähigkeits-Versicherung bzw. Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung ist nicht gleichzeitig und zusätzlich (kumulativ) zur Ausübung der Anpassungsgarantie in Grundfähigkeits-Zusatzversicherung nach Absatz 1 und Absatz 2 möglich. Mit dem Umtausch erlischt die bisherige Grundfähigkeits-Zusatzversicherung.

Erhöhung des Versicherungsschutzes einer Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung

- (10) Sofern in Ihrem Vertrag eine Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung eingeschlossen ist, können Sie bei jedem Anlass für eine Ausübung der Anpassungsgarantie nach den Absätzen 1 und 2 – vorbehaltlich von Absatz 3 und 11 – nach den Regelungen des Absatzes 4 mit einem zusätzlichen Versicherungsvertrag eine ergänzende Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung abschließen, deren Versicherungssumme bis zu 100 % der anfänglichen Versicherungssumme, maximal jedoch 75.000 €, aber mindestens 25.000 € betragen darf. Hierbei werden die hinzukommenden Versicherungssummen aus allen bei unserer Gesellschaft bestehenden Verträgen mit Versicherungsschutz für den Fall schwerer Krankheiten angerechnet. Bei den Höchstsummen ebenfalls angerechnet werden versicherte Todesfallsummen im Sinne von Absatz 6.
- (11) Das Recht auf Versicherung einer zusätzlichen Versicherungssumme der Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung besteht nicht bzw. erlischt, wenn bei der versicherten Person eine schwere Krankheit im Sinne der maßgebenden Bedingungen für die Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung vorliegt.

(12) Erhöhung der Pflegerentenoption

Sofern in Ihrem Vertrag eine Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung eingeschlossen und die versicherte Person nicht pflegebedürftig ist, können Sie bei jedem Anlass für eine Ausübung der Anpassungsgarantie nach den Absätzen 1 und 2 – vorbehaltlich von Absatz 3 – nach den Regelungen des Absatzes 4 mit einem zusätzlichen Versicherungsvertrag eine ergänzende Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung abschließen. Dadurch erhöht sich der Betrag der Rente, bis zu dem zu dem im Antrag bzw. im Versicherungsschein genannten Termin (Optionstermin) für die versicherte Person eine Pflegerentenversicherung gegen Einmalbeitrag ohne Gesundheitsprüfung (siehe § 7 Abs. 18) abgeschlossen werden kann, also unabhängig vom Gesundheitszustand der versicherten Person zu diesem Zeitpunkt. Die Erhöhung des Jahresbeitrags der ohne Gesundheitsprüfung versicherbaren Rente beträgt bei Ausübung der Anpassungsgarantie gemäß Absatz 1 maximal 6.000 €. Wird die Anpassungsgarantie gemäß Absatz 2 ausgeübt, beträgt die Erhöhung des Jahresbeitrags ohne Gesundheitsprüfung maximal 3.600 €. Bei mehreren Anlässen für eine Ausübung der Anpassungsgarantie beträgt diese Erhöhung innerhalb von fünf Jahren zusammen nach Absatz 1 und 2 jedoch insgesamt maximal 12.000 €. Hierbei wird der hinzukommende Jahresbetrag aus allen bei unserer Gesellschaft bestehenden Verträgen mit Pflegerentenanwartschaft angerechnet.

§ 12 Unter welchen Voraussetzungen können Sie die Risiko-Lebensversicherung in eine Rentenversicherung umtauschen?

- (1) Eine Risiko-Lebensversicherung können Sie innerhalb der ersten zehn Versicherungsjahre jederzeit, ansonsten bis fünf Jahre vor Ablauf der Versicherungsdauer, ohne erneute Gesundheitsprüfung (siehe § 7 Abs. 18) ganz oder teilweise in eine Rentenversicherung (ggf. mit Einschluss einer Todesfall-(Zusatz-)Versicherung) auf das Leben der versicherten Person mit gleicher oder geringerer Todesfall-Leistung umtauschen. Entscheidend ist die jeweilige Todesfall-Leistung zum Umtauschzeitpunkt. Eine Risiko-Lebensversicherung auf zwei Leben kann in zwei Rentenversicherungen (ggf. jeweils mit Einschluss einer Todesfall-(Zusatz-)Versicherung) auf jeweils ein Leben umgetauscht werden. In diesem Fall darf die Summe der Todesfall-Leistungen dieser neuen Versicherungen die Todesfall-Leistung der Risiko-Lebensversicherung zum Umtauschzeitpunkt nicht übersteigen. Maßgebend sind die zum Umtauschzeitpunkt für Neuabschlüsse geltenden Tarife der Rentenversicherung und ihrer evtl. eingeschlossenen Zusatzversicherungen einschließlich der Versicherungsbedingungen.
- (2) Soll bei Umtausch der Risiko-Lebensversicherung eine Berufsunfähigkeits-, Grundfähigkeits-, Pflegerentenoptions- oder Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung in die neu zu bildende Versicherung eingeschlossen werden, ist dies ohne erneute Gesundheitsprüfung (siehe § 7 Abs. 18) möglich, wenn
- bereits bei der Risiko-Lebensversicherung eine entsprechende Zusatzversicherung für die zu versichernde Person eingeschlossen ist,
 - die versicherte Person zum Umtauschzeitpunkt nicht bereits berufsunfähig bzw. pflegebedürftig ist bzw. bei der versicherten Person keine Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit im Sinne der Bedingungen für die Grundfähigkeits-Zusatzversicherung vorliegt und bis zum Umtauschzeitpunkt keine schwere Krankheit im Sinne der Bedingungen für die Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung eingetreten ist,
 - die Summe aus neuer Berufsunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeitsrente und neuem Beitrag für die Hauptversicherung die bisherige Berufsunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeitsrente, jeweils bezogen auf ein Jahr, nicht übersteigt bzw. bei den übrigen

Zusatzversicherungen die versicherten Leistungen nicht erhöht werden und

- die Versicherungsdauer der neuen Berufsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsrente nicht über die restliche Versicherungsdauer der bisherigen Berufsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsrente hinausgeht; bei der Pflegerentenoptions- sowie Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung muss die neue Versicherungsdauer mit der restlichen Versicherungsdauer der bisherigen Pflegerentenoptions- bzw. Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung übereinstimmen.

Ansonsten ist der Einschluss einer Berufsunfähigkeits-, Grundfähigkeits-, Pflegerentenoptions- oder Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung in die neue Versicherung vom Ergebnis einer erneuten Gesundheitsprüfung (siehe § 7 Abs. 18) abhängig.

§ 13 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Zahlungsweise

Die Beiträge zu Ihrer Risiko-Lebensversicherung können Sie je nach Vereinbarung in einem Betrag (Einmalbeitrag), monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich zahlen.

(2) Beitragsfälligkeit

Den ersten Beitrag oder den Einmalbeitrag (Erstbeitrag) müssen Sie unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) nach Abschluss des Vertrags zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig. Die Versicherungsperiode umfasst bei Einmalbeitrags- und Jahreszahlung ein Jahr, ansonsten entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.

(3) Dauer der Beitragszahlung

Laufende Beiträge sind bis zum vereinbarten Ablauf der Beitragszahlungsdauer zu entrichten, längstens jedoch bis zum Schluss der Versicherungsperiode, in der die versicherte Person stirbt.

(4) Übermittlung des Beitrags

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

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

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

Sie müssen die Beiträge auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten zahlen.

(5) Verrechnung von Beitragsrückständen

Bei Fälligkeit der Leistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

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

Erstbeitrag

- (1) Wenn Sie den Erstbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir – sofern Sie den Versicherungsvertrag nicht fristgerecht widerrufen haben und solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Versicherungsvertrag zurücktreten. In diesem Fall können wir von Ihnen die Kosten für ärztliche Untersuchungen im Rahmen einer Gesundheitsprüfung (siehe § 7 Abs. 18) verlangen. Wir sind nicht zum Rücktritt berechtigt, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.
- (2) Ist der Erstbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie das Ausbleiben der Zahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag

- (3) Zahlen Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.
- (4) Für einen Versicherungsfall, der nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintritt, entfällt oder vermindert sich der Versicherungsschutz, wenn Sie sich bei Eintritt des Versicherungsfalles noch mit der Zahlung in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.
- (5) Nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn Sie sich noch immer mit den Beiträgen, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Wir können die Kündigung bereits mit Ablauf der Frist wirksam, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt noch immer mit der Zahlung in Verzug sind. Auf diese Rechtsfolge müssen wir Sie ebenfalls hinweisen.
- (6) Sie können den angeforderten Betrag auch dann noch nachzahlen, wenn unsere Kündigung wirksam geworden ist. Nachzahlen können Sie nur
 - innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder,
 - wenn die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf.

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

§ 15 Wann können Sie Ihren Vertrag ganz oder teilweise kündigen oder beitragsfrei stellen?

(1) Kündigung

Sie können Ihren Vertrag jederzeit in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) kündigen

- bei beitragspflichtigen Versicherungen zum Schluss einer Versicherungsperiode (siehe § 13 Absatz 2) und
- bei beitragsfreien Versicherungen sowie bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag zum Schluss eines jeden Monats.

Sie können Ihren Vertrag auch teilweise kündigen, wenn die verbleibende beitragspflichtige Versicherungssumme mindestens 2.500 € (beitragspflichtige Mindest-Versicherungssumme) und der verbleibende Tarifbeitrag pro Versicherungsperiode mindestens 5 € (Mindestbeitrag) beträgt. Bei teilweiser Kündigung gelten die folgenden Regelungen nur für den gekündigten Vertragsteil.

(2) Auszahlungsbetrag

Wir zahlen nach Kündigung den

- Rückkaufswert (Absatz 3 und 5),
- vermindert um den Abzug (Absatz 4),
- erhöht um die Überschussbeteiligung (Absatz 6).

Beitragsrückstände werden von dem Auszahlungsbetrag abgezogen.

(3) Rückkaufswert

Der Rückkaufswert ist nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation für den gemäß Absatz 1 maßgebenden Kündigungstermin berechnete Deckungskapital der Versicherung. Der Rückkaufswert entspricht mindestens dem Betrag des Deckungskapitals, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschlusskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Ist die vereinbarte Vertragsdauer kürzer als fünf Jahre, verteilen wir diese Kosten auf die Vertragsdauer. In jedem Fall beachten wir die aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (siehe § 16 Absatz 2 Satz 4).

(4) Abzug

Wir vereinbaren mit Ihnen einen Abzug von dem gemäß Absatz 3 ermittelten Wert. Der Abzug beträgt 60 €. Sofern es sich nicht um eine durch vorzeitige Einstellung der Beitragszahlung beitragsfreie Versicherung handelt, kommt zu diesem Abzug ein Betrag im Verhältnis zur jeweiligen Todesfallsumme hinzu; seine Höhe finden Sie im Antrag. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Das ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm der mit der Kündigung verbundene zusätzliche Verwaltungsaufwand ausgeglichen wird; zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen und die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer 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. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug und seiner Höhe finden Sie im Anhang zu den Versicherungsbedingungen.

(5) Herabsetzung des Rückkaufswerts im Ausnahmefall

Wir sind nach § 169 Abs. 6 VVG berechtigt, den nach Absatz 3 ermittelten Wert 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.

(6) Überschussbeteiligung

Für die Ermittlung des Auszahlungsbetrags setzt sich die Überschussbeteiligung zusammen aus

- den Ihrem Vertrag eventuell bereits zugeteilten, verzinslich angesammelten oder in Investmentfonds angelegten Überschussanteilen, soweit sie nicht bereits in dem nach den Absätzen 3 bis 5 berechneten Betrag enthalten sind, und

- den Ihrem Vertrag gemäß § 2 Abs. 6 zuzuteilenden Bewertungsreserven, soweit bei Kündigung vorhanden.

(7) Hinweis

Wenn Sie Ihren Vertrag kündigen, kann das für Sie Nachteile haben. Da in der Anfangszeit die gezahlten Beiträge fast ausschließlich zur Deckung des versicherten Todesfallrisikos und der Kosten für Abschluss sowie Verwaltung (siehe § 16) benötigt werden, ist nur ein geringer oder gar 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 sowie zum Auszahlungsbetrag können Sie der Tabelle in der Anlage zum Antrag entnehmen.

(8) Keine Beitragsrückzahlung

Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

(9) Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

Anstelle einer Kündigung nach Absatz 1 können Sie zu den dort genannten Terminen in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) verlangen, ganz oder teilweise von Ihrer Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Falle setzen wir die vereinbarte Versicherungssumme ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Versicherungssumme herab. Diese wird nach folgenden Gesichtspunkten berechnet:

- nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik,
- für den Termin der Beitragsfreistellung und
- unter Zugrundelegung des um den Abzug nach Absatz 10 verminderten Rückkaufswertes nach Absatz 3

Der für die Bildung der beitragsfreien Summe zur Verfügung stehende Betrag mindert sich gegebenenfalls um rückständige Beiträge. Wird eine Versicherung nach Tarif RS, RSP, RF, RFN oder RFPN durch vorzeitige Einstellung der Beitragszahlung beitragsfrei gestellt, ist die Todesfallsumme während der restlichen Versicherungsdauer konstant und entspricht der beitragsfreien Versicherungssumme.

(10) Abzug

Wir vereinbaren mit Ihnen einen Abzug von dem gemäß Absatz 9 für die Bildung der beitragsfreien Versicherungssumme zur Verfügung stehenden Betrag. Der Abzug wird im Verhältnis zur jeweiligen bisherigen Todesfallsumme bemessen; seine Höhe finden Sie im Antrag. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Das ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Beitragsfreistellung 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. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug und seiner Höhe finden Sie im Anhang zu den Versicherungsbedingungen.

(11) Hinweis

Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, kann das für Sie Nachteile haben. Da in der Anfangszeit die gezahlten Beiträge fast ausschließlich zur Deckung des versicherten Todesfallrisikos und der Kosten für Abschluss sowie Verwaltung (siehe § 16) benötigt werden, ist nur der Mindestwert gemäß Absatz 3 zur Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen keine oder nur geringe

Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme zur Verfügung. Nähere Informationen zur beitragsfreien Versicherungssumme können Sie der Tabelle in der Anlage zum Antrag entnehmen.

(12) Mindestbetrag für die beitragsfreie Versicherungssumme

Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht verlangt und erreicht die nach Absatz 9 zu berechnende beitragsfreie Versicherungssumme den Mindestbetrag von 1.000 € (beitragsfreie Mindest-Versicherungssumme) nicht, erhalten Sie den Auszahlungsbeitrag nach Absatz 2 und der Vertrag endet.

Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht können Sie nur verlangen, wenn die herabgesetzte Versicherungssumme die beitragspflichtige Mindest-Versicherungssumme von 2.500 € erreicht und der Tarifbeitrag mindestens 5 € je Versicherungsperiode beträgt. Anderenfalls können Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht verlangen. Dieser Antrag führt zur beitragsfreien Fortsetzung der Versicherung, sofern die beitragsfreie Mindest-Versicherungssumme von 1.000 € erreicht wird.

(13) Wiederaufnahme der Beitragszahlung

Sie können innerhalb von 24 Monaten – bei einer eingeschlossenen Berufsunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeitsrente sowie Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung innerhalb von zwölf Monaten nach Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung verlangen, dass durch die Wiederaufnahme der entsprechenden Beitragszahlung die versicherten Leistungen bis zur Höhe des vor der Beitragsfreistellung maßgebenden Versicherungsschutzes ohne Gesundheitsprüfung (siehe § 7 Abs. 18) aufgestockt werden. Die beitragsfreie Zeit muss durch eine Nachzahlung der Beiträge (auf Ihren Wunsch auch in Raten) ausgeglichen werden. Stattdessen können mit Ihrer Zustimmung auch die versicherten Leistungen herabgesetzt werden oder Sie können höhere laufende Beiträge zahlen. Die höheren laufenden Beiträge bzw. die reduzierten Leistungen richten sich nach den bei Abschluss Ihrer Versicherung maßgebenden Tarifregelungen. Die Auswirkungen teilen wir Ihnen auf Wunsch vorab mit. Voraussetzung für die Wiederaufnahme der Beitragszahlung ist, dass der Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist. Für eine evtl. eingeschlossene Berufsunfähigkeits-, Grundfähigkeits- bzw. Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung bedeutet das, dass die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt nicht berufsunfähig im Sinne der maßgebenden Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung ist bzw. dass für die versicherte Person keine Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit im Sinne der Bedingungen für die Grundfähigkeits-Zusatzversicherung vorliegt und bis zur Wiederaufnahme der Beitragszahlung keine schwere Krankheit im Sinne der Bedingungen für die Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung eingetreten ist.

(14) Beitragsfreistellung bei Arbeitslosigkeit, Bundesfreiwilligendienst oder Jugendfreiwilligendienst

Sie haben das Recht, Ihren Vertrag unabhängig von den in Absatz 9 bzw. 1 sowie 13 genannten Terminen bis zu zwölf Monate befristet beitragsfrei zu stellen, sofern Sie als Versicherungsnehmer

- bei der Bundesagentur für Arbeit als arbeitslos gemeldet sind bzw. durch eine Umschulung oder Arbeitsbeschaffungsmaßnahme der Bundesagentur gefördert werden (laut Bescheinigung der zuständigen Arbeitsagentur) oder
- einen Bundesfreiwilligendienst ausüben (laut Bescheinigung des Bundesamtes für Familie und zivilgesellschaftliche Angelegenheiten) oder
- einen Jugendfreiwilligendienst (freiwilliges soziales Jahr oder freiwilliges ökologisches Jahr) ausüben (laut Bescheinigung des zugelassenen Trägers).

(15) Beitragsfreistellung während des Mutterschutzes oder der Elternzeit

Sie haben das Recht, Ihren Vertrag unabhängig von den in Absatz 9 bzw. 1 sowie 13 genannten Terminen bis zu 36 Monate befristet beitragsfrei zu stellen, sofern Sie als Versicherungsnehmer sich im Mutterschutz befinden oder eine gesetzliche Elternzeit in Anspruch nehmen (laut Bescheinigung des Arbeitgebers). Hierbei sind die 36 Monate die maximale Gesamtdauer der Beitragsstundung, selbst bei mehrmaliger Inanspruchnahme von Mutterschutz oder gesetzlicher Elternzeit für ein Kind oder mehrere Kinder.

(16) Rahmenbedingungen für die Beitragsfreistellung gemäß Abs. 14 und 15

Für den Fall, dass eine andere Person für Sie die Beitragszahlung übernommen hat, haben Sie das Recht auf Beitragsfreistellung gemäß Absatz 14 und 15 auch dann, wenn der Beitragszahler als arbeitslos gemeldet ist, einen Bundesfreiwilligendienst oder Jugendfreiwilligendienst ausübt, sich in Mutterschutz befindet oder eine gesetzliche Elternzeit in Anspruch nimmt.

(17) Beitragspflichtige Fortsetzung des Vertrags

Nach Ablauf der beitragsfreien Zeit wird der Vertrag wieder automatisch beitragspflichtig fortgesetzt. Die sonstigen Regelungen der Absätze 9 und 13 bleiben unberührt. Den Wegfall der Voraussetzungen für die Beitragsfreistellung müssen Sie uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) anzeigen.

§ 16 Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?

- (1) Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Diese sind in Ihrem Beitrag einkalkuliert. Es handelt sich um Abschlusskosten sowie übrige Kosten. Zu den Abschlusskosten gehören insbesondere Abschlussprovisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschlusskosten die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen. Die übrigen Kosten entfallen auf die laufende Verwaltung. Die Höhe der einkalkulierten Abschlusskosten sowie der übrigen Kosten (Verwaltungskosten) können Sie den „Angaben zu Ihrer Versicherung“ und dem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten nach § 4 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV) entnehmen.
- (2) Wir wenden auf Ihren Vertrag das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung an. Dies bedeutet, dass wir die ersten Beiträge zur Tilgung der Abschlusskosten heranziehen. Dies gilt jedoch nicht für den Teil der ersten Beiträge, der für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und aufgrund von gesetzlichen Regelungen für die Bildung einer Deckungsrückstellung bestimmt ist. 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 Verwaltungskosten werden über die gesamte Vertragslaufzeit verteilt.
- (4) Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihres Vertrages nur Mindestwerte für einen Rückkaufswert oder zur Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme vorhanden sind (siehe § 15). Nähere Informationen zu den Rückkaufswerten und beitragsfreien Versicherungssummen können Sie den jeweiligen Tabellen im Antrag entnehmen.

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

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

§ 18 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?

- (1) Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen
 - bei Vertragsabschluss,
 - bei Änderung nach Vertragsabschluss
 - oder auf Nachfrageunverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.
- (2) Notwendige Informationen im Sinne von Absatz 1 sind beispielsweise Umstände, die für die Beurteilung
 - Ihrer persönlichen steuerlichen Ansässigkeit,
 - der steuerlichen Ansässigkeit dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben und
 - der steuerlichen Ansässigkeit des Leistungsempfängersmaßgebend sein können.

Dazu zählen insbesondere die deutsche oder ausländische(n) Steueridentifikationsnummer(n), das Geburtsdatum, der Geburtsort und der Wohnsitz. Details zu in Deutschland geltenden Steuerregelungen können Sie den Informationen für den Versicherungsnehmer entnehmen.
- (3) Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, gilt Folgendes: Bei einer entsprechenden gesetzlichen Verpflichtung melden wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden. Dies gilt auch dann, wenn ggf. keine steuerliche Ansässigkeit im Ausland besteht.
- (4) Eine Verletzung Ihrer Auskunftspflichten gemäß den Absätzen 1 und 2 kann dazu führen, dass wir unsere Leistung nicht zahlen. Dies gilt solange, bis Sie uns die für die Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt haben.

§ 19 Was ist bei Auslandsaufenthalten zu beachten?

Der Versicherungsschutz gilt weltweit. Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, bitten wir Sie, uns eine im Inland ansässige Person zu benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen (Zustellungsbevollmächtigter).

§ 20 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

- (1) In folgenden Fällen stellen wir Ihnen pauschal zusätzliche Kosten gesondert in Rechnung:
 - Mahnung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen
 - Rückläufern im Lastschriftverfahren
 - Durchführung von Vertragsänderungen
 - Bearbeitung von Abtretungen und Verpfändungen
 - Anschriftermittlung
 - Ausstellung Ersatz-Versicherungsschein
 - Versicherungsnehmerwechsel
 - Wiederinkraftsetzung

§ 8 Abs. 3 bleibt unberührt.

Die Höhe der Kosten kann sich während der Vertragslaufzeit ändern. Eine Übersicht über die jeweils aktuellen Kosten können Sie bei uns anfordern.

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

§ 21 Können Steuern und öffentliche Abgaben anfallen?

Ihr Versicherungsvertrag unterliegt der Besteuerung und der Abgabenordnung des Staates, in dem Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt haben. Dies gilt auch im Falle Ihres Umzugs in einen anderen Staat nach Abschluss Ihres Versicherungsvertrags. Wir sind berechtigt, Ihnen als Schuldner etwa anfallende Steuern und Abgaben in vollem Umfang zu belasten.

§ 22 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

- (1) Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.
- (2) 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.

§ 23 Wo ist der Gerichtsstand?

- (1) Für Klagen aus dem Vertrag gegen uns ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk unser Geschäftssitz liegt. Zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz haben. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Ist der Versicherungsnehmer eine juristische Person, ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk er seinen Sitz oder seine Niederlassung hat.
- (2) Klagen aus dem Vertrag gegen Sie müssen wir bei dem Gericht erheben, das für Ihren Wohnsitz zuständig ist. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Ist der Versicherungsnehmer eine juristische Person, ist das Gericht

zuständig, in dessen Bezirk er seinen Sitz oder seine Niederlassung hat.

- (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 der Versicherungsnehmer eine juristische Person ist, die ihren Sitz ins Ausland verlegt.

§ 24 An wen können Sie sich bei Fragen oder Beschwerden wenden?

- (1) Wir möchten, dass Sie mit uns zufrieden sind. Unser Kundenservice ist ausgezeichnet – Ihre Anliegen nehmen wir sehr ernst. Wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind, stehen Ihnen derzeit insbesondere die nachfolgenden Beschwerdemöglichkeiten offen:

- (2) Sie können sich mit Ihren Fragen oder Beschwerden an Ihren Vermögensberater wenden. Er (oder sie) ist gerne bereit, Ihnen behilflich zu sein.

(3) Unser Beschwerdemanagement

Bitte melden Sie sich jederzeit mit Ihrem Anliegen oder Ihrer Beschwerde direkt bei Ihrer Kundenservice-Direktion. Die Adresse und Telefonnummer finden Sie in dem Begleitschreiben zu Ihrem Versicherungsschein. Darüber hinaus können Sie sich auch über unsere Internetseite oder unsere E-Mailadresse an uns wenden. Diese lauten derzeit:

www.generali.de/feedback
E-Mail: bittebesser.de@generali.com

Sollte Ihr Problem auf diesem Wege nicht zu lösen sein, schreiben Sie bitte unserem Vorstand. Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Vorstand der
Generali Deutschland Lebensversicherung AG
Adenauerring 7
81737 München

Wir sind sicher, dass wir gemeinsam mit Ihnen Ihr Anliegen oder Ihre Beschwerde klären werden.

(4) Versicherungsombudsmann e. V.

Wenn Sie aber mit unserer Entscheidung nicht einverstanden sind, können Sie als unabhängigen und neutralen Schlichter den Versicherungsombudsmann e. V. ansprechen. Diesen erreichen Sie derzeit wie folgt:

Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin
www.versicherungsombudsmann.de
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Der Versicherungsombudsmann e. V. für Versicherungen ist eine unabhängige Schlichtungsstelle. Sie überprüft neutral, schnell und unbürokratisch die Entscheidungen der Versicherer. Für Sie als Verbraucher arbeitet sie kostenfrei.

(5) Versicherungsaufsicht

Sie können sich mit Ihrer Beschwerde auch an die für uns zuständige Aufsicht wenden. Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
(BaFin)
Versicherungs- und Pensionsfondsaufsicht
Graurheindorfer Str. 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Die BaFin ist allerdings keine Schiedsstelle und ihre Entscheidung in einzelnen Streitfällen nicht verbindlich.

(6) Rechtsweg

Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

Bei Ihrem Versicherungsvertrag handelt es sich um ein langfristig kalkuliertes Produkt, bei dem bei Vertragsschluss eine garantierte Leistung im Todesfall fest zugesagt wird. Daneben übernehmen wir – je nach Vereinbarung – weitere Risiken, zum Beispiel im Rahmen von Zusatzversicherungen. Wir dürfen diese Leistungsversprechen nur unter Berücksichtigung angemessener versicherungsmathematischer Annahmen abgeben.

Beiträge und Leistungen werden unter der Annahme berechnet, dass der Vertrag nicht vorzeitig beendet wird. Die durch eine Kündigung entstehenden Belastungen für den Bestand müssen daher von den kündigenden Versicherungsnehmern getragen werden. Würden diese Kosten dagegen allen Versicherungsnehmern in Rechnung gestellt, könnte der Versicherungsschutz nur ungleich teurer angeboten werden.

Wesentliches Kriterium ist schließlich der Gedanke der Risikogemeinschaft. Dies bedeutet, dass wir sowohl bei der Produktkalkulation als auch bei Gestaltung und Durchführung des Vertrages stets darauf achten, dass die Belange der Gesamtheit der Versicherungsnehmer gewahrt werden.

Wenn Sie Ihren Vertrag kündigen oder beitragsfrei stellen, kann das für Sie Nachteile haben. Bei der Berechnung des Auszahlungsbetrags bzw. der beitragsfreien Versicherungssumme nehmen wir den jeweiligen in den Versicherungsbedingungen vereinbarten Abzug vor. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Das ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil bei seiner Kalkulation folgende Umstände berücksichtigt werden:

Ausgleich für Verwaltungsaufwand

Die Bearbeitung einer Kündigung ist für uns mit Verwaltungsaufwand verbunden, der nicht in den Kostenanteilen der von Ihnen gezahlten Beiträge berücksichtigt ist. Aus diesem Grund behalten wir bei Rückkauf vom Deckungskapital einen pauschalen Abgeltungsbetrag für diese Verwaltungsaufwendungen ein.

Veränderungen der Risikolage

Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass die Risikogemeinschaft sich gleichmäßig aus Versicherungen mit einem hohen und einem geringeren Risiko zusammensetzt. In Form eines kalkulatorischen Ausgleichs wird sichergestellt, dass der Risikogemeinschaft durch vorzeitige Vertragskündigungen, die ansonsten zu einer negativen Veränderung des kalkulatorischen Gleichgewichts führen würden, kein Nachteil entsteht.

Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital

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

Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Kündigung oder Beitragsfreistellung 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.

Besondere Bedingungen für Risiko-Lebensversicherungen mit planmäßiger Erhöhung nach dem Dynamikplan

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

für Risiko-Lebensversicherungen nach Tarif RN und Tarif RNP mit planmäßiger Erhöhung nach dem Dynamikplan gelten zusätzlich die nachfolgenden Bedingungen. Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Risiko-Lebensversicherung (AVB) sinngemäß Anwendung.

Inhaltsverzeichnis

Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge?	§ 1
Wann und wie lange erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?	§ 2
Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?	§ 3
Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen?	§ 4
Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?	§ 5
Was gilt bei Berufsunfähigkeit oder Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit?	§ 6

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

- (1) Der Beitrag (Tarifbeitrag) für diese Versicherung einschließlich etwaiger Zusatzversicherungen erhöht sich jährlich jeweils um den vereinbarten Prozentsatz des Beitrags des Vorjahres.
- (2) Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung.

Betrag von 3.000 € erstmals erreicht oder überschritten hat, behalten wir uns vor, weitere Erhöhungen der Berufsunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeitsrente vom Ergebnis einer wirtschaftlichen Angemessenheitsprüfung abhängig zu machen. Berufsunfähigkeits- und Grundfähigkeitsrenten werden hierbei addiert.

- (5) Ist eine Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung mit Recht auf späteren Abschluss einer Pflegerentenversicherung ohne Gesundheitsprüfung eingeschlossen, erfolgen keine weiteren Erhöhungen zu dieser Zusatzversicherung, wenn die durch Ausüben der Option zu erwerbende jährliche Pflegerentenanwartschaft 50 % der jährlichen Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten (West) erreicht oder überschritten hat. In diesem Fall bezieht sich der Erhöhungs-Prozentsatz gemäß § 1 Abs. 1 nur auf den Beitrag des Vorjahres ohne Beitrag für diese Zusatzversicherung. Zu dieser Zusatzversicherung erfolgen erst dann weitere Erhöhungen, wenn durch eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze die erwerbende Rentenanswartschaft unter der oben genannten Grenze liegt. Für Dynamikerhöhungen in den Monaten Januar bis März gilt als Bezugsgröße die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung des Vorjahres.

§ 2 Wann und wie lange erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?

- (1) Die Erhöhungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen erfolgen jeweils zu dem Jahrestag des Versicherungsbeginns.
- (2) Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung (Nachtrag zu Ihrer Versicherung). Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.
- (3) Die letzte Erhöhung von Beitrag und Versicherungsleistungen erfolgt zwei Jahre vor Ablauf der Versicherungsdauer, spätestens jedoch zu dem Jahrestag des Versicherungsbeginns, der dem Geburtstag am nächsten liegt, an dem die versicherte Person – bei Tarif RNP die ältere der beiden versicherten Personen – das 65. Lebensjahr vollendet.
- (4) Ist eine Berufsunfähigkeits- oder Grundfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen, werden ihre Versicherungsleistungen längstens bis zum für die Berufsunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeits-Zusatzversicherung vereinbarten Ablauf der Beitragszahlungsdauer erhöht (siehe § 3 Abs. 2). Wenn die monatlichen Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Grundfähigkeitsrenten aller bei unserer Gesellschaft bestehenden Verträge den

§ 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?

- (1) Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge. Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten Alter der versicherten Person, der restlichen Beitragszahlungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag. Der zusätzliche Beitrag wird für eine Erhöhungsversicherung verwendet. Hierbei handelt es sich um eine gleichartige Versicherung, deren Versicherungsdauer bzw. Beitragszahlungs-

dauer gleich der Restlaufzeit bzw. restlichen Beitragszahlungsdauer der Grundversicherung ist (siehe § 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Risiko-Lebensversicherung).

- (2) Ist eine Berufsunfähigkeits- oder Grundfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen, erstreckt sich der Versicherungsschutz der Beitragsbefreiung auch auf die Erhöhungsbeiträge. Ist gleichzeitig eine Berufsunfähigkeits- bzw. eine Grundfähigkeitsrente mitversichert, so erhöht sich diese im selben Verhältnis wie die Versicherungssumme der Hauptversicherung.
- (3) Ist eine Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung eingeschlossen, so erhöht sich die Versicherungssumme im selben Verhältnis wie die Versicherungssumme der Hauptversicherung. Bei der Berechnung der erhöhten Versicherungsleistungen einer Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung werden wir die gleichen Annahmen über den Eintritt dieser schweren Krankheiten zugrunde legen, die wir zum Zeitpunkt der Erhöhung bei neu abzuschließenden Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherungen ansetzen.
- (4) Ist eine Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung eingeschlossen, so erhöht sich die erwerbbare Pflegerentanwartschaft aus der Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung – vorbehaltlich von § 2 Abs. 5 – im selben Verhältnis wie die Versicherungssumme der Hauptversicherung. Bei der Berechnung der erhöhten Versicherungsleistungen einer Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung mit Recht auf späteren Abschluss einer Pflegerentenversicherung ohne Gesundheitsprüfung werden wir die gleichen Pflegefallwahrscheinlichkeiten sowie die gleichen Annahmen über die künftige Lebenserwartung zugrunde legen, die wir zum Zeitpunkt der Erhöhung bei neu abzuschließenden Pflegerentenoptions-Zusatzversicherungen ansetzen.
- (5) Auf die Anwendung von aktuellen Rechnungsgrundlagen für künftige Dynamikerhöhungen nach Absatz 3 und 4 werden wir Sie vor dem Erhöhungstermin im Nachtrag zu Ihrer Versicherung hinweisen. Bereits durchgeführte frühere Erhöhungen aus dem Dynamikplan bleiben hiervon unberührt.
- (6) Nach einer Erhöhung der Versicherungsleistungen können die garantierten Rückkaufswerte und die garantierten beitragsfreien Versicherungssummen nicht mehr der Übersicht in der Anlage zum Antrag entnommen werden. Die aktualisierten Werte teilen wir Ihnen in dem Nachtrag zu Ihrer Versicherung vor dem Erhöhungstermin mit.

§ 4 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen?

- (1) Alle im Rahmen des Versicherungsvertrags getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Risiko-Lebensversicherung (AVB) sowie die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich auch auf die Erhöhungsversicherungen. Entsprechende Anwendung finden die Bestimmungen in den AVB „Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?“ und „Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?“.

- (2) Die Erhöhungen der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag setzen die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und den Bedingungen zu etwaigen Zusatzversicherungen genannten Fristen bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht bzw. Selbsttötung nicht erneut in Lauf.
- (3) Bei einer Erhöhungsversicherung, in der eine Berufsunfähigkeits- oder Grundfähigkeits-Zusatzversicherung mit erhöhter Berufsunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeitsrente bei Eintritt der Berufsunfähigkeit bzw. einer Beeinträchtigung einer versicherten körperlichen Grundfähigkeit in den ersten fünf Jahren (Startervariante) eingeschlossen ist, ist der Zeitpunkt, zu dem sich die versicherte Berufsunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeitsrente der Erhöhungsversicherung tarifgemäß verringert, identisch mit dem Termin bei der Grundversicherung. Entsprechendes gilt für eine evtl. eingeschlossene Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung mit erhöhter garantierter Versicherungsrente in den ersten fünf Jahren (Startervariante). Wie bei der Grundversicherung werden wir Ihnen auch zur Erhöhungsversicherung rechtzeitig vorher anbieten, den bestehenden Versicherungsschutz gegen eine Erhöhung des Beitrags aufrechtzuerhalten. Wenn Sie unser Angebot nicht annehmen, erhöht sich die Berufsunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeitsrente bzw. Versicherungssumme der Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung zu diesem Termin abweichend von § 3 Abs. 2 bzw. 3 nicht im selben Verhältnis wie die Versicherungssumme der Hauptversicherung, sondern entsprechend verringert. Nach diesem Termin werden weitere Erhöhungen nach dem Dynamikplan mit einer jeweils konstanten versicherten Berufsunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeitsrente bzw. Versicherungssumme der Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung durchgeführt.

§ 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

- (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) Sollten Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, so erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen.

§ 6 Was gilt bei Berufsunfähigkeit oder Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit?

Ist in Ihrer Versicherung eine Berufsunfähigkeits- oder Grundfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen, erfolgen auch dann Erhöhungen, wenn wir die Beitragszahlung wegen Berufsunfähigkeit bzw. Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit übernehmen. Dies gilt auch für den Fall, dass Sie den Dynamikplan nachträglich ausgeschlossen haben, sofern die Berufsunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeits-Zusatzversicherung unverändert fortbesteht. Eine laufende Berufsunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeitsrente wird während einer Berufsunfähigkeit bzw. Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit – abgesehen von etwaigen Erhöhungen aufgrund der Überschussbeteiligung – aber nur erhöht, wenn Sie für die Berufsunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeitsrente die garantierte Leistungsdynamik eingeschlossen haben.

Besondere Bedingungen für die fondsgebundene Überschussbeteiligung bei Risiko-Lebensversicherungen

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

im Rahmen der Überschussbeteiligung bieten wir Ihnen Versicherungsschutz unter unmittelbarer Beteiligung an der Wertentwicklung eines oder mehrerer Sondervermögen (Anlagestock/Anlagestöcke) entsprechend der mit Ihnen getroffenen Vereinbarung. Die Anlagestöcke werden jeweils in einer gesonderten Abteilung unseres Sicherungsvermögens überwiegend in Wertpapieren (Fondsanteile) angelegt und in Anteilseinheiten aufgeteilt. Eine Übersicht über die zur Verfügung stehenden Fonds finden Sie in den Informationen für den Versicherungsnehmer.

Inhaltsverzeichnis

Wie berechnet sich der Wert der auf Ihre Versicherung entfallenden Anteilseinheiten?	§ 1
Können Sie die Aufteilung der Anlagebeträge (Anlagesplitting) ändern oder Fondsguthaben übertragen (Fondswechsel)?	§ 2
Was geschieht, wenn eine Fondsgesellschaft einen Fonds schließt und/oder die Ausgabe oder die Rücknahme von Anteilscheinen einstellt?	§ 3
Unter welchen Voraussetzungen können Sie von der fondsgebundenen Überschussbeteiligung Ihrer Versicherung in eine nicht fondsgebundene Verwendungsform für die jährlichen Überschussanteile wechseln?	§ 4

§ 1 Wie berechnet sich der Wert der auf Ihre Versicherung entfallenden Anteilseinheiten?

- (1) Die jährlichen Überschussanteile, die Ihrer Versicherung zugeteilt werden (siehe § 2 Abs. 4 AVB), rechnen wir entsprechend der von Ihnen gewählten prozentualen Aufteilung in Anteilseinheiten der zugehörigen Anlagestöcke der einzelnen Fonds um, soweit und solange diese angeboten werden. Hierbei legen wir die am letzten Stichtag vor der jeweiligen Fälligkeit festgestellten Werte der Anteilseinheiten zugrunde. Bei der Umrechnung wird kein Ausgabeaufschlag berechnet. Die in Anteilseinheiten umzurechnenden Überschussanteile bezeichnen wir als Anlagebeträge, die Ihrer Versicherung aus der Überschussbeteiligung zugeteilten Anteilseinheiten als Überschussguthaben (Fondsguthaben) Ihrer Versicherung; dieses ist untergliedert in Teil-Fondsguthaben entsprechend Ihrer Wahl der zugrunde liegenden Anlagestöcke.
- (2) Als Stichtag gilt der letzte Börsentag des betreffenden Monats.
- (3) Der Wert einer Anteilseinheit pro Anlagestock richtet sich nach der Wertentwicklung des entsprechenden Anlagestocks. Den Wert einer Anteilseinheit ermitteln wir dadurch, dass der gesamte Geldwert des Anlagestocks am jeweiligen Stichtag durch die Anzahl der zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Anteilseinheiten des Anlagestocks geteilt wird. Investmentfondsanteile werden mit dem Rücknahmepreis angesetzt.
- (4) Die von den Fondsgesellschaften ausgeschütteten Erträge aus den in den Anlagestöcken enthaltenen Vermögenswerten fließen unmittelbar den jeweiligen Anlagestöcken zu und ergeben damit zusätzliche Anteilseinheiten. Diese schreiben wir den einzelnen Versicherungen im Verhältnis ihrer jeweiligen Fondsguthaben gut.
- (5) Den Geldwert des Fondsguthabens einer Versicherung ermitteln wir dadurch, dass die Anzahl der hierauf entfallenden Anteilseinheiten mit dem zum Stichtag des Vormonats ermittelten Wert einer Anteilseinheit des entsprechenden Anlagestocks multipliziert wird; § 2 Abs. 3 bleibt unberührt.
- (6) Endet Ihre Versicherung durch Ablauf oder Kündigung, legen wir zur Ermittlung des Geldwertes des Fondsguthabens den Stichtag des letzten Versicherungsmonats zugrunde. Ist der Wert des Fondsguthabens im Todesfall zu ermitteln, wird der Stichtag des Monats herangezogen, der diesem Zeitpunkt vorangegangen ist. In jedem dieser Fälle behalten wir uns jedoch vor, den Wert des Fondsguthabens erst dann zu ermitteln, nachdem wir Vermögensgegenstände der zugrunde liegenden Anlagestöcke an die Fondsgesellschaft veräußern können. Eine entsprechende Veräußerung nehmen wir – unter Wahrung der Interessen aller unserer Versicherungsnehmer – unverzüglich vor.
- (7) Vertragliche Leistungen aus der Überschussbeteiligung erbringen wir in Geld. Auf Antrag des Bezugsberechtigten erbringen wir diese bis zur Höhe des Fondsguthabens in Wertpapieren der zugrunde liegenden Anlagestöcke. Bei Leistungen in Wertpapieren hat uns der Empfangsberechtigte ein Depot mitzuteilen, auf das wir die Anteile übertragen können. Bei einer Übertragung von Wertpapieren in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt die empfangsberechtigte Person die damit verbundene Gefahr.
- (8) Da die Entwicklung der Vermögenswerte der Anlagestöcke nicht vorauszusehen ist, können wir einen bestimmten Geldwert der sich hieraus ergebenden Leistungen

nicht garantieren. Sie haben die Chance, bei Kurssteigerungen der Wertpapiere der Anlagestöcke einen Wertzuwachs zu erzielen; bei Kursrückgängen tragen Sie das Risiko der Wertminderung. Das bedeutet, dass der Wert des Fondsguthabens je nach Entwicklung der Vermögenswerte der Anlagestöcke höher oder niedriger ausfallen wird.

hierfür bei uns Anlagestöcke geführt werden. Die jeweils aktuelle Liste der Fonds, die Sie Ihrem Versicherungsvertrag zugrunde legen können, können Sie jederzeit kostenlos bei uns anfordern.

- (6) Wir können die Auswahl der zur Verfügung stehenden Fonds auch für bestehende Verträge ändern.

§ 2 Können Sie die Aufteilung der Anlagebeträge (Anlagesplittings) ändern oder Fondsguthaben übertragen (Fondswechsel)?

- (1) Zu jedem Zeitpunkt, an dem Überschussanteile dem Fondsguthaben zugeführt werden, können Sie grundsätzlich die prozentuale Aufteilung der künftigen Anlagebeträge auf die Investmentfonds – soweit und solange diese angeboten werden – ändern (Änderung des Anlagesplittings = Switch). Dabei können Sie aus den zur Verfügung stehenden Fonds insgesamt bis zu zehn dieser Fonds wählen. Die Zahl der Anlagestöcke aus den zur Verfügung stehenden Fonds, in die künftig Überschussanteile angelegt werden oder in denen Anteilguthaben vorhanden ist, darf zu keinem Zeitpunkt mehr als zehn betragen. Sind im Rahmen einer Änderung des Anlagesplittings mehr als zehn Fonds (vor und nach Änderung des Anlagesplittings) beteiligt, muss deshalb vor oder gleichzeitig mit der Änderung des Anlagesplittings ein Fondswechsel im Sinne von Absatz 2 durchgeführt werden. Ist ein Fondswechsel erst nach einem Zuführungszeitpunkt gewünscht oder – aufgrund des frühestmöglichen Termins gemäß Absatz 2 – möglich, wird die Änderung des Anlagesplittings erst zur nächsten auf den Fondswechsel folgenden Überschusszuteilung durchgeführt. Für das Anlagesplitting sind alle ganzzahligen Prozentsätze, mindestens 10 % pro gewähltem Fonds, zulässig.
- (2) Darüber hinaus können Sie jederzeit die zugrunde zu liegenden Anlagestöcke neu bestimmen. Dazu wird der Geldwert des Fondsguthabens entsprechend Ihrer Festlegung ganz oder teilweise auf die neu bestimmten Anlagestöcke – soweit und solange hierfür Fondsanteile verfügbar sind – übertragen (Fondswechsel = Shift) und in Anteilseinheiten der neu bestimmten Anlagestöcke umgerechnet. Bei einem Fondswechsel darf die Zahl der Anlagestöcke aus den zur Verfügung stehenden Fonds, in die künftig Überschussanteile angelegt werden oder in denen Anteilguthaben vorhanden ist, zu keinem Zeitpunkt mehr als zehn betragen (Absatz 1). Die teilweise oder vollständige Übertragung von Anteilguthaben auf Anlagestöcke, die Ihrer Versicherung bereits zugrunde liegen, gilt ebenfalls als Fondswechsel. Bei einem Fondswechsel bleiben die Daten zu Ihrer Versicherung (Beginn, Ablauf, Beitrag, garantierte Leistungen) unverändert. Wir behalten uns jedoch vor, einen Fondswechsel erst dann durchzuführen, wenn wir Vermögensgegenstände der zugrunde liegenden Anlagestöcke an die Fondsgesellschaft veräußern können. Eine entsprechende Veräußerung nehmen wir – unter Wahrung der Interessen aller unserer Versicherungsnehmer – unverzüglich vor.
- (3) Sowohl bei der Ermittlung des Geldwertes des zu übertragenden Fondsguthabens als auch bei der Ermittlung der Anzahl der Anteilseinheiten des neu bestimmten Anlagestocks (der neu bestimmten Anlagestöcke) legen wir abweichend von Ziffer 1 als Stichtag grundsätzlich den von Ihnen gewünschten Termin für den Fondswechsel, jedoch frühestens den zweiten Börsentag zugrunde, der auf den Eingang Ihres Antrags auf Fondswechsel bei uns, der Generali Deutschland Lebensversicherung AG, folgt.
- (4) Änderungen des Anlagesplittings sowie Fondswechsel werden kostenlos durchgeführt.
- (5) Investmentfonds, die bei Vertragsabschluss noch nicht zur Auswahl standen, können auf Ihren Wunsch ebenfalls in das Anlagesplitting oder in Fondswechsel einbezogen werden. Voraussetzung dabei ist, dass Ihnen diese Fonds für Ihren Vertrag zur Verfügung stehen und dass

§ 3 Was geschieht, wenn eine Fondsgesellschaft einen Fonds schließt und/oder die Ausgabe oder die Rücknahme von Anteilscheinen einstellt?

- (1) Beabsichtigt eine Fondsgesellschaft einen Ihrem Versicherungsvertrag zugrunde liegenden Fonds zu schließen und/oder die Ausgabe oder Rücknahme von Anteilscheinen eines Fonds auszusetzen oder endgültig einzustellen und kündigt sie dies rechtzeitig vorher an, werden wir Sie hierüber sowie über den geplanten Termin mindestens vier Wochen vorher schriftlich informieren. Gleichzeitig werden wir Sie bitten, einen Ersatzfonds für eine kostenlose Anpassung des Anlagesplittings und einen Fondswechsel im Sinne von § 2 Abs. 1 und 2 festzulegen. Die jeweils aktuelle Liste der Fonds, die für Ihren Vertrag in Frage kommen, ist bei uns jederzeit erhältlich. Erhalten wir vor dem Termin, zu dem die Fondsgesellschaft die Ausgabe oder die Rücknahme von Anteilscheinen aussetzt oder einstellt, von Ihnen keine Nachricht, werden wir gemäß nachstehendem Absatz 2 verfahren.
- (2) Wenn eine Fondsgesellschaft einen Ihrem Versicherungsvertrag zugrunde liegenden Fonds schließt und/oder die Ausgabe bzw. Rücknahme von Anteilscheinen eines Fonds aussetzt oder endgültig einstellt, ohne dies vorher anzukündigen, sind wir berechtigt, den betroffenen Fonds nach billigem Ermessen durch einen anderen möglichst gleichartigen, dem bisherigen Anlageprofil entsprechenden Fonds zu ersetzen. Dies gilt auch für den Fall einer kurzfristigen Ankündigung, so dass eine vorherige Information nach Absatz 1 nicht mehr rechtzeitig möglich ist.
- (3) Wenn eine Fondsgesellschaft einen Fonds auflöst und mit einem anderen Fonds zusammenlegt (Fondsfusion), werden wir Sie hierüber schriftlich informieren. In diesem Fall gilt der aufnehmende Fonds als Ersatzfonds.
- (4) Die Ersetzung des Fonds gemäß Absatz 1, 2 oder 3 ist für Sie kostenlos. Der neue Fonds (Ersatzfonds) in Ihrem Vertrag wird sowohl für die Umrechnung künftiger Anlagebeträge (Änderung des Anlagesplittings) als auch für die notwendige Umschichtung der Anteilseinheiten des Fondsguthabens des betroffenen Fonds (Fondswechsel) verwendet. Den Ersatzfonds und den Stichtag der Umschichtung werden wir Ihnen schriftlich mitteilen.
- (5) Sie können stattdessen innerhalb von vier Wochen nach Erhalt unseres Schreibens kostenlos einen anderen Fondswechsel gemäß § 2 Abs. 2 sowie eine andere Anpassung des Anlagesplittings gemäß § 2 Abs. 1 vornehmen. Die jeweils aktuelle Liste der Fonds, die für Ihren Vertrag in Frage kommen, ist bei uns jederzeit erhältlich.
- (6) Wir behalten uns in jedem Fall jedoch vor, den Wert des Fondsguthabens des zu ersetzenden Fonds erst dann zu ermitteln und einen Fondswechsel erst dann durchzuführen, wenn wir Vermögensgegenstände des betreffenden Anlagestocks an die Fondsgesellschaft veräußern können. Eine entsprechende Veräußerung nehmen wir – unter Wahrung der Interessen aller unserer Versicherungsnehmer – unverzüglich vor.
- (7) Sofern und solange nach der Schließung eines Fonds oder der Einstellung der Ausgabe von Anteilscheinen eines Fonds keine Änderung des Anlagesplittings gemäß Absatz 1 oder 2 vorgenommen wurde, können wir die auf den betreffenden Fonds entfallenden Anlagebeträge gemäß § 1 Abs. 1 sowie evtl. Ertragsausschüttungen der Fondsgesellschaften gemäß § 1 Abs. 4 mit dem zum je-

weiligen Zeitpunkt geltenden Zinssatz für die Berechnung der garantierten Deckungsrückstellung neu abzuschließender Versicherungsverträge verzinslich ansammeln.

- (8) Über sonstige Veränderungen bei den Investmentfonds, wie beispielsweise Änderungen des Fondsnamens, werden wir Sie im Rahmen unserer jährlichen Mitteilung über den Stand Ihrer Versicherung unterrichten.
- (9) Außer bei den in Absatz 1, 2 und 3 genannten Anlässen werden wir Fondswechsel auf unsere Initiative hin nicht durchführen.

§ 4 Unter welchen Voraussetzungen können Sie von der fondsgebundenen Überschussbeteiligung Ihrer Versicherung in eine nicht fondsgebundene Verwendungsform für die jährlichen Überschussanteile wechseln?

- (1) Sie können durch schriftliche Erklärung mit Frist von einem Monat zum Monatsende von der fondsgebundenen Überschussbeteiligung Ihrer Versicherung in die Verwendungsform „verzinsliche Ansammlung“ der Überschussanteile wechseln.
- (2) In diesem Fall wird das vorhandene Fondsguthaben nicht mehr in Anteileneinheiten der Anlagestöcke in geson-

derten Abteilungen unseres Sicherungsvermögens geführt, sondern in unserem sonstigen Sicherungsvermögen angelegt und verzinst. Dazu wird der Geldwert des vorhandenen Fondsguthabens ermittelt, indem die Anzahl der hierauf entfallenden Anteileneinheiten mit dem zum Stichtag des Monats des Wechsels ermittelten Wert einer Anteileneinheit des entsprechenden Anlagestocks multipliziert wird. Wir behalten uns jedoch vor, den Wert des Fondsguthabens erst dann zu ermitteln, nachdem wir Vermögensgegenstände der zugrunde liegenden Anlagestöcke an die Fondsgesellschaft veräußern können. Eine entsprechende Veräußerung nehmen wir – unter Wahrung der Interessen aller unserer Versicherungsnehmer – unverzüglich vor.

- (3) Ferner werden die künftigen auf Ihre Versicherung entfallenden jährlichen Überschussanteile (siehe § 2 Abs. 4 AVB) nicht mehr gemäß § 1 dieser Besonderen Bedingungen in Anteileneinheiten umgerechnet, sondern stattdessen verzinslich angesammelt.
- (4) Statt dieser „Besonderen Bedingungen für die fondsgebundene Überschussbeteiligung bei Risiko-Lebensversicherungen“ gelten dann die Regelungen zur verzinslichen Ansammlung der Überschussanteile in § 2 Abs. 4 AVB.

Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung gelten die nachfolgenden Bedingungen. Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

Inhaltsverzeichnis

Welche Leistungen erbringen wir?	§ 1
Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?	§ 2
Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?	§ 3
Was ist Berufsunfähigkeit aufgrund der Beeinträchtigung von körperlichen Fähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen (Verlust einer Grundfähigkeit)?	§ 4
Was ist Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen und was ist in diesem Fall zu beachten?	§ 5
Welche Bedeutung hat das Rauchverhalten bei der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung?	§ 6
Wann beginnt und wann endet unsere Leistungspflicht?	§ 7
In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	§ 8
Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?	§ 9
Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	§ 10
Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?	§ 11
Wann stellen wir unsere Leistungen ein, und welche Mitteilungspflichten sind während des Leistungsbezugs zu beachten?	§ 12
Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?	§ 13
Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	§ 14
Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?	§ 15
Wann können Sie die vereinbarte Versicherungsdauer Ihrer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung verlängern?	§ 16
Was ist bei Auslandsaufenthalten zu beachten?	§ 17

Sofern vereinbart, gilt darüber hinaus die am Ende abgedruckte

Zusatzvereinbarung zur Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung

– Berücksichtigung von gesundheitsbewusstem Verhalten im Rahmen der Überschussbeteiligung

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

- (1) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung berufsunfähig im Sinne von § 2 dieser Bedingungen, so erbringen wir folgende Leistungen:
- a) Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die Hauptversicherung und die auf das Leben der gleichen versicherten Person wie in der Hauptversicherung eingeschlossenen Zusatzversicherungen;
 - b) Zahlung der jeweils vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente, wenn diese mitversichert ist. Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus.

Wenn Sie es wünschen, beraten wir Sie über Möglichkeiten zur medizinischen Rehabilitation und beruflichen Reintegration. Zusätzlich prüfen wir auf Ihren Wunsch, ob wir uns an den Kosten von Rehabilitationsmaßnahmen beteiligen, sofern diese aus medizinischer und arbeitsmarktbezogener Sicht wirtschaftlich sinnvoll erscheinen.

Die Versicherungsleistungen erbringen wir während der Dauer einer bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit, solange die versicherte Person lebt, längstens jedoch bis zum Ablauf der Zusatzversicherung. Bei Versicherungen mit gegenüber der Leistungsdauer abgekürzter Versicherungsdauer werden Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nur bei Eintritt der Berufsunfähigkeit vor Ende der Versicherungsdauer erbracht, dann jedoch bis zum Ablauf der Leistungsdauer, sofern die Anspruchsvoraussetzungen weiter bestehen. Die Versicherungsleistungen wegen Berufsunfähigkeit erbringen wir aber nur in einfacher Höhe, auch wenn Kriterien für die Berufsunfähigkeit nach § 2 Abs. 1, 2, 4, 5, 6 und 7 nebeneinander erfüllt sind.

- (2) Ist in Ihrer Versicherung der Dynamikplan eingeschlossen, erfolgen als zusätzliche Leistung im Rahmen der versicherten Befreiung von der Beitragszahlungspflicht (Absatz 1 a) auch dann Erhöhungen der Versicherungsleistungen im Rahmen des Dynamikplans gemäß den jeweils maßgebenden Besonderen Bedingungen, wenn und solange wegen Berufsunfähigkeit im Sinne von Absatz 1 a) Ihre Beitragszahlungspflicht entfällt. Eine laufende Berufsunfähigkeitsrente (Zusatztarif R) wird während einer Berufsunfähigkeit – abgesehen von etwaigen Erhöhungen aufgrund der Überschussbeteiligung (siehe § 14) – aber nur erhöht, wenn Sie die garantierte Leistungsdynamik eingeschlossen haben (siehe Absatz 3).
- (3) Sofern Sie in Ihrem Vertrag eine garantierte Leistungsdynamik eingeschlossen haben, erhöhen sich die gezahlten Berufsunfähigkeitsrenten während einer Leistungsphase jedes Jahr um den vereinbarten festen Steigerungssatz. Die Erhöhung erfolgt erstmals zum ersten Versicherungsjahreswechsel nach Eintritt der Berufsunfähigkeit, an den anschließenden Versicherungsjahreswechseln zusammen mit der eventuellen jeweiligen Erhöhung aus der Überschussbeteiligung (siehe § 14 Abs. 3 d)). Bezugsgröße der Leistungsdynamik ist die jeweils erreichte garantierte Rente einschließlich der Rente aus der Überschussbeteiligung.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Voraussetzungen für Berufsunfähigkeit

Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % ihren zuletzt vor Eintritt dieses Zustands ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche

Beeinträchtigung ausgestaltet war – nicht mehr ausüben kann (vollständiger Verzicht auf abstrakte Verweisung). Eine Verweisung auf eine andere Tätigkeit kommt nur dann in Betracht, wenn diese bei einer späteren Nachprüfung der Berufsunfähigkeit (siehe § 11) konkret ausgeübt wird.

(2) Berufsunfähigkeit bei Pflegebedürftigkeit

Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt auch dann vor, wenn die versicherte Person voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig im Sinne von § 3 ist.

(3) Leistung ab Beginn der Berufsunfähigkeit

Wird uns nachgewiesen, dass ein in Absatz 1 oder 2 beschriebener Zustand für einen Zeitraum von sechs Monaten ununterbrochen vorgelegen hat, gilt dieser Zustand von Beginn an als Berufsunfähigkeit.

(4) Zusammenhang mit einer Erwerbsminderungsrente

Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Tarifbestimmungen liegt auch dann vor, wenn ein Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder ein berufsständisches Versorgungswerk in der Bundesrepublik Deutschland, dem die versicherte Person als Pflichtmitglied angehört, unbefristet eine volle Erwerbsminderungsrente allein aus medizinischen Gründen gewährt. Unser Recht auf Nachprüfung der Berufsunfähigkeit (siehe § 11) bleibt unberührt.

Eine befristete Leistung (siehe § 10 Abs. 2) gewähren wir auch dann, wenn die versicherte Person vor Vollendung des 55. Lebensjahres von einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder eines berufsständischen Versorgungswerks in der Bundesrepublik Deutschland, dem die versicherte Person als Pflichtmitglied angehört, allein aus medizinischen Gründen eine volle befristete Erwerbsminderungsrente erhält. Dabei kann allerdings der befristete Zeitraum für unsere Leistung von dem eventuellen befristeten Zeitraum abweichen, während dessen ein gesetzlicher oder berufsständischer Versorgungsträger eine Erwerbsminderungsrente gewährt.

Im Fall eines vereinbarten Leistungsausschlusses, der mitursächlich im Zusammenhang mit der Berufsunfähigkeit steht, bewirkt der Bescheid eines Sozialversicherungsträgers keinen Leistungsanspruch.

(5) Dienstunfähigkeit bei Beamten

Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt auch dann vor, wenn die versicherte Person als Beamter infolge ihres Gesundheitszustandes vor Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze aufgrund von Dienstunfähigkeit im Sinne des Beamtenrechts

- entlassen oder
- in den Ruhestand versetzt

wird. Dies hat der versicherte Beamte durch ein entsprechendes Zeugnis, welches von einem Amtsarzt oder einem vom Dienstherrn als Gutachter beauftragten Arzt erstellt wurde, und durch die Verfügung sowie Urkunde über die Entlassung aus dem öffentlichen Dienst oder die Versetzung in den Ruhestand nachzuweisen. Die vorstehenden Regelungen zur Dienstunfähigkeit gelten für Richter und Kirchenbeamte entsprechend.

(6) Vorgezogene Leistung bei Berufsunfähigkeit infolge einer Krebserkrankung

Wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer, frühestens jedoch nach Ablauf von drei Monaten seit Vertragsbeginn, eine Krebserkrankung erleidet, gilt folgende Regelung:

- a) Wir zahlen monatliche Vorschüsse auf die Leistungen gemäß § 1 Abs. 1 a) und b) für einen Zeitraum von

maximal zwölf Monaten. Die vorgezogene Leistung wegen Krebs erbringen wir nur einmal, auch bei mehreren aufeinander folgenden Erkrankungen oder wiederholter Berufsunfähigkeit. In welchem Umfang Krebserkrankungen versichert sind, finden Sie im Anhang zu diesen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung. Dieser Anhang ist Bestandteil dieser Versicherungsbedingungen.

- b) Der Anspruch auf Vorschüsse wegen Krebs entsteht mit Ablauf des Monats, in dem ein qualifizierter Facharzt die Diagnose gemäß dem Anhang zu diesen Bedingungen stellt. Wir beginnen mit den monatlichen Vorschüssen wegen Krebs grundsätzlich spätestens 14 Tage nach Eingang aller für die Prüfung und Feststellung erforderlichen Unterlagen. Sofern der Versicherungsvertrag bei Eintritt der Krebserkrankung schon mehr als fünf Jahre bestanden hat, reicht ein histologischer oder zytologischer Nachweis über das Vorliegen der Erkrankung (siehe Anhang zu diesen Bedingungen). Bei Verträgen, die weniger als fünf Jahre bestanden haben, können wir über einen solchen Nachweis hinaus zusätzliche Unterlagen anfordern. Auch für die Anerkennung unserer Leistungspflicht wegen einer Krebserkrankung behalten wir uns die Prüfung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht (siehe entsprechenden Paragraphen der AVB) vor.
- c) Die monatlichen Vorschüsse enden bereits vor Ablauf der maximal zwölf Monate, wenn
- die versicherte Person stirbt oder
 - die Leistungsdauer der Versicherung endet.

Soweit Berufsunfähigkeit im Sinne eines der Absätze 1 bis 5, 7 (nur im Falle der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung plus extra) oder 8 vorliegt und wir die versicherte Berufsunfähigkeitsrente leisten, entfallen die monatlichen Vorschüsse. Die bereits erbrachten Vorschüsse fordern wir nicht zurück und verrechnen wir auch nicht mit den weiteren Berufsunfähigkeitsrenten.

(7) Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung plus extra

Sofern Sie in Ihrem Vertrag die Absicherung der Berufsunfähigkeit auch aufgrund der Beeinträchtigung von körperlichen Fähigkeiten und infolge von Arbeitsunfähigkeit eingeschlossen haben (**Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung plus extra**), gilt folgendes:

- a) Berufsunfähigkeit aufgrund der Beeinträchtigung von körperlichen Fähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen liegt dann vor, wenn bei der versicherten Person voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen eine Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit im Sinne von § 4 bestehen wird oder bereits sechs Monate ununterbrochen bestand;
- b) Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt dann vor, wenn die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen vollständig arbeitsunfähig im Sinne von § 5 war.

(8) Befristete Hilfe bei ständigem Rollstuhlbedarf

Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Tarifbestimmungen liegt auch dann vor, wenn die versicherte Person für voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen ständig auf einen Rollstuhl angewiesen sein wird oder dies bereits sechs Monate ununterbrochen gewesen ist. Diese spezielle Beeinträchtigung muss nach Vertragsabschluss eingetreten sein. Wir zahlen in diesem Fall eine Berufsunfähigkeits-Rente für längstens 24 Monate. Diese befristete Hilfe erhalten Sie während der Vertragsdauer einmalig und nur, wenn diese spezielle Beeinträchtigung ausnahmsweise nicht bereits unmittelbar zu Leistungen wegen Berufsunfähigkeit nach Absatz 1 bis 6 führt.

(9) Wiedereingliederungshilfe

Wenn unsere Leistungspflicht im Rahmen der Nachprüfung gemäß § 11 endet, weil die versicherte Person tatsächlich im Sinne des § 11 Abs. 2, 3 eine zumutbare andere Tätigkeit als bei Anerkennung ihrer Berufsunfähigkeit konkret ausübt, erbringen wir – sofern eine Berufsunfähigkeitsrente gemäß § 1 Abs. 1 b) mitversichert ist – bei Einstellung unserer Berufsunfähigkeitsleistung eine einmalige Zahlung in Höhe von zwölf Monatsrenten (Wiedereingliederungshilfe). Die Basis hierfür bildet die erreichte Monatsrente inklusive erreichter eventuell eingeschlossener garantierter Rentensteigerungen aus der Leistungsdynamik und eventueller Rentensteigerungen aus der Überschussbeteiligung. Diese Wiedereingliederungshilfe zahlen wir nur, wenn die verbleibende vertraglich vereinbarte Leistungsdauer für die Berufsunfähigkeitsrente noch mindestens zwölf Monate beträgt. Wenn bei der versicherten Person innerhalb von zwölf Monaten nach Einstellung unserer Berufsunfähigkeitsleistung erneut eine Berufsunfähigkeit aufgrund derselben medizinischen Ursache eintritt, verrechnen wir im Fall der erneuten Anerkennung unserer Leistungspflicht die gezahlte Wiedereingliederungshilfe mit den künftigen Berufsunfähigkeitsrenten. Die Wiedereingliederungshilfe können Sie mehrmals erhalten, wenn die Voraussetzungen jeweils erneut erfüllt sind und Versicherungsschutz besteht.

Die Anforderungen an die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit gemäß § 11 und an die Einstellung unserer Berufsunfähigkeitsleistung sowie Ihre Mitwirkungspflichten während des Leistungsbezugs gemäß § 12 bleiben unberührt.

(10) a) Keine Berufsunfähigkeit bei Umorganisation

Bei Selbstständigen oder beherrschenden Gesellschafter-Geschäftsführern setzt vollständige Berufsunfähigkeit zusätzlich zu Absatz 1 bis 3 voraus, dass die versicherte Person ihren Beruf auch dann nicht ausüben kann, nachdem sie ihren Betrieb zumutbar umorganisiert hat oder umorganisieren könnte.

Die Umorganisation ist nur zumutbar, wenn

- sie keinen erheblichen Kapitaleinsatz erfordert,
- die Lebensstellung der versicherten Person als Betriebsinhaber gewahrt bleibt,
- sie von der versicherten Person auf Grund ihres maßgeblichen Einflusses auf die Geschicke des Unternehmens umgesetzt werden kann und
- der versicherten Person ein der bisherigen Position angemessener Tätigkeitsbereich geschaffen wird und dieser aus medizinischer Sicht möglich ist.

Eine Minderung des Einkommens von 20 % oder mehr bezogen auf das durchschnittliche jährliche Einkommen aus beruflicher Tätigkeit der letzten drei Jahre vor Abzug von Personensteuern gilt jedoch in jedem Fall als unzumutbar. Im begründeten Einzelfall kann auch schon eine geringere Minderung des Einkommens nicht zumutbar sein. Sollte die höchstgerichtliche Rechtsprechung einen geringeren Prozentsatz als unzumutbare Minderung des Einkommens festlegen, ist dieser auch für uns maßgeblich.

Wir verzichten auf die Prüfung der Umorganisation, wenn der Betrieb der versicherten Person weniger als fünf angestellte Mitarbeiter beschäftigt. Auszubildende, Praktikanten oder Werkstudenten bleiben dabei unberücksichtigt.

b) Umorganisationshilfe

Wenn wir die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente nicht bzw. nicht mehr leisten, weil die versicherte Person ihren Betrieb zumutbar gemäß Absatz a) umorganisiert, erbringen wir – sofern eine Berufsunfähigkeitsrente gemäß § 1 Abs. 1 b) mitversichert ist – auf Antrag im Hinblick auf die Wiederherstellung der

Berufsfähigkeit eine einmalige Zahlung in Höhe der im Rahmen der Umorganisation angefallenen Kosten bis zu einer Höhe von zwölf Monatsrenten (Umorganisationshilfe). Die Basis hierfür bildet die erreichte Monatsrente inklusive erreichter eventuell eingeschlossener garantierter Rentensteigerungen aus der Leistungsdynamik und eventueller Rentensteigerungen aus der Überschussbeteiligung. Diese Umorganisationshilfe zahlen wir nur, wenn zum Zeitpunkt des Antrags auf Umorganisationshilfe die verbleibende vertraglich vereinbarte Leistungsdauer für die Berufsunfähigkeitsrente noch mindestens zwölf Monate beträgt. Wenn bei der versicherten Person innerhalb von zwölf Monaten nach Einstellung unserer Berufsunfähigkeitsleistung erneut eine Berufsunfähigkeit aufgrund derselben medizinischen Ursache eintritt, verrechnen wir im Fall der erneuten Anerkennung unserer Leistungspflicht die gezahlte Umorganisationshilfe mit den künftigen Berufsunfähigkeitsrenten. Die Umorganisationshilfe können Sie mehrmals beantragen, wenn die Voraussetzungen jeweils erneut erfüllt sind und Versicherungsschutz besteht. Die Umorganisationshilfe zahlen wir nicht, wenn wir eine Wiedereingliederungshilfe gemäß Absatz 8 b) erbringen.

Die Anforderungen an die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit gemäß § 11 und an die Einstellung unserer Berufsunfähigkeitsleistung sowie Ihre Mitwirkungspflichten während des Leistungsbezugs gemäß § 12 bleiben unberührt.

(11) Schüler

Bei Schülern gilt als zuletzt ausgeübter Beruf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Schüler.

(12) Auszubildende

Bei Auszubildenden wird für die Feststellung der Berufsunfähigkeit als ausgeübter Beruf das dem Ausbildungsziel entsprechende Berufsbild zugrunde gelegt. Berufsunfähigkeit liegt jedoch nicht vor, wenn die versicherte Person eine andere berufliche Tätigkeit ausübt, die ihrer evtl. anderweitigen Ausbildung und Erfahrung sowie ihrer bisherigen Lebensstellung (siehe Absatz 8 a)) entspricht.

(13) Studierende

Bei Studierenden gilt als zuletzt ausgeübter Beruf das zuletzt betriebene Regelstudium. Berufsunfähigkeit liegt ebenfalls vor, wenn der bei Antragstellung angegebene angestrebte Beruf nicht mehr gemäß Absatz 1 ausgeübt werden kann. Als Studium gilt ein Studium an einer Hochschule (Universität), Fachhochschule (FH) oder Berufsakademie. Der angestrebte Studienabschluss muss in Deutschland staatlich anerkannt sein.

Berufsunfähigkeit liegt grundsätzlich jedoch nicht vor, wenn die versicherte Person ein anderes Studium oder eine andere berufliche Tätigkeit ausübt, die ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie ihrer bisherigen Lebensstellung (siehe § 11 Abs. 3) entspricht. Jedoch gilt für Studierende in der zweiten Hälfte der gesetzlich oder gemäß Studienordnung vorgesehenen Studienzeit, sofern diese nicht um mehr als fünf Semester überschritten ist, folgende Ausnahme: Bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit berücksichtigen wir zu Gunsten des Studierenden die Lebensstellung, die normalerweise mit erfolgreichem Abschluss des Studiums erreicht wird.

(14) Teilzeit-Beschäftigte

Übt die versicherte Person zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit ihre berufliche Tätigkeit zeitlich eingeschränkt aus (Teilzeit-Tätigkeit), leisten wir auch dann, wenn die versicherte Person ihre Teilzeit-Tätigkeit, so wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen ausgestaltet war, weniger als drei Stunden pro Arbeitstag ausüben kann. Hat die versicherte Person gleichzeitig mehrere

Teilzeit-Tätigkeiten, so legen wir die Arbeitszeit all dieser Tätigkeiten in Summe zugrunde.

(15) Hausfrauen und -männer ohne Erwerbstätigkeit

Bei Hausfrauen und Hausmännern ohne Erwerbstätigkeit gilt als zuletzt ausgeübter Beruf das zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit von der versicherten Person in ihrem Haushalt konkret ausgeübte Tätigkeitsprofil.

- (16) Ist die versicherte Person vorübergehend oder endgültig aus dem Berufsleben ausgeschieden, ist bei der Prüfung der Leistungsansprüche im Sinne von Absatz 1 und 5 die beim Ausscheiden aus dem Berufsleben zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit und die damit verbundene Lebensstellung maßgeblich.

§ 3 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

- (1) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person so hilflos ist, dass sie im Sinne der §§ 14, 15 des Sozialgesetzbuches (SGB) XI in der Fassung vom 21.12.2015, gültig ab 01.01.2017, einschließlich deren Anlagen, mindestens in den Pflegegrad 2 eingestuft wird und uns das anhand des Bescheids des jeweiligen Trägers der gesetzlichen Pflegeversicherung nachweist.
- (2) Pflegebedürftigkeit liegt ebenfalls vor, wenn die versicherte Person wegen Demenz in Form mittelschwerer oder schwerer Hirnleistungsstörungen, die durch Krankheit oder Körperverletzung entstanden sind, sich oder andere erheblich gefährdet und deshalb dauernder Beaufsichtigung bedarf und mindestens der Schweregrad 5 gemäß der Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg zugrunde liegt (Global Deterioration Scale – GDS, Einteilung der Demenz in sieben Grade, Stand 08/2014) oder ein entsprechender Schweregrad einer alternativen, anerkannten Demenzbeurteilungsskala erreicht wird.

§ 4 Was ist Berufsunfähigkeit aufgrund der Beeinträchtigung von körperlichen Fähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen (Verlust einer Grundfähigkeit)?

- (1) Sofern Sie in Ihrem Vertrag die Absicherung der Berufsunfähigkeit aufgrund der Beeinträchtigung von körperlichen Fähigkeiten eingeschlossen haben (im Rahmen der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung plus extra), liegt Berufsunfähigkeit aufgrund der Beeinträchtigung von körperlichen Fähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen dann vor, wenn bei der versicherten Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die fachärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen eine Beeinträchtigung einer der nachstehenden acht körperlichen Fähigkeiten im beschriebenen Umfang bestehen wird oder bereits sechs Monate ununterbrochen bestand. In diesem Fall liegt von Beginn dieses Zustands an eine Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen vor. Die Beeinträchtigung einer der beschriebenen körperlichen Fähigkeiten gilt als Verlust einer Grundfähigkeit. Bestehen für die versicherte Person mehrere Beeinträchtigungen von körperlichen Fähigkeiten nebeneinander, erbringen wir die Versicherungsleistung aber nur in einfacher Höhe.

(2) Versicherte Grundfähigkeiten

a) Sehen

Ein Verlust liegt vor, wenn das Sehvermögen der versicherten Person auch nach Einsatz von Hilfsmitteln oder therapeutischen Maßnahmen so stark eingeschränkt ist, dass auf jedem Auge nur noch ein Restsehvermögen von höchstens 5 % oder eine Einschränkung des Gesichtsfeldes auf höchstens 15 Grad Abstand vom Zentrum besteht.

- b) Sprechen
Ein Verlust liegt vor, wenn die Sprechfähigkeit oder die sprachliche Ausdrucksfähigkeit der versicherten Person nach abgeschlossenem Spracherwerb auch bei Verwendung geeigneter Hilfsmittel (z. B. Kehlkopfmikrofon) so weit eingeschränkt ist, dass die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist mittels Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren, weil sie keine verständlichen Worte mehr formen kann.
Nicht geleistet wird bei Verlust der Sprachfähigkeit durch nicht organische Ursachen.
- c) Hören
Ein Verlust liegt vor, wenn bei der versicherten Person auch unter Nutzung von Hilfsgeräten (z. B. Hörgeräte) auf beiden Ohren jeweils ein Resthörvermögen von höchstens 20 % besteht.
- d) Sitzen
Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, zwanzig Minuten ununterbrochen zu sitzen, auch nicht mit Änderung der Sitzposition oder mit Abstützen auf Armlehnen.
- e) Stehen
Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Verwendung geeigneter Hilfsmittel auch mit Veränderung der Körperhaltung nicht mehr in der Lage ist, zehn Minuten lang auf einem festen und ebenen Boden zu stehen, ohne sich abzustützen
- f) Gehen
Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Verwendung geeigneter Hilfsmittel (z. B. Rollator) nicht mehr selbstständig in der Lage ist, innerhalb von 20 Minuten eine Strecke von 400 Metern über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen.
- g) Treppen steigen
Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Verwendung geeigneter Hilfsmittel und einer Pause von maximal einer Minute nicht mehr selbstständig in der Lage ist, eine Treppe von zwölf gleich hohen Stufen mit üblicher Stufenhöhe von 18 bis 20 cm und festem Bodenbelag hinauf- und hinabzusteigen.
Geeignete Hilfsmittel sind zum Beispiel das Treppengeländer oder ein Gehstock.
- h) Greifen
Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person mit der rechten oder der linken Hand nicht mehr in der Lage ist, einen maximal 250 Gramm wiegenden Alltagsgegenstand (z. B. ein Wasserglas oder eine handelsübliche Packung Butter) zu greifen und eine Minute lang ununterbrochen, auch unter Ablage des Unterarms, zu halten, ohne dass er ihr aus der Hand fällt.
- i) Eine Hand gebrauchen
Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person mit der rechten oder der linken Hand nicht mehr in der Lage ist, einen intakten Wasserhahn zu- und wieder aufzudrehen.
- j) Schreiben
Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Verwendung geeigneter Hilfsmittel weder mit der rechten noch mit der linken Hand mit einem Schreibstift mindestens fünf Wörter mit jeweils mindestens zehn Buchstaben in Druckbuchstaben schreiben kann, so dass ein unbeteiligter Dritter diese Wörter lesen kann.
Geeignete Hilfsmittel sind zum Beispiel Brillen oder Kontaktlinsen.

- k) Einen Arm gebrauchen
Ein Verlust liegt vor, wenn es der versicherten Person nicht mehr möglich ist, beide Hände gleichzeitig hinter den Kopf zu bewegen und den Nacken zu berühren (Nackengriff) und beide Hände gleichzeitig am Rücken zusammenzuführen (Schürzengriff).
- l) Knien/Bücken
Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, sich aus eigener Kraft zu bücken oder hinzuknien, um mit den Fingern den Boden zu berühren, und sich danach wieder aufzurichten.
- m) Heben/Tragen
Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person weder mit dem rechten noch mit dem linken Arm einen 2 Kilogramm schweren Gegenstand von einem Tisch heben und 5 Meter weit tragen kann.

(3) Nachweis der Beeinträchtigung

Der Verlust einer Grundfähigkeit ist durch einen Facharzt der entsprechenden Fachrichtung mit den nach aktuellem medizinischem Wissensstand üblichen Befunderhebungen nachzuweisen.

§ 5 Was ist Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen und was ist in diesem Fall zu beachten?

- (1) Sofern Sie in Ihrem Vertrag die Absicherung der Berufsunfähigkeit infolge von Arbeitsunfähigkeit eingeschlossen haben (im Rahmen der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung plus extra), liegt Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen dann vor, wenn die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen vollständig arbeitsunfähig (krankgeschrieben) war. Als arbeitsunfähig im Sinne dieser Versicherungsbedingungen gilt die versicherte Person, wenn uns auf die versicherte Person ausgestellte ärztliche Bescheinigungen eingereicht werden, wie sie § 5 Entgeltfortzahlungsgesetz (EntgFG) zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses oder den Vorschriften für die Geltendmachung von Krankentagegeld bei den privaten Krankenversicherungen entsprechen. Der Anspruch auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit entsteht mit Ablauf des Monats, in den der Beginn der ersten Arbeitsunfähigkeit fällt. Die Arbeitsunfähigkeit muss uns in Textform mitgeteilt werden. Eine frühzeitige Mitteilung erleichtert die Prüfung Ihrer Ansprüche. Besteht nur eine teilweise Arbeitsunfähigkeit, haben Sie keinen Anspruch auf eine Leistung. Arbeitsversuche im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung gemäß § 74 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) stellen keine Unterbrechung der Arbeitsunfähigkeit dar.
- (2) Wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit beansprucht werden, müssen uns auf Kosten des Anspruchstellers Bescheinigungen nach Absatz 1 eingereicht werden. Davon muss mindestens eine Bescheinigung von einem Facharzt der entsprechenden Fachrichtung ausgestellt worden sein. Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit können nur dann verlangt werden, wenn zeitgleich Leistungen wegen einer Berufsunfähigkeit gemäß § 2 Abs. 1, 2, 3, 4 oder – sofern vereinbart – Abs. 5 beantragt werden.
- (3) Bei Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit erhalten Sie die Leistungen nach § 1 für maximal 18 Monate, auch bei mehrfacher Arbeitsunfähigkeit. Die Leistungen erbringen wir unter den in § 1 genannten Voraussetzungen, solange
 - die versicherte Person ununterbrochen vollständig arbeitsunfähig ist und

- wir keine Leistungen wegen einer Berufsunfähigkeit gemäß § 2 Abs. 1, 2, 3, 4 oder ggf. 5 a erbringen.

Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit werden vorbehaltlich Abs. 3 Satz 1 höchstens jeweils für den Zeitraum erbracht, für den ärztliche Bescheinigungen wegen Arbeitsunfähigkeit (Absatz 1) vorgelegt werden. Der Anspruch auf die Leistungen endet mit Ablauf des Monats, in dem die letzte ärztliche Bescheinigung wegen Arbeitsunfähigkeit abläuft.

- (4) Haben wir eine Leistung wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht und wird die versicherte Person innerhalb von zwei Monaten nach Wegfall der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Erkrankung wieder ununterbrochen vollständig arbeitsunfähig, beginnt die Frist von sechs Monaten nach Absatz 1 nicht erneut zu laufen.
- (5) Wenn die Leistungsprüfung ergibt, dass bei der versicherten Person eine Berufsunfähigkeit gemäß § 2 Abs. 1, 2, 3, 4 oder ggf. 5 a vorliegt, erbringen wir mit Beginn des nächsten Monatsersten nach Abschluss der Leistungsprüfung Leistungen wegen einer Berufsunfähigkeit gemäß § 2 Abs. 1, 2, 3, 4 oder ggf. 5 a. Ab diesem Zeitpunkt werden die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit eingestellt.
- (6) Wenn wir Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person erbringen und nach Abschluss der Leistungsprüfung feststellen, dass eine Berufsunfähigkeit gemäß § 2 Abs. 1, 2, 3, 4 oder ggf. 5 a vorliegt, rechnen wir den Zeitraum ab dem Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit gemäß § 2 Abs. 1, 2, 3, 4 oder ggf. 5 a eingetreten ist, wir gleichzeitig aber Leistungen wegen Berufsunfähigkeit wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht haben, auf die maximale Leistungsdauer von insgesamt 18 Monaten nach Absatz 3 nicht an.
- (7) Wenn wir Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit erbringen, sind wir berechtigt zu prüfen, ob nach wie vor eine ununterbrochene vollständige Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person vorliegt. Sie müssen uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) informieren, wenn keine Arbeitsunfähigkeit mehr oder nur noch eine teilweise Arbeitsunfähigkeit vorliegt.

§ 6 Welche Bedeutung hat das Rauchverhalten bei der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung?

- (1) Die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung haben Sie entweder als Rauchertarif oder als Nichtraucherartar abgeschlossen. Der Beitrag richtet sich nach der Einordnung der versicherten Person als Raucher oder als Nichtraucher.
- (2) Ist für diese Zusatzversicherung der Nichtraucherartar vereinbart, gelten folgende Regeln:

a) Begriff des Nichtrauchers

Nichtraucher ist, wer in den letzten zwölf Monaten vor Antragstellung weder aktiv geraucht oder gedampft hat (nikotinhalzig oder nikotinfrei), noch in sonstiger Form Nikotin (beispielsweise in elektrischer Form) oder Joints konsumiert hat.

b) Vorvertragliche Anzeigepflicht

Bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung sind Sie verpflichtet, uns auf unsere Fragen in Textform wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen, ob Sie kein Nichtraucher im Sinne von Absatz 2a, also Raucher sind. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße Anzeige verantwortlich. Zu den Rechtsfolgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht siehe

den entsprechenden Paragraphen der Hauptversicherung.

c) Gefahrerhöhung nach Abgabe Ihrer Vertragserklärung

Eine Gefahrerhöhung liegt vor, wenn die versicherte Person nach Abgabe der Vertragserklärung, vor Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss, Raucher geworden ist, also aktiv geraucht oder gedampft hat (nikotinhalzig oder nikotinfrei) oder in sonstiger Form Nikotin (beispielsweise in elektrischer Form) oder Joints konsumiert hat. Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie nach Abgabe der Vertragserklärung ohne unsere Einwilligung keine Gefahrerhöhung vornehmen oder deren Vornahme gestatten. Ist eine andere Person versichert, so ist auch diese – neben Ihnen – dafür verantwortlich, dass nach Abgabe der Vertragserklärung keine Gefahrerhöhung vorgenommen wird.

Nimmt die versicherte Person nach Abgabe der Vertragserklärung, vor Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss, dennoch eine Gefahrerhöhung vor, sind sowohl Sie als auch die versicherte Person verpflichtet, uns diese Gefahrerhöhung unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) anzuzeigen.

Außer der vorgenannten Gefahrerhöhung beim Rauchverhalten sind Sie nicht dazu verpflichtet, uns eine bei Vertragsabschluss für uns nicht vorhersehbare Erhöhung des Risikos (z. B. durch die Ausübung eines neuen Berufes oder die Aufnahme einer neuen Freizeitaktivität) mitzuteilen, es sei denn, dass wir eine erneute Risikoprüfung durchführen (z. B. bei einer Vertragsänderung).

d) Rechtsfolgen einer Gefahrerhöhung

Beitragsanpassung bei Gefahrerhöhung

Wir verzichten auf unsere gesetzlichen Rechte, den Vertrag wegen einer Gefahrerhöhung zu kündigen oder die erhöhte Gefahr vom Versicherungsschutz auszuschließen. Wird eine Gefahrerhöhung gemäß Absatz 2c vorgenommen, können wir rückwirkend ab dem Zeitpunkt der Gefahrerhöhung einen unseren Geschäftsgrundsätzen entsprechenden höheren Beitrag verlangen. Eine Beitragserhöhung ist jedoch ausgeschlossen, wenn Sie uns nachweisen, dass die Vornahme der Gefahrerhöhung unverschuldet erfolgt ist.

Wenn Sie oder die versicherte Person eine Gefahrerhöhung entsprechend Absatz 2c nachträglich erkennen und uns dies nicht angezeigt wird, können wir die vorgenannte Beitragserhöhung auch dann vornehmen, wenn die Gefahrerhöhung unverschuldet ist.

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.

Eine Beitragserhöhung hat keine Auswirkungen auf die Höhe der versicherten Leistung. Falls wir den Beitrag für die Zusatzversicherung um mehr als 10 % erhöhen, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung unserer Beitragserhöhung fristlos kündigen.

Leistungsminderung bei Gefahrerhöhung

Wurde vor Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss eine Gefahrerhöhung ohne unsere Einwilligung vorsätzlich vorgenommen und wurde uns dies nicht unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) mitgeteilt, beschränkt sich die Höhe der versicherten Leistung auf zwei Drittel der vereinbarten Leistung

gemäß § 1 Abs. 1. Die Verringerung unserer Leistungspflicht gilt nicht, wenn die Gefährerhöhung nicht ursächlich für den Eintritt des Versicherungsfalles war. Wir werden uns im Fall der Gefährerhöhung nicht auf die Leistungsverringerung berufen, wenn zwischen Gefährerhöhung und Eintritt des Versicherungsfalles mehr als 10 Jahre vergangen sind.

- (3) Ist für diese Zusatzversicherung der Rauchertarif vereinbart und sollte die versicherte Person nach Vertragsschluss Nichtraucher geworden sein, sind wir auf Ihren Wunsch hin bereit, nach ergänzender Risikoeinschätzung den Wechsel in eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nach Nichtrauchertarif zu prüfen. Als Nichtraucher gilt die versicherte Person dabei, wenn sie in den letzten zwölf Monaten vor dem Wunsch eines Tarifwechsels die Kriterien für einen Nichtraucher erfüllt hat, die wir nach Absatz 2 a) bei Antragstellung zugrunde legen, und sie beabsichtigt, auch in Zukunft Nichtraucher zu bleiben.

§ 7 Wann beginnt und wann endet unsere Leistungspflicht?

- (1) Der Anspruch auf die Berufsunfähigkeitsleistungen gemäß § 1 entsteht mit Beginn des Monats, der auf den Eintritt der Berufsunfähigkeit (§ 2) folgt.
- (2) Sie können eine Berufsunfähigkeitsleistung aus diesem Vertrag jederzeit beantragen.
- (3) Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht
- müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch für den Zeitraum, für den Anspruch auf die Berufsunfähigkeitsleistungen bestanden hat, zurückzahlen.
 - werden wir auf Ihren Antrag die künftig fälligen Beiträge bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos stunden. Wird ein Antrag auf Leistungen von uns abgelehnt oder besteht für uns keine Leistungspflicht, sind die gestundeten Beiträge von Ihnen in einem Betrag unverzinst nachzuzahlen. Wir sind jedoch auf Ihren Antrag hin bereit, eine ratierliche Nachzahlung des gestundeten Beitrags mit Ihnen zu vereinbaren. Die Nachzahlung kann über einen Zeitraum von bis zu 36 Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten erfolgen. Zahlen Sie die gestundeten Beiträge nicht nach, gleichen wir die ausstehende Nachzahlung durch Herabsetzung der vereinbarten Leistung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen aus. Diese Regelungen gelten auch, wenn Sie unsere Entscheidung über die Leistungspflicht gerichtlich prüfen lassen, und zwar bis zur rechtskräftigen Entscheidung des Gerichts, mindestens hinsichtlich der ausgebliebenen Beiträge der letzten 36 Monate.
- (4) Der Anspruch auf die Berufsunfähigkeitsleistungen erlischt, wenn eine Berufsunfähigkeit gemäß § 2 nicht mehr vorliegt, mit Ablauf der zeitlichen Befristung (§ 10 Abs. 2), wenn die versicherte Person stirbt oder die vertragliche Leistungsdauer der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung abläuft.

§ 8 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- (1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Berufsunfähigkeit gekommen ist.
- (2) Wir leisten jedoch nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist
- a) unmittelbar oder mittelbar durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;

- b) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse. Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht gilt jedoch nicht für solche Ereignisse, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war. Unsere Leistungspflicht bleibt insbesondere dann bestehen, wenn die Berufsunfähigkeit während eines Aufenthaltes außerhalb der territorialen Grenzen der NATO-Mitgliedstaaten verursacht wurde und die versicherte Person als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei mit Mandat der NATO oder UNO an der Erbringung humanitärer Hilfeleistungen oder an friedenssichernden Maßnahmen teilgenommen hat.
- c) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass es zu deren Abwehr und Bekämpfung des Einsatzes der Katastrophenschutzbehörde der Bundesrepublik Deutschland oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf;
- d) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person; fahrlässig und grob fahrlässig begangene Ordnungswidrigkeiten sind von diesem Ausschluss nicht betroffen. Wir leisten jedoch uneingeschränkt, wenn die Berufsunfähigkeit bei einer von der versicherten Person begangenen Ordnungswidrigkeit im Straßenverkehr verursacht wurde;
- e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;
- f) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, mehr als altersentsprechenden Kräfteverfall oder Pflegebedürftigkeit, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, der die freie Willensbestimmung ausschließt und in den sich die versicherte Person nicht absichtlich versetzt hat, werden wir leisten;
- g) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben oder die Gesundheit 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.

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

- (1) Wird eine Leistung aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung beansprucht, können wir verlangen, dass uns auf Kosten des Ansprucherhebenden insbesondere folgende Auskünfte, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, gegeben und Nachweise vorgelegt werden:
- a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
- b) ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf (Anamnese) und voraussichtliche Dauer des Leidens der versicherten Person sowie über dessen

Auswirkungen auf die Berufsfähigkeit bzw. den Umfang der Pflegebedürftigkeit; stattdessen bei der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung plus extra im Falle von § 2 Abs. 5 a ausführliche Berichte eines Facharztes zum Verlust einer Grundfähigkeit gemäß § 4;

- c) eine Beschreibung des zuletzt ausgeübten Berufs der versicherten Person und der inzwischen eingetretenen Veränderungen mit Einkommensnachweisen;
 - d) eine Darstellung der durch Ausbildung und Erfahrung bisher erlangten beruflichen Kenntnisse und Fähigkeiten der versicherten Person sowie Zeugnisse;
 - e) bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege;
 - f) eine Aufstellung sowie Berichte und Unterlagen
 - der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war, ist oder – sofern bekannt – sein wird,
 - der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger und sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit geltend machen könnte,
 - über den derzeitigen Arbeitgeber und frühere Arbeitgeber der versicherten Person.
- (2) Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen.
- (3) Grundsätzlich verlangen wir nicht, dass die versicherte Person ärztlichen Empfehlungen folgen muss, damit wir leisten. Dies gilt auch für operative Maßnahmen, die das Leiden heilen oder mindern. Einfachen ärztlichen Empfehlungen muss die versicherte Person jedoch folgen. Dies gilt für
- den Einsatz von Hilfsmitteln des täglichen Lebens. Dies sind zum Beispiel Seh- oder Hörhilfen.
 - Heilbehandlungen, wenn sie
 - gefahrlos sind,
 - nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und
 - eine sichere Aussicht bieten, dass sich der Gesundheitszustand der versicherten Person dadurch verbessert.

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

- (1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail), ob und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen. Unsere Erklärung geben wir innerhalb von vier Wochen nach dem Zeitpunkt ab, zu dem uns die für die Leistungsprüfung relevanten und gemäß § 9 von uns angeforderten Unterlagen vorliegen. Solange Unterlagen noch ausstehen, informieren wir Sie spätestens alle vier Wochen über den aktuellen Bearbeitungsstand.
- (2) Bis auf die nachstehenden Ausnahmefälle werden wir keine zeitliche Befristung unserer Leistungspflicht aussprechen. Wir können unsere Leistungspflicht einmalig –

längstens jedoch für einen Zeitraum von 18 Monaten – befristen, wenn

- sich Umstände, die für die Beurteilung der Frage, ob Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen besteht, voraussichtlich ändern werden,
- die medizinischen und beruflichen Gegebenheiten im Zeitpunkt unserer Leistungsentscheidung noch nicht endgültig beurteilt werden können,
- die versicherte Person eine Rehabilitations-, Umschulungs- oder Wiedereingliederungsmaßnahme absolviert oder eine solche Maßnahme vorgesehen oder beabsichtigt ist.

In unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht werden wir Ihnen die maßgeblichen Gründe für ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis mitteilen. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich begrenzte Anerkenntnis für uns bindend.

- (3) Abweichend von Absatz 1 und 2 gelten für die Vorschüsse auf unsere Leistungen im Falle einer Krebserkrankung der versicherten Person nach § 2 Abs. 6 die dort genannten Fristen hinsichtlich Prüfung und Feststellung sowie Beginn und Dauer.

§ 11 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

- (1) Wir sind berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit nachzuprüfen; dies gilt nicht bei einem zeitlich begrenzten Anerkenntnis nach § 10 Abs. 2.
- (2) Übt die versicherte Person nach Eintritt ihrer Berufsunfähigkeit eine zumutbare andere Tätigkeit gemäß Absatz 3 aus, so liegt eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vor und unsere Leistungspflicht endet (siehe § 7). Unter den Voraussetzungen des § 2 Abs. 9 erbringen wir eine Wiedereingliederungshilfe.
- (3) Eine zumutbare Tätigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person die Tätigkeit aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten ausüben kann, die Tätigkeit ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht und sie dazu gesundheitlich in der Lage ist. Neu erworbene berufliche Fähigkeiten sind dabei zu berücksichtigen. Unter der bisherigen Lebensstellung ist die Lebensstellung in finanzieller und sozialer Sicht zu verstehen, die vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung gemäß § 2 Abs. 1, 2, 4 oder 5 bestanden hat. Die dabei für die versicherte Person zumutbare Einkommensreduzierung wird von uns je nach Lage des Einzelfalles auf die im Rahmen der höchstrichterlichen Rechtsprechung festgelegte Größe im Vergleich zum jährlichen Bruttoeinkommen im zuletzt ausgeübten Beruf, vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung, begrenzt. Bei Nicht-Selbstständigen gilt eine Einkommensreduzierung von 20 % und mehr jedoch in jedem Fall als nicht zumutbar.
- (4) Bei einer Berufsunfähigkeit nach § 2 Abs. 7 a können wir prüfen, ob für die versicherte Person weiterhin eine Beeinträchtigung einer körperlichen Grundfähigkeit im Sinne von § 4 besteht. Die Mitwirkungspflichten des § 9 Abs. 1 gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass die über die Befragung der versicherten Person hinaus entstehenden Kosten von uns zu tragen sind.
- (5) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit weitere notwendige Nachweise, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen, einholen und einmal jährlich Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen.

§ 12 Wann stellen wir unsere Leistungen ein, und welche Mitteilungspflichten sind während des Leistungsbezugs zu beachten?

- (1) Liegt eine Berufsunfähigkeit im Sinne von § 2 Abs. 1, 2, 4 oder – sofern eingeschlossen – 5 dieser Bedingungen nicht mehr vor, werden wir von der Leistung frei. In diesem Fall legen wir Ihnen die Veränderung in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird frühestens mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Bei Berufsunfähigkeit aufgrund von Arbeitsunfähigkeit (§ 2 Abs. 5 b, § 5) erlischt der Leistungsanspruch zu dem Zeitpunkt, ab dem keine vollständige Arbeitsunfähigkeit mehr vorliegt oder wenn wir eine Leistung wegen einer anderweitigen Berufsunfähigkeit aufgrund von § 2 erbringen, spätestens nach einer Leistungsdauer von insgesamt 18 Monaten. Die Einstellung unserer Leistungen teilen wir dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Ab dem Zeitpunkt, zu dem unsere Leistungspflicht erlischt, muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden, sofern die vereinbarte Beitragszahlungsdauer noch nicht abgelaufen ist.
- (2) Bei einem befristeten Anerkenntnis stellen wir die Leistungen zum Ende des Befristungszeitraums ein. Nach Ablauf des Leistungszeitraumes prüfen wir die Voraussetzungen des Anspruchs auf Ihren Antrag hin neu. Als Voraussetzung für eine weitere Leistungspflicht ist uns nachzuweisen, dass nach den zu diesem Zeitpunkt aktuellen medizinischen und beruflichen Verhältnissen der versicherten Person Berufsunfähigkeit im Sinne von § 2 Abs. 1, 2, 4 oder – sofern eingeschlossen – 5 a dieser Bedingungen besteht. Hierbei gelten die Mitwirkungspflichten nach § 9.

§ 13 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach §§ 9, 11 oder 12 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 Berufsunfähigkeits-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 (z. B. Papierform oder E-Mail) auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 14 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

(1) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

- a) Sie erhalten gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in der jeweils geltenden Fassung eine Überschussbeteiligung. Diese umfasst eine Beteiligung an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven. Dafür gelten die Regelungen zur Überschussbeteiligung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Ihrer Hauptversicherung (AVB). Dort finden Sie insbesondere Einzelheiten über die Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer. Nachfolgend

erläutern wir Ihnen die Besonderheiten der Überschussbeteiligung dieser Zusatzversicherung.

- b) Wichtigster Einflussfaktor vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit ist die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Überschüsse entstehen insbesondere, wenn die Aufwendungen für das Berufsunfähigkeitsrisiko niedriger sind und die Kosten sich günstiger entwickeln als bei der Tarifikalkulation angenommen.
- c) Die Beiträge für Ihre Zusatzversicherung dienen vorrangig der Deckung von Berufsunfähigkeitsrisiken. Es stehen daher vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung, um Kapital zu bilden, aus dem Kapitalerträge entstehen können. Erst nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit ist auch die Entwicklung des Kapitalmarkts von größerer Bedeutung.
- d) Aus diesem Grund entstehen vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit auch keine oder nur geringfügige Bewertungsreserven. Soweit Bewertungsreserven überhaupt entstehen, ermitteln wir diese monatlich neu und ordnen sie den Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren (Absatz 4) anteilig rechnerisch zu.

(2) Zuordnung Ihres Vertrages

Die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung gehört derselben Bestandsgruppe wie die Hauptversicherung an. Zu welcher Bestandsgruppe und zu welchem Gewinnverband innerhalb dieser Bestandsgruppe Ihre Versicherung gehört, können Sie dem Versicherungsschein entnehmen.

(3) Überschussanteile und ihre Verwendung

a) Beitragsanrechnung

Mit jeder Beitragszahlung werden laufende Überschussanteile zugeteilt, die im Verhältnis zum Tarifbeitrag für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bemessen und direkt auf die Beitragszahlung angerechnet werden. Dadurch haben Sie statt des Tarifbeitrags nur den grundsätzlich niedrigeren Zahlbeitrag zu entrichten.

b) Bonusrente anstelle einer Beitragsanrechnung

Sofern vereinbart, teilen wir keine laufende Überschussanteile gemäß a) zu, sondern leisten bei Versicherung einer Berufsunfähigkeitsrente (§ 1 Abs. 1 b) eine Bonusrente bei Eintritt der Berufsunfähigkeit. In diesem Fall werden darüber hinaus jährliche Überschussanteile fällig (Absatz 3 d). Die Bonusrente wird in Prozent der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente bei Beginn der Leistungspflicht bemessen und erhöht im Fall der Berufsunfähigkeit die zu zahlende Berufsunfähigkeitsrente. Die Höhe der Bonusrente bemisst sich stets nach dem bei Beginn der Leistungspflicht festgelegten Bonusrenten-Satz. Solange wegen Berufsunfähigkeit ununterbrochen eine Berufsunfähigkeitsrente gezahlt wird, bleibt der Bonusrenten-Satz für diese Rentenleistung unverändert. Wird keine Berufsunfähigkeitsrente gezahlt, wird keine Leistung aus der Bonusrente fällig. Falls vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit der Bonusrenten-Satz vermindert werden sollte, teilen wir Ihnen dies rechtzeitig mit. In diesem Fall haben Sie das Recht, zum Zeitpunkt der Verminderung des Bonusrenten-Satzes die versicherte Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung gegen Beitragszahlung derart nachzuversichern, dass die Berufsunfähigkeitsrente einschließlich Bonusrente die gleiche Höhe wie vor diesem Zeitpunkt erreicht.

c) Schluss-Überschussanteil

Bei Ablauf der Versicherungsdauer für die Befreiung von der Beitragszahlungspflicht (§ 1 Abs. 1 a) bzw. bei Ablauf der Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeitsrente (§ 1 Abs. 1 b) sowie ggf. bei vorzeitiger Beendigung der Versicherung durch Tod der versicherten Person oder Rückkauf nach Beginn des dritten Versicherungsjahres kann – sofern die Versicherungsdauer mindestens fünf Jahre beträgt – ein Schluss-Überschussanteil fällig werden. Dieser Schluss-Überschussanteil wird dann für die zurückgelegte Versicherungsdauer, in der keine Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung gewährt wurden, im Verhältnis zu dem auf die Befreiung von der Beitragszahlungspflicht bzw. dem auf die Berufsunfähigkeitsrente entfallenden Tarifbeitrag für ein Jahr bemessen. Für die aufgrund vorzeitiger Einstellung der Beitragszahlung beitragsfrei zurückgelegte Zeit wird der Schluss-Überschussanteil stattdessen nach der Höhe der beitragsfrei versicherten Berufsunfähigkeitsrente bemessen. Für die zurückgelegte Versicherungsdauer, in der als Leistung aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nur die Beitragsbefreiung gewährt wurde, kann ein Schluss-Überschussanteil im Verhältnis zum jährlichen Beitrag der Hauptversicherung und einer evtl. eingeschlossenen Zusatzversicherung, die durch die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung ggf. beitragsbefreit waren, – jedoch ohne eventuelle Stückkostenzuschläge – fällig werden. Bei vorzeitiger Beendigung durch Tod der versicherten Person oder Rückkauf wird der ggf. fällige Schluss-Überschussanteil für die verbleibende Dauer bis zum vereinbarten Ablauf der Versicherungsdauer für die Befreiung von der Beitragszahlungspflicht bzw. bis zum vereinbarten Ablauf der Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeitsrente mit 7,5 % p. a. diskontiert.

d) Laufende Berufsunfähigkeitsrente

Wird eine Berufsunfähigkeitsrente gezahlt, werden jährliche Überschussanteile jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres zugeteilt, erstmals, nachdem die Berufsunfähigkeitsrente für ein volles Versicherungsjahr geleistet wurde. Die Zuteilung erfolgt im Verhältnis zu der am Ende des jeweils abgelaufenen Versicherungsjahres vorhandenen Deckungsrückstellung der gesamten Berufsunfähigkeitsrente. Aus den Zuteilungen werden jeweils sofort beginnende zusätzliche Berufsunfähigkeitsrenten gebildet.

e) Die Höhe der Überschussanteile kann vom versicherten Beruf und von der Versicherungsdauer abhängen.

(4) Bewertungsreserven

Bei Beendigung der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung wird eine Beteiligung an den Bewertungsreserven fällig, sofern überhaupt vorhanden (Absatz 1d). Hierzu gilt Folgendes: Wir teilen Ihrer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung dann den für diesen Zeitpunkt zugeordneten Anteil an den Bewertungsreserven gemäß der jeweils geltenden gesetzlichen Regelung zu; derzeit sieht § 153 Absatz 3 VVG eine Beteiligung in Höhe der Hälfte der zugeordneten Bewertungsreserven vor. Der auf Ihre Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung entfallende Teilbetrag wird ausgezahlt. Voraussetzung ist, dass sich für unsere Kapitalanlagen am maßgebenden Stichtag nach Berücksichtigung der aufsichtsrechtlichen Regelungen zur Kapitalausstattung unseres Unternehmens positive Bewertungsreserven ergeben; der maßgebende Stichtag ist in unserem Geschäftsbericht genannt. Aufgrund aufsichtsrechtlicher Regelungen kann die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfallen. Der Vorstand unseres Unternehmens kann nach dem

gleichen Verfahren wie dem für die Ermittlung des Schluss-Überschussanteils (Absatz 3c) für jeden Vertrag einen Mindestwert für die Beteiligung an den Bewertungsreserven bestimmen. Dieser Mindestwert wird auf den nach dem vorstehenden Verfahren für Ihre Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung ermittelten Anteil an den Bewertungsreserven angerechnet.

(5) Information über die Höhe der Überschussbeteiligung

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

§ 15 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

- (1) Die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden.
- (2) Ansprüche aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung können Sie – anders als evtl. bei der Hauptversicherung – nicht abtreten oder verpfänden.
- (3) Spätestens wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung ganz oder teilweise erlischt, erlischt entsprechend der Versicherungsschutz aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung für künftige Versicherungsfälle. Bei Rentenversicherungen erlischt der Versicherungsschutz für künftige Berufsunfähigkeitsfälle spätestens mit dem Beginn der Rentenzahlung der Hauptversicherung. Absatz 17 bleibt unberührt.

Kündigung der Zusatzversicherung

- (4) Eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung können Sie – unter Beachtung der im entsprechenden Paragraphen der AVB für die Hauptversicherung genannten Termine – zusammen mit der Hauptversicherung oder für sich allein kündigen.
- (5) Bei einer Kündigung gemäß Absatz 4 erhalten Sie für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung – soweit vorhanden – einen Betrag, sofern wir keine Leistung aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung erbringen.

(6) Auszahlungsbetrag

Wir zahlen nach Kündigung den

- Rückkaufswert (Absatz 7, vorbehaltlich Absatz 5),
- vermindert um den Abzug (Absatz 8),
- erhöht um die Überschussbeteiligung (Absatz 9).

(7) Rückkaufswert

Der Rückkaufswert ist nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation für den maßgebenden Kündigungstermin berechnete Deckungsrückstellung*) der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung. Der Rückkaufswert entspricht mindestens dem Betrag der Deckungsrückstellung, die sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschlusskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Ist die vereinbarte Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung kürzer als fünf Jahre, verteilen wir diese Kosten auf die Versicherungsdauer. In jedem Fall beachten wir die aufsichtsrechtlichen

*) Eine Deckungsrückstellung müssen wir bilden, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können.

Höchstzillmersätze (siehe AVB für die Hauptversicherung).

(8) Abzug

Wir vereinbaren mit Ihnen – sofern die Zusatzversicherung nicht vorzeitig beitragsfrei gestellt wurde – einen Abzug von dem gemäß Absatz 7 ermittelten Wert. Die Höhe des Abzugs finden Sie in der Anlage des Antrags. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Das ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit dem Abzug der mit der Kündigung verbundene zusätzliche Verwaltungsaufwand und die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen werden. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer 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. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug finden Sie im Anhang zu den AVB der Hauptversicherung.

(9) Überschussbeteiligung

Für die Ermittlung des Auszahlungsbetrags nach Absatz 6 setzt sich die Überschussbeteiligung zusammen aus

- dem Schluss-Überschussanteil (§ 14 Abs. 3c) und
- den bei Kündigung vorhandenen, Ihrem Vertrag gemäß § 14 Abs. 4 zuzuteilenden Bewertungsreserven.

(10) Hinweis

Die Kündigung der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung kann für Sie Nachteile haben. Da die gezahlten Beiträge fast ausschließlich zur Deckung des versicherten Risikos und der Kosten für Abschluss sowie Verwaltung benötigt werden, ist nur ein geringer oder gar kein Rückkaufswert vorhanden. Nähere Informationen zum Rückkaufswert können Sie der Tabelle in der Anlage zum Antrag entnehmen.

(11) Beitragsfreistellung

Eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung können Sie – unter Beachtung der im entsprechenden Paragraphen der AVB für die Hauptversicherung genannten Termine – zusammen mit der Hauptversicherung oder für sich alleine beitragsfrei stellen, sofern wir keine Leistung aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung erbringen. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass ein Rückkaufswert gemäß Absatz 7 vorhanden ist und – bei einer Hauptversicherung nach Tarif VA4U – die beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente mindestens monatlich 25 € beträgt. In diesem Fall setzen wir die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente auf eine beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente herab. Diese wird nach folgenden Gesichtspunkten berechnet:

- nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik,
- für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode,
- unter Zugrundelegung des Rückkaufswertes (Absatz 7),
- vermindert um den Abzug (Absatz 12).

Erreicht bei einer Hauptversicherung nach Tarif VA4U die beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente nicht mindestens 25 € monatlich, zahlen wir bei alleiniger Beitragsfreistellung der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung den Rückkaufswert (Absatz 7) vermindert um den Abzug (Absatz 12) aus, bei Beitragsfreistellung der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung zusammen mit der Hauptversicherung verwenden wir den Rückkaufswert (Absatz 7)

vermindert um den Abzug (Absatz 12) zur Erhöhung der Leistungen aus der Hauptversicherung.

(12) Abzug

Wir vereinbaren mit Ihnen einen Abzug von dem für die Bildung der beitragsfreien Rente zur Verfügung stehenden Betrag. Die Höhe des Abzugs finden Sie in der Anlage des Antrags. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Das ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit dem Abzug die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Beitragsfreistellung 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. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug finden Sie im Anhang zu den AVB der Hauptversicherung.

Hinweis

- (13) Die Beitragsfreistellung der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung kann für Sie Nachteile haben. Da die gezahlten Beiträge fast ausschließlich zur Deckung des versicherten Risikos und der Kosten für Abschluss sowie Verwaltung benötigt werden, ist nur ein geringer oder gar kein Rückkaufswert als Basis für eine beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente vorhanden. Nähere Informationen zur beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente können Sie der Tabelle in der Anlage zum Antrag entnehmen.
- (14) Eine Fortführung der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung unter Befreiung von der Beitragszahlungspflicht gemäß Absatz 11 zusammen mit der Hauptversicherung ist allerdings nur möglich, sofern auch die Kriterien zur Beitragsfreistellung für die Hauptversicherung erfüllt sind.
- (15) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung gelten die Absätze 4 bis 14 entsprechend.
- (16) Erbringen wir Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, so berechnen wir die Leistungen aus der Hauptversicherung (Rückkaufswert, beitragsfreie Versicherungsleistung, Policendarlehen und Überschussbeteiligung der Hauptversicherung) so, als ob Sie den Beitrag unverändert weitergezahlt hätten.
- (17) Ansprüche aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, die auf bereits vor Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung eingetretener Berufsunfähigkeit beruhen, werden durch Rückkauf oder Umwandlung der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Versicherungsleistung oder durch Erlöschen der Hauptversicherung vor Ablauf der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nicht berührt.
- (18) **Prüfen einer möglichen Beitragsreduzierung bei bestimmten Tätigkeitswechseln**

Die Höhe des Beitrags ist auch abhängig von der ausgeübten Tätigkeit.

Ist die versicherte Person bei Versicherungsbeginn Schüler, können Sie während der Laufzeit des Vertrags ohne eine neue Gesundheitsprüfung die Höhe des Beitrags prüfen lassen.

Wenn Sie uns einen der folgenden Tätigkeitswechsel anzeigen, prüfen wir, ob Ihr aktueller Beitrag für die Zukunft reduziert werden kann:

- die versicherte Person wechselt als Schüler die Schulform oder
- die versicherte Person wechselt als Schüler in die Sekundarstufe 2 eines Gymnasiums oder einer Gesamtschule oder

- die versicherte Person nimmt ein Studium, eine Ausbildung oder erstmals eine Berufstätigkeit auf oder
- die versicherte Person hat die Schulausbildung erfolgreich abgeschlossen oder
- Die versicherte Person hat ein Studium erfolgreich abgeschlossen.

In diesen Fällen vergleichen wir Ihren aktuellen Beitrag mit dem Beitrag, den Sie zahlen würden, wenn der angezeigte Tätigkeitswechsel bereits bei Vertragsschluss vorgelegen hätte (fiktiver Beitrag). Ist dieser fiktive Beitrag im Zeitpunkt der Anzeige des Tätigkeitswechsels niedriger als Ihr aktueller Beitrag, werden wir diesen ab Zugang Ihrer Anzeige für die Zukunft entsprechend reduzieren.

Einen Antrag auf Überprüfung der Höhe des Beitrags können Sie spätestens drei Jahre nach Eintritt der oben genannten Tätigkeitswechsel in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) stellen.

Über das Ergebnis unserer Prüfung werden wir Sie zeitnah informieren.

Wenn unsere Prüfung zu einer Reduzierung der Höhe des Beitrags führt, berechnen wir die Höhe des Beitrags für die ab dem Zeitpunkt des Antragseingangs noch verbleibende Beitragszahlungsdauer neu. Dabei gelten dieselben Rechnungsgrundlagen und das Eintrittsalter der versicherten Person wie bei Beginn des Vertrages.

Bei Beginn des Vertrags vereinbarte Beitragszuschläge und/oder Leistungsausschlüsse bleiben in jedem Fall unberührt.

Wenn unsere Prüfung nicht zu einer Reduzierung der Höhe des Beitrags führt, bleibt der von Ihnen zu zahlende Beitrag unverändert.

§ 16 Wann können Sie die vereinbarte Versicherungsdauer Ihrer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung verlängern?

- (1) Wenn die Regelaltersgrenze in der Deutschen Rentenversicherung (§ 35 Sozialgesetzbuch, Sechstes Buch) oder im berufsständischen Versorgungswerk des entsprechenden Kammerberufs, in dem die versicherte Person Mitglied ist, erhöht wird, gilt Folgendes: Sie können verlangen, dass die Versicherungsdauer Ihrer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung maximal um die Zeitspanne verlängert wird, um die die Regelaltersgrenze für die versicherte Person erhöht wurde. Mit der Verlängerung der Versicherungsdauer verlängert sich auch die vereinbarte Leistungsdauer entsprechend.

(2) Voraussetzungen für die Verlängerung Ihrer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung

- Sie verlangen die Verlängerung der Versicherungsdauer Ihrer Zusatzversicherung innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der gesetzlichen Änderung zur Erhöhung der Regelaltersgrenze in der Deutschen Rentenversicherung.
- Wenn die versicherte Person Mitglied in einem berufsständischen Versorgungswerk ist, müssen Sie die Verlängerung der Versicherungsdauer innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der berufsständi-

schen Regelung zur Erhöhung der Regelaltersgrenze des entsprechenden Kammerberufs verlangen.

- Die versicherte Person darf bei der Verlängerung der Versicherungsdauer höchstens 50 Jahre alt sein.
- Die Versicherungsdauer ist mindestens bis zum Ende des Alters von 60 Jahren vereinbart.
- Die Versicherungsdauer bzw. Dauer bis zum vereinbarten Beginn der Rentenzahlung der Hauptversicherung ist mindestens bis zum Ende der Verlängerung der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung vereinbart oder kann gemäß den AVB zur Hauptversicherung ebenfalls entsprechend verlängert werden und wird dann auch entsprechend verlängert.
- Ihre Versicherung ist nicht nach § 15 Abs. 11 beitragsfrei gestellt.
- Es werden bzw. wurden aus diesem Vertrag oder anderen Verträgen bei unserer Gesellschaft noch keine Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit, Invalidität, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit, einer schweren Krankheit oder Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit der versicherten Person beantragt oder erbracht.
- Berufsspezifische Höchstaltergrenzen der Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung behalten ihre Gültigkeit.

(3) Auswirkungen

Die Höhe der entsprechend Ihrem Tarif versicherten Leistungen bei Berufsunfähigkeit bleibt unverändert. Ab dem Zeitpunkt der Vereinbarung über die Verlängerung legen wir den künftigen Beitrag bezogen auf die neue Versicherungsdauer nach versicherungsmathematischen Grundsätzen neu fest. Dabei können wir auch andere als bei Vertragsabschluss verwendete Rechnungsgrundlagen zugrunde legen, sofern wir diese dann auch für gleichartige neu abzuschließende Versicherungen verwenden. Die vereinbarte Beitragszahlungsdauer verlängert sich entsprechend der verlängerten Versicherungsdauer, sofern Sie nicht ausdrücklich eine abgekürzte Beitragszahlungsdauer wünschen. In jedem Fall erhöht sich der Beitrag infolge der verlängerten Versicherungs- und Leistungsdauer. Auf Wunsch informieren wir Sie im Vorfeld über die konkreten Auswirkungen bei Ihrem Vertrag.

§ 17 Was ist bei Auslandsaufenthalten zu beachten?

- (1) Der Versicherungsschutz aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung gilt weltweit.
- (2) Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden, sofern die versicherte Person transportfähig ist. In diesem Fall übernehmen wir die Untersuchungskosten sowie die vorher mit uns abgestimmten Reise- und Aufenthaltskosten. Hält sich die versicherte Person außerhalb Deutschlands in einem Mitgliedstaat des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz auf, akzeptieren wir auch ärztliche Untersuchungen im Staat des Aufenthalts, wenn uns die Untersuchungsberichte in deutscher Sprache vorgelegt werden.

Anhang der Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung zur Definition der nach § 2 Abs. 6 versicherten Krebserkrankungen

- (1) Krebs im Sinne dieser Bedingungen ist ein histologisch nachgewiesener bösartiger Tumor, der durch unkontrolliertes Wachstum sowie das Eindringen in anderes Gewebe mit Tendenz zur Metastasenbildung gekennzeichnet ist. Unter den Begriff „Krebs“ fallen auch die Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin. Die Diagnose muss durch Vorlage des histologischen – bzw. für Leukämien zytologischen – Befundes durch einen qualifizierten Arzt (Onkologen oder Pathologen) bestätigt sein.
- (2) Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:
- a) Alle Krebserkrankungen, die ausschließlich auf Basis molekularer oder biochemischer Verfahren nachgewiesen werden (z. B. durch den Nachweis von Tumor-DNA im Blut)
 - b) Carcinoma-in-situ (einschließlich Zervixdysplasie der CIN-Klassifikationen CIN-1, CIN-2 und CIN-3 und der PAP-Klassifikationen PAP-1 bis PAP-4) oder prä-maligne und nicht-invasive Formen.
 - c) Morbus Hodgkin und Non-Hodgkin-Lymphome der Klasse 1 (Ann-Arbor-Klassifikation)
 - d) Leukämie, sofern diese keine Anämie verursacht hat
 - e) Hautkrebs und Melanome, die ein histologisch nachgewiesenes Tumorstadium I oder II der TNM-Klassifikation oder eine Eindringtiefe von weniger als 1,5 Millimetern nach der Breslow-Methode haben. Liegt aber eine Fernmetastasenbildung vor, so werden wir leisten.
 - f) Prostatakrebs der histologisch nachgewiesenen TNM-Klassifikation T1N0M0
 - g) Schilddrüsenkrebs der histologisch nachgewiesenen TNM-Klassifikation T1N0M0
- (3) Nach diesen Bedingungen besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn
- a) erstmalige Symptome innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes auftreten oder
 - b) eine Diagnose von Krebs innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes erfolgt.
- Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt dieselbe Wartezeit für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut.

Qualifizierte Ärzte

Qualifizierte Ärzte im Sinne dieser Versicherungsbedingungen und der Anlage sind Fachärzte/-innen, die in einem der folgenden Staaten eine gültige staatliche Zulassung als Facharzt besitzen und aktive Mitglieder der dort ansässigen Ärztekammer sind: ein Mitgliedstaat der EU, Australien, Island, Kanada, Liechtenstein, Neuseeland, Norwegen, die Schweiz und die USA. Wir können auf Antrag auch Fachärzte, die in einem anderen Staat eine Zulassung besitzen und Mitglied der entsprechenden Ärztekammer sind, als qualifizierte Ärzte anerkennen. Als qualifizierte Ärzte kommen nicht in Frage die versicherte Person selbst und der Versicherungsnehmer, ein Lebens- bzw. Ehepartner oder ein Verwandter der versicherten Person sowie ein Lebens- bzw. Ehepartner oder ein Verwandter des Versicherungsnehmers.

Zusatzvereinbarung zur Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung – Berücksichtigung von gesundheitsbewusstem Verhalten im Rahmen der Überschussbeteiligung

Bei Ermittlung der Beitragshöhe für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung legen wir unter anderem den Gesundheitszustand der versicherten Person zum Zeitpunkt der Antragstellung zugrunde, und zwar auf Basis der Beantwortung der entsprechenden Antragsfragen und ggf. weiterer medizinischer Informationen. Außerdem berücksichtigen wir gesundheitsbewusstes Verhalten der versicherten Person, indem wir die Beitragshöhe danach unterscheiden, ob sie Raucher oder Nichtraucher ist.

Sofern wir es mit Ihnen im Versicherungsschein oder einem Nachtrag vereinbart haben, berücksichtigen wir darüber hinaus auch bei den auf den Beitrag angerechneten Überschussanteilen der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung während der Beitragszahlungsdauer nachgewiesenes gesundheitsbewusstes Verhalten der versicherten Person. Hierfür gelten die folgenden Regelungen:

Die nach den in § 14 Abs. 1 bis 3 der Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZVB) ermittelten, auf die Beitragszahlung angerechneten Überschussanteile werden auf der Grundlage des gesundheitsbewussten Verhaltens der versicherten Person erhöht oder vermindert.

Zusätzliche Generali Vitality Überschussbeteiligung durch Teilnahme am Generali Vitality Programm

Nimmt die versicherte Person am Generali Vitality Programm teil, kann Ihre Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung eine zusätzliche Überschussbeteiligung erhalten (Generali Vitality Überschussbeteiligung). Eine Generali Vitality Überschussbeteiligung können wir nach Maßgabe der folgenden Vereinbarungen jedoch nur gewähren, wenn Ihrem jeweiligen Vertrag eine Überschussbeteiligung nach § 14 Abs. 3 a) zugeteilt wird und Beiträge für Ihre Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung gezahlt werden.

Teilnahme am Generali Vitality Programm

Das Generali Vitality Programm ist ein Gesundheits- und Belohnungsprogramm, das seine Mitglieder zu einem gesünderen und aktiveren Leben motiviert. Bei unseren Annahmen zur Entwicklung von Versicherungsleistungen gehen wir davon aus, dass versicherte Personen, die sich an diesem Programm beteiligen, weniger Versicherungsfälle verursachen. Daher soll diesen Verträgen nach dem Grundsatz der Verursachungsorientierung auch eine zusätzliche Überschussbeteiligung zugeteilt werden. Denn diese Verträge werden im Rahmen der jährlichen Gewinnerlegung separat betrachtet.

Für die Teilnahme der versicherten Person am Generali Vitality Programm ist der Abschluss eines eigenständigen und kostenpflichtigen Mitgliedsvertrages bei der Generali Engagement Solutions GmbH erforderlich (Generali Vitality Mitgliedschaft), die das Programm betreibt. Für die Generali Vitality Mitgliedschaft gelten die eigenen Teilnahmebedingungen der Generali Engagement Solutions GmbH. Im Rahmen der Teilnahme kann die versicherte Person abhängig von ihrer Beteiligung an dem Gesundheitsprogramm vier verschiedene Stufen des Generali Vitality Status erreichen. Das sind die Stufen Bronze, Silber, Gold und Platin. In aufsteigender Reihenfolge bedeutet hierbei Bronze den niedrigsten erreichbaren Status und Platin den höchsten erreichbaren Status. Mindestens Bronze erreicht die versicherte Person im Rahmen ihrer Mitgliedschaft immer. Bei der Ermittlung des jeweiligen Generali Vitality Status können die in den Teilnahmebedingungen der Generali Engagement Solutions GmbH im Einzelnen beschriebenen gesundheitsbewussten Aktivitäten einfließen, insbesondere

- Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen sowie
- Bewegung und Sport.

In der für die Generali Vitality Mitgliedschaft der versicherten Person aktuell gültigen Übersicht „Punkte und Vorteile“ ist im Einzelnen festgelegt, welche gesundheitsbewussten Aktivitäten mit welcher Punktezahl belohnt werden. Abhängig von der erreichten Punktezahl ergibt sich ein Generali Vitality Status in den vorgenannten Stufen Bronze, Silber, Gold oder Platin. Die Generali Engagement Solutions GmbH kann die Übersicht „Punkte und Vorteile“ entsprechend den Teilnahmebedingungen anpassen.

Die Höhe der Generali Vitality Überschussbeteiligung hängt mit Ausnahme der beiden ersten Versicherungsjahre vom erreichten Generali Vitality Status ab. Den Generali Vitality Status müssen Sie uns ab dem dritten Versicherungsjahr zu dem maßgeblichen Bewertungsstichtag mitteilen. Die versicherte Person kann diese Mitteilung im Rahmen ihrer Mitgliedschaft bei der Generali Engagement Solutions GmbH auch in ihrem Auftrag an uns übermitteln lassen. Eine solche Übermittlung an uns muss die versicherte Person dann entsprechend mit der Generali Engagement Solutions GmbH vereinbaren. Die Beitragseinstufung aufgrund des Gesundheitszustands bei Vertragsbeginn und des gesundheitsbewussten Verhaltens gemäß dem Rauchverhalten der versicherten Person bleibt hiervon unberührt.

Überschussbeteiligung bei Teilnahme am Generali Vitality Programm in den ersten zwei Versicherungsjahren

Nimmt die versicherte Person zum Zeitpunkt des Abschlusses des Versicherungsvertrages am Generali Vitality Programm teil, wird der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung für die ersten beiden Versicherungsjahre jährlich eine feste zusätzliche Generali Vitality Überschussbeteiligung zugeteilt. Die Höhe dieser zusätzlichen Überschussbeteiligung entspricht dem in Ihrem Versicherungsschein genannten Prozentsatz des jeweiligen Referenzbeitrags^{**)}, um die sich der Zahlbeitrag gegenüber dem Referenzbeitrag in diesen ersten beiden Versicherungsjahren zusätzlich reduziert. Dementsprechend ist der Generali Vitality Status, den die versicherte Person im Rahmen des Generali Vitality Programms erreicht hat, für die Höhe der Generali Vitality Überschussbeteiligung zu Ihrem Vertrag in den ersten beiden Versicherungsjahren nicht relevant. Entscheidend ist entsprechend den von uns getroffenen Annahmen zur Entwicklung des Risikoergebnisses allein die Teilnahme einer versicherten Person an dem Generali Vitality Programm.

Überschussbeteiligung bei Teilnahme am Generali Vitality Programm ab dem dritten Versicherungsjahr

Ab dem dritten Versicherungsjahr richtet sich die Höhe der Generali Vitality Überschussbeteiligung für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung dagegen entsprechend den von uns getroffenen Annahmen nach der Entwicklung des Risikoergebnisses und dem jeweiligen Generali Vitality Status, den die versicherte Person drei Monate vor dem jeweiligen Versicherungsjahrestag (Vitality Bewertungsstichtag) erreicht hat und der uns zu eben diesem Bewertungsstichtag von Ihnen oder der Generali Engagement Solutions GmbH übermittelt wird. Der Versicherungsjahrestag ist der Tag im jeweiligen Jahr, der dem Beginnatum Ihrer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung entspricht. Je nachdem, welcher Generali Vitality Status uns zum jährlichen Vitality Bewertungsstichtag übermittelt wird, reduziert oder erhöht sich der für das betreffende

^{**) Referenzbeitrag ist der Beitrag, der sich aus dem Tarifbeitrag nach Minderung um den gemäß dem Paragraphen „Wie erfolgt die}

Überschussbeteiligung?“ der jeweiligen Tarifbestimmung ermittelten, auf den Beitrag angerechneten Überschussanteile ergibt.

Versicherungsjahr zu zahlende Beitrag, der sog. Zahlbeitrag, gegenüber demjenigen des Vorjahres.

Somit kann sich der Zahlbeitrag in Ihrer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung demjenigen des Vorjahres (z. B. der Zahlbeitrag im dritten Versicherungsjahr gegenüber dem Zahlbeitrag im zweiten Versicherungsjahr oder der Zahlbeitrag im vierten Versicherungsjahr gegenüber dem Zahlbeitrag des dritten Versicherungsjahres) aufgrund der zusätzlichen Generali Vitality Überschussbeteiligung ab dem dritten Versicherungsjahr weiter reduzieren. Dies setzt aber voraus, dass die versicherte Person zum jeweiligen jährlichen Bewertungsstichtag den Generali Vitality Status Gold oder Platin erreicht hat. Im Platinstatus steigt die Generali Vitality Überschussbeteiligung schneller als im Goldstatus. Folglich reduziert sich der Zahlbeitrag im Platinstatus schneller als im Goldstatus. Die Generali Vitality Überschussbeteiligung kann aber nicht über einen deklarierten Prozentsatz hinaus steigen (maximaler Prozentsatz), so dass der Zahlbeitrag wiederum nicht unbegrenzt fallen kann. In den Jahren bis 2023 betrug die maximal mögliche Reduzierung des Referenzbeitrags durch die Generali Vitality Überschussbeteiligung 16 %. Hieraus kann aber keine Vorhersage für die Zukunft getroffen werden.

Umgekehrt kann sich der Zahlbeitrag gegenüber demjenigen des Vorjahres aufgrund der Generali Vitality Überschussbeteiligung ab dem dritten Versicherungsjahr erhöhen, wenn die versicherte Person lediglich den Generali Vitality Status Bronze oder Silber erreicht. Im Bronzestatus sinkt die Generali Vitality Überschussbeteiligung schneller als im Silberstatus. Folglich erhöht sich der Zahlbeitrag im Bronzestatus schneller als im Silberstatus. Die Generali Vitality Überschussbeteiligung kann aber nicht unter einen vertragsindividuellen Prozentsatz fallen, so dass der Zahlbeitrag nicht unbegrenzt steigen kann. Der vertragsindividuelle Prozentsatz ist bei Vertragsbeginn so festgelegt, dass – auf Basis der zu diesem Zeitpunkt deklarierten Höhe der Überschussanteilsätze und insbesondere unserer Annahmen zur Entwicklung des Risikoergebnisses – die Summe der Zahlbeiträge nicht größer wird als im Falle keiner Statusberücksichtigung der versicherten Person im Vertrag, also so, als ob die versicherte Person nicht am Generali Vitality-Programm teilnimmt.

Die Höhe der zukünftigen zusätzlichen Generali Vitality Überschussbeteiligung hängt zum einen vom Generali Vitality Status ab, den die versicherte Person zum Bewertungsstichtag erreicht hat, und zum anderen von der Deklaration der Überschussanteilsätze des jeweiligen Jahres. Diese zusätzliche Überschussbeteiligung entfällt, wenn unsere Annahmen zur Entwicklung des Risikoergebnisses nicht eintreten und sich die Teilnahme gar nicht auf die Höhe des Risikoergebnisses auswirkt.

Information über Generali Vitality Überschussbeteiligung

Wir informieren Sie jährlich rechtzeitig vor dem Versicherungsjahrestag konkret zu den ab dem dritten Versicherungsjahr von dem erreichten Generali Vitality Status abhängigen Zu- oder Abnahmen Ihres zu zahlenden Beitrags, sofern sich der Zahlbeitrag gegenüber dem Vorjahr ändert. In unserem jährlichen Geschäftsbericht erhalten Sie ebenfalls Informationen zur Deklaration der Überschussanteilsätze, insbesondere zu dem jeweils festgelegten maximalen Prozentsatz im Rahmen der Generali Vitality Überschussbeteiligung.

Wie sich der Generali Vitality Status auf die Generali Vitality Überschussbeteiligung auswirken kann, soll anhand eines unverbindlichen Beispiels dargestellt werden.

Unverbindliches Beispiel zur Wirkungsweise der Generali Vitality Überschussbeteiligung

angenommener Tarifbeitrag für Ihre Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung	86,21 €
angenommener Referenzbeitrag (um den auf den Beitrag angerechneten Überschussanteil gemäß den Tarifbestimmungen reduzierter Tarifbeitrag, ohne Berücksichtigung der Generali Vitality Überschussbeteiligung)	50,00 €
Zusätzliche Überschussbeteiligung in den ersten beiden Versicherungsjahren durch die Generali Vitality Überschussbeteiligung (10 % des Referenzbeitrages)	5,00 €
Zahlbeitrag mit Generali Vitality Überschussbeteiligung in den ersten beiden Versicherungsjahren	45,00 €
Mögliche statusabhängige Veränderungen im dritten Versicherungsjahr	somit Zahlbeitrag
• Bronze (2 % Zahlbeitragserhöhung)	+0,90 €
• Silber (0,75 % Zahlbeitragserhöhung)	+0,34 €
• Gold (0,5 % Zahlbeitragsreduzierung)	–0,23 €
• Platin (1,25 % Zahlbeitragsreduzierung)	–0,56 €
Spannbreite der Höhe des Zahlbeitrages in der Zeit ab dem vierten Versicherungsjahr	
• minimaler Zahlbeitrag bei maximaler Höhe der Generali Vitality Überschussbeteiligung	42,00 €
• maximaler Zahlbeitrag bei minimaler Höhe der Generali Vitality Überschussbeteiligung (bei 30 Jahren vereinbarter Beitragszahlungsdauer)	50,93 €

Alle genannten Prozentsätze können jährlich neu deklariert werden.

Folgen bei Kündigung der Vitality Mitgliedschaft oder bei Widerspruch gegen die Mitteilung des Generali Vitality Status der versicherten Person

Sofern wir zum Versicherungsjahrestag den Generali Vitality Status der versicherten Person aus Gründen nicht übermittelt bekommen, die Sie oder die versicherte Person zu vertreten haben, wird Ihr Vertrag hinsichtlich der Generali Vitality Überschussbeteiligung für das jeweils betroffene Versicherungsjahr so behandelt, als hätte die versicherte Person den Generali Vitality Status Bronze.

Sobald wir wieder rechtzeitig vor dem Versicherungsjahrestag über den Generali Vitality Status informiert werden, ermitteln wir die zusätzlichen Überschussanteile wieder entsprechend dem übermittelten Status.

Folgen bei Einstellung des Generali Vitality Programmes

Sofern das Generali Vitality Programm während der Dauer Ihres Versicherungsvertrags nicht mehr angeboten wird und weder ein Unternehmen der Generali Deutschland Gruppe noch ein drittes Unternehmen in Deutschland ein anderes geeignetes Programm anbietet, das das Generali Vitality Programm für die Zwecke der zusätzlichen Generali Vitality Überschussbeteiligung ersetzen könnte, werden wir Ihrem Vertrag stattdessen fortan nur noch einen verursachungsorientierten verhaltensunabhängigen Überschussanteil nach Maßgabe des § 14 BUZVB zuteilen.

Sondervereinbarung zur Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung für Zeit- und Berufssoldaten der Bundeswehr – Dienstunfähigkeitsklausel für Soldaten

Ergänzung zu den

- **Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung**
- **Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung**
- **Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung**

1. Wann liegt Berufsunfähigkeit aufgrund von Dienstunfähigkeit vor?

Handelt es sich bei der versicherten Person der Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung um einen Soldaten auf Zeit oder einen Berufssoldaten der Bundeswehr, liegt – sofern vereinbart – Berufsunfähigkeit im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung auch dann vor, wenn die versicherte Person nach folgenden Kriterien dienstunfähig ist:

Dienstunfähigkeit des Soldaten auf Zeit

Der Soldat auf Zeit ist dienstunfähig,

- wenn er vor Ablauf der Zeit, für die er in das Dienstverhältnis eines Soldaten auf Zeit berufen ist, gemäß § 55 Absatz 2 Soldatengesetz (SG) ausschließlich wegen medizinisch festgestellter Dienstunfähigkeit entlassen worden ist

oder

- wenn er trotz medizinisch festgestellter Dienstunfähigkeit wegen des innerhalb der nächsten sechs Monate bevorstehenden Ablaufs seiner Dienstzeit nicht nach § 55 Absatz 2 SG entlassen wird, so dass er nach § 54 Absatz 1 SG aus der Bundeswehr ausscheidet.

Dienstunfähigkeit des Berufssoldaten der Bundeswehr

Der Berufssoldat ist dienstunfähig,

- wenn er vor Erreichen der gesetzlich vorgeschriebenen Altersgrenze nach § 44 Absatz 3 Soldatengesetz (SG) ausschließlich infolge seines Gesundheitszustands wegen medizinisch festgestellter Dienstunfähigkeit in den Ruhestand versetzt worden ist

oder

- wenn er vor Erreichen der gesetzlich vorgeschriebenen Altersgrenze gemäß § 46 Absatz 2 Ziffer 6 i.V.m. § 44 Absatz 3 und 5 SG ausschließlich infolge seines Gesundheitszustands wegen medizinisch festgestellter Dienstunfähigkeit entlassen worden ist.

2. Welche Versicherungsleistungen erbringen wir bei Berufsunfähigkeit aufgrund von Dienstunfähigkeit?

Leistung bei Dienstunfähigkeit des Soldaten auf Zeit

Wir erbringen die versicherten Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung bei Entlassung bzw. Ausscheiden der versicherten Person aus der Bundeswehr für den Zeitraum von 24 Monaten, sofern die Anspruchsvoraus-

setzungen bestehen. Spätestens nach Ablauf dieses Zeitraums werden keine Leistungen wegen Dienstunfähigkeit mehr fällig. Wir erbringen aber Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, sofern eine Berufsunfähigkeit im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung vorliegt, was vom Ansprucherhebenden nachzuweisen ist.

Leistung bei Dienstunfähigkeit des Berufssoldaten der Bundeswehr

a) Versetzung in den Ruhestand

Wir erbringen die versicherten Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung, sofern die versicherte Person ein Ruhegehalt oder einen Unterhaltsbeitrag im Sinne des Soldatenversorgungsgesetzes (SVG) bezieht. Die Leistungen erbringen wir höchstens für den Zeitraum von 24 Monaten, sofern die Anspruchsvoraussetzungen bestehen.

b) Entlassung

Wir erbringen die versicherten Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung bei Entlassung der versicherten Person aus der Bundeswehr für den Zeitraum von 24 Monaten, sofern die Anspruchsvoraussetzungen bestehen.

Spätestens nach Ablauf des Zeitraums für Leistungen nach den vorstehenden Abschnitten a) und b) werden keine Leistungen wegen Dienstunfähigkeit mehr fällig. Wir erbringen aber Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, sofern eine Berufsunfähigkeit im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung vorliegt, was vom Ansprucherhebenden nachzuweisen ist.

3. Welche Unterlagen sind uns zum Nachweis der Dienstunfähigkeit vorzulegen?

Zum Nachweis der Berufsunfähigkeit aufgrund von Dienstunfähigkeit sind uns zusätzlich zu den in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung genannten Auskünften und Nachweisen folgende Unterlagen vorzulegen:

- a) eine beglaubigte Abschrift des Bescheids über die Versetzung in den Ruhestand bzw. über die Entlassung,

- b) Nachweise über Versorgungsbezüge nach dem Soldatenversorgungsgesetz,
- c) das Zeugnis des Amts- oder Truppenarztes oder eines vom Dienstherrn als Gutachter beauftragten Arztes.

Bis zur Vorlage der erforderlichen Nachweise können wir die Versicherungsleistungen zurückbehalten.

4. Welche Mitteilungspflichten sind während des Bezugs von Versicherungsleistungen aufgrund von Dienstunfähigkeit zu beachten, und wann stellen wir unsere Leistungen ein?

- a) Nach Eintritt der Berufsunfähigkeit aufgrund von Dienstunfähigkeit sind der Versicherungsnehmer und die versicherte Person verpflichtet, uns die Wiedererlangung der Dienstfähigkeit unverzüglich mitzuteilen. Ebenso ist uns unverzüglich mitzuteilen, wenn die versicherte Person keine Versorgungsbezüge bzw. kein Ruhegehalt oder keinen Unterhaltsbeitrag mehr bezieht. Mit der Wiedererlangung der Dienstfähigkeit sowie dem Wegfall der Versorgungsbezüge bzw. von Ruhegehalt oder Unterhaltsbeitrag liegt eine Berufsunfähigkeit im Sinne von Ziffer 1 nicht mehr vor. In diesem Fall legen wir die Veränderung in Textform dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Ansprucherhebenden in Textform mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird frühestens mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden. Wir erbringen aber Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, sofern eine Berufsunfähigkeit im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung vorliegt, was vom Ansprucherhebenden nachzuweisen ist.
- b) Wir sind berechtigt, nach einem Jahr das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit im Sinne von Ziffer 1 nachzuprüfen. Dazu sind der Versicherungsnehmer und die versicherte Person verpflichtet, uns auf Verlangen nachzuweisen, dass die Dienstunfähigkeit der versicherten Person weiter besteht. Der Nachweis ist in gleicher Weise wie unter Ziffer 3 beschrieben zu führen.

5. Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit aufgrund von Dienstunfähigkeit?

Solange die Mitwirkungspflicht nach Ziffer 3 oder 4 vom Versicherungsnehmer, der versicherten Person oder dem Ansprucherhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt worden ist. Die Ansprüche aus der Versicherung 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 Sondervereinbarung und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

6. Welche sonstigen Bestimmungen sind zu beachten?

- (1) Soweit in dieser Sondervereinbarung nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung auf den Versicherungsvertrag Anwendung. Dies gilt insbesondere für den Fall, dass eine Berufsunfähigkeit unabhängig von einer Dienstunfähigkeit vorliegt.
- (2) Zur besseren Lesbarkeit haben wir davon abgesehen, jeweils die weibliche und die männliche Form ausdrücklich zu verwenden. Wo „Soldat“ genannt wird, ist jeweils auch „Soldatin“ gemeint.

Sondervereinbarung zur Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung für Heilberufe – Infektionsklausel Heilberufe

Ergänzung zu den

- **Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung**
- **Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung**
- **Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung**

1. Wann liegt Berufsunfähigkeit aufgrund eines vollständigen Tätigkeitsverbotes vor?

Übt die versicherte Person der Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung einen medizinischen oder pflegerischen Beruf im Gesundheitswesen aus, liegt – sofern vereinbart – Berufsunfähigkeit im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung vor, wenn eine gesetzliche Vorschrift oder eine behördliche Verfügung der versicherten Person verbietet, ihre bisherige berufliche Tätigkeit wegen einer von ihr ausgehenden Infektionsgefahr für andere Personen fortzuführen (vollständiges Tätigkeitsverbot) und sich dieses vollständige Tätigkeitsverbot auf einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erstreckt.

Berufsunfähigkeit im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung liegt nicht vor, wenn die versicherte Person eine andere, ihrer Ausbildung und Erfahrung entsprechende Tätigkeit tatsächlich ausübt und diese Tätigkeit ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

2. Welcher Termin gilt als Eintritt der Berufsunfähigkeit?

Maßgebend für den Eintritt der Berufsunfähigkeit im Falle von Ziffer 1 ist das Datum, an dem uns die Verfügung für das vollständige Tätigkeitsverbot vorgelegt wird.

3. Welche Unterlagen sind uns vorzulegen?

- a) Zum Nachweis der Berufsunfähigkeit im Sinne von Ziffer 1 ist uns die Verfügung für das vollständige Tätigkeitsverbot und die Begründung hierfür im Original oder als amtlich beglaubigte Kopie vorzulegen.
- b) Sollte nach Vorlage der Unterlagen gemäß Ziffer 3 a) eine abschließende Entscheidung nicht möglich sein, behalten wir uns vor, ergänzende Informationen oder eine weitere Begutachtung der versicherten Person anzufordern.

4. Welche Mitteilungspflichten sind während des Bezugs von Berufsunfähigkeits-Leistungen zu beachten, und wann stellen wir unsere Berufsunfähigkeitsleistungen ein?

- a) Nach Eintritt der Berufsunfähigkeit im Sinne der Ziffer 1 sind der Versicherungsnehmer und die versicherte Person verpflichtet, uns die Aufhebung des vollständigen

Tätigkeitsverbots unverzüglich mitzuteilen. Mit der Aufhebung des vollständigen Tätigkeitsverbots liegt eine Berufsunfähigkeit im Sinne von Ziffer 1 nicht mehr vor. In diesem Fall legen wir die Veränderung in Textform dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Anspruchs erhebenden in Textform mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird frühestens mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.

- b) Wir sind berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit im Sinne von Ziffer 1 nachzuprüfen. Dazu sind der Versicherungsnehmer und die versicherte Person verpflichtet, uns auf Verlangen in Abständen von jeweils einem Jahr nachzuweisen, dass das vollständige Tätigkeitsverbot der versicherten Person weiter besteht. Der Nachweis ist in gleicher Weise wie unter Ziffer 3 a) beschrieben zu führen; er darf nicht älter als drei Monate sein.

5. Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?

Solange die Mitwirkungspflicht nach Ziffer 3 oder 4 vom Versicherungsnehmer, der versicherten Person oder dem Anspruchs erhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt worden ist. Die Ansprüche aus der Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung 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 Sondervereinbarung und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

6. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung nach Maßgabe der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung oder dieser Sondervereinbarung sind ausgeschlossen, wenn die Berufsunfähig-

keit durch Infektionen verursacht wird, die unmittelbar oder mittelbar auf einer Sucht oder auf Drogenmissbrauch beruhen. Hiervon unberührt bleiben die sonstigen Ausschlüsse in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufs-

unfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung.

Sondervereinbarung zur Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung für Flugbegleiter(innen) – Flugbegleiterklausel

Ergänzung zu den

- **Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung**
- **Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung**
- **Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung**

1. Wann liegt Berufsunfähigkeit aufgrund von Fluguntauglichkeit vor?

Handelt es sich bei der versicherten Person der Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung um eine(n) Flugbegleiter(in), liegt – sofern vereinbart – Berufsunfähigkeit im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung auch dann vor, wenn festgestellt wird, dass die versicherte Person allein aus gesundheitlichen Gründen gemäß den Leitlinien der Berufsgenossenschaft für Fahrzeughaltungen (BGF) für die arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung bei fliegendem Personal (Kabine) bzw. in Anlehnung an die Kriterien für Tauglichkeitsgrad III des Luftfahrtpersonals aufgrund dauernder gesundheitlicher Bedenken nicht mehr als Flugbegleiter(in) eingesetzt werden kann.

2. Welche Voraussetzung muss für eine Leistung aufgrund von Fluguntauglichkeit vorliegen?

Gesamtvoraussetzung für eine Leistung aufgrund dauernder gesundheitlicher Bedenken gegen den Einsatz als Flugbegleiter(in) ist, dass die Untersuchung in Deutschland von einem Arbeitsmediziner mit flugmedizinischer Erfahrung, alternativ von einer fliegerärztlichen Stelle mit Zulassung zur Prüfung des Flugtauglichkeits-Grades I und Erfahrung in der Beurteilung von Flugbegleitern, vorgenommen wurde.

3. Welcher Termin gilt als Eintritt der Berufsunfähigkeit?

Maßgebend für den Eintritt der Berufsunfähigkeit im Falle von Ziffer 1 ist das Datum, mit dem die Fluguntauglichkeit aufgrund dauernder gesundheitlicher Bedenken festgestellt wurde.

4. Welche Unterlagen sind uns vorzulegen?

- a) Zum Nachweis der Berufsunfähigkeit im Sinne von Ziffer 1 sind uns die Unterlagen zur ärztlichen Untersuchung mit dem Ergebnis der dauernden gesundheitlichen Bedenken gegen den Einsatz als Flugbegleiter(in) sowie eine Mitteilung des Arbeitgebers über die Beendigung der Tätigkeit im fliegerischen Dienst vorzulegen.
- b) Sollte nach Vorlage der Unterlagen gemäß Ziffer 4 a) eine abschließende Entscheidung nicht möglich sein, behalten wir uns vor, ergänzende Informationen oder eine weitere Begutachtung der versicherten Person anzufordern.

5. Welche Mitteilungspflichten sind während des Bezugs von Berufsunfähigkeits-Leistungen zu beachten, und wann stellen wir unsere Berufsunfähigkeitsleistungen ein?

- a) Nach Eintritt der Berufsunfähigkeit im Sinne der Ziffer 1 sind der Versicherungsnehmer und die versicherte Person verpflichtet, uns die Wiedererlangung der Einsatzfähigkeit als Flugbegleiter(in) gemäß den Leitlinien der BGF für die arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung bei fliegendem Personal (Kabine) bzw. in Anlehnung an die Kriterien für Tauglichkeitsgrad III des Luftfahrtpersonals unverzüglich mitzuteilen. Mit der Wiedererlangung der Einsatzfähigkeit als Flugbegleiter(in) liegt eine Berufsunfähigkeit im Sinne von Ziffer 1 nicht mehr vor. In diesem Fall legen wir die Veränderung in Textform dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Ansprucherhebenden in Textform mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird frühestens mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.
- b) Wir sind berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit im Sinne von Ziffer 1 nachzuprüfen. Dazu ist die versicherte Person verpflichtet, uns auf Verlangen in Abständen von jeweils einem Jahr nachzuweisen, dass die dauernden gesundheitlichen Bedenken gegen einen Einsatz als Flugbegleiter(in) gemäß den Leitlinien der BGF für die arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung bei fliegendem Personal (Kabine) bzw. in Anlehnung an die Kriterien für Tauglichkeitsgrad III des Luftfahrtpersonals weiter bestehen. Der Nachweis ist in gleicher Weise wie unter Ziffer 4 beschrieben zu führen. Im Rahmen der Nachprüfung prüfen wir insbesondere, ob die versicherte Person – auch bei dauernden gesundheitlichen Bedenken gegen den Einsatz als Flugbegleiter(in) – eine andere, ihrer Ausbildung und ihren Fähigkeiten sowie ihrer bisherigen Lebensstellung entsprechende berufliche Tätigkeit ausübt, zu der sie aufgrund ihrer gesundheitlichen Verhältnisse zu mehr als 50 % in der Lage ist.

6. Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?

Solange die Mitwirkungspflicht nach Ziffer 4 oder 5 vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person oder dem Ansprucherhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt worden ist. Die Ansprüche aus der Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststel-

lung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Sondervereinbarung und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

7. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung nach Maßgabe der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung oder dieser Sonder-

vereinbarung sind ausgeschlossen, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht wird durch Schwangerschaft oder durch Gesundheitsstörungen

- a) nervöser oder psychischer Art, es sei denn, dass diese durch einen Unfall, den die versicherte Person selbst erlitten hat, oder durch ein während der Versicherungsdauer entstandenes organisches Leiden hervorgerufen sind,
- b) die unmittelbar oder mittelbar auf einer Sucht oder auf Drogen- bzw. Alkoholmissbrauch beruhen.

Hiervon unberührt bleiben die sonstigen Ausschlüsse in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung.

Sondervereinbarung zur Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung für Piloten, Flugingenieure, Bordfunker, Bordwarte oder Flugnavigatoren (Luftfahrer) – Fluguntauglichkeitsklausel

Ergänzung zu den

- **Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung**
- **Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung**
- **Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung**

1. Wann liegt Berufsunfähigkeit aufgrund von Fluguntauglichkeit vor?

Handelt es sich bei der versicherten Person der Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung um einen ausgebildeten Piloten, Flugingenieur, Bordfunker, Bordwart oder Flugnavigator, liegt – sofern vereinbart – Berufsunfähigkeit im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung auch dann vor, wenn durch ein Gutachten der Deutschen Forschungs- und Versuchsanstalt für Luft- und Raumfahrt, Köln-Porz, oder der sonst für die amtliche fliegerärztliche Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland zuständigen Stelle festgestellt wird, dass die versicherte Person aus gesundheitlichen Gründen voraussichtlich dauernd fluguntauglich ist und ihr deshalb vor Vollendung ihres 60. Lebensjahres die behördliche Erlaubnis als Luftfahrer entzogen oder die Erlaubnis nicht verlängert wird.

2. Welcher Termin gilt als Eintritt der Berufsunfähigkeit?

Maßgebend für den Eintritt der Berufsunfähigkeit im Falle von Ziffer 1 ist das Datum, mit dem die Verfügung der zuständigen Behörde, mit der die Erlaubnis entzogen oder deren Verlängerung abgelehnt wird, wirksam wird.

3. Welche Unterlagen sind uns vorzulegen?

Zum Nachweis der Berufsunfähigkeit im Sinne von Ziffer 1 sind uns in Urschrift oder öffentlich beglaubigter Abschrift vorzulegen:

- a) das Gutachten der Deutschen Forschungs- und Versuchsanstalt für Luft- und Raumfahrt, Köln-Porz, oder der sonst für die amtliche fliegerärztliche Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland zuständigen Stelle,
- b) die Verfügung der zuständigen Behörde, mit der die Erlaubnis entzogen oder deren Verlängerung abgelehnt wird.

4. Welche Mitteilungspflichten sind während des Bezugs von Berufsunfähigkeits-Leistungen zu beachten, und wann stellen wir unsere Berufsunfähigkeitsleistungen ein?

- a) Nach Eintritt der Berufsunfähigkeit im Sinne der Ziffer 1 sind der Versicherungsnehmer und die versicherte Person verpflichtet, uns die erneute Erteilung der Erlaubnis als Luftfahrer oder die Erneuerung einer ruhenden Erlaubnis unverzüglich mitzuteilen. Mit dem Inkrafttreten der behördlichen Erlaubnis als Luftfahrer liegt eine Berufsunfähigkeit im Sinne von Ziffer 1 nicht mehr vor. In diesem Fall legen wir die Veränderung in Textform dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Ansprucherhebenden in Textform mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird frühestens mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.
- b) Wir sind berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit im Sinne von Ziffer 1 nachzuprüfen. Dazu sind der Versicherungsnehmer und die versicherte Person verpflichtet, uns auf Verlangen in Abständen von jeweils einem Jahr nachzuweisen, dass die Fluguntauglichkeit der versicherten Person weiter besteht. Der Nachweis ist in gleicher Weise wie unter Ziffer 3 beschrieben zu führen.

5. Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?

Solange die Mitwirkungspflicht nach Ziffer 3 oder 4 vom Versicherungsnehmer, der versicherten Person oder dem Ansprucherhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt worden ist. Die Ansprüche aus der Versicherung 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 Sondervereinbarung und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

6. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung nach Maßgabe der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung oder dieser Sondervereinbarung sind ausgeschlossen, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht wird durch Schwangerschaft oder durch Gesundheitsstörungen

- a) nervöser oder psychischer Art, es sei denn, dass diese durch einen Unfall, den die versicherte Person selbst erlitten hat, oder durch ein während der Versicherungsdauer entstandenes organisches Leiden hervorgerufen sind,
- b) die unmittelbar oder mittelbar auf einer Sucht oder auf Drogen- bzw. Alkoholmissbrauch beruhen.

Hiervon unberührt bleiben die sonstigen Ausschlüsse in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung / Tarifbestimmungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung.

Bedingungen für die Grundfähigkeits-Zusatzversicherung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

für die Grundfähigkeits-Zusatzversicherung gelten die nachfolgenden Bedingungen. Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

Inhaltsverzeichnis

Welche Leistungen erbringen wir bei Beeinträchtigung von körperlichen Fähigkeiten (Verlust einer Grundfähigkeit)?	§ 1
Was ist eine Beeinträchtigung von körperlichen Fähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen (Verlust einer Grundfähigkeit)?	§ 2
Wann beginnt und wann endet unsere Leistungspflicht?	§ 3
In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	§ 4
Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?	§ 5
Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	§ 6
Was gilt für die Nachprüfung der Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit?	§ 7
Wann stellen wir unsere Leistungen ein, und welche Mitteilungspflichten sind während des Leistungsbezugs zu beachten?	§ 8
Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Anerkennung unserer Leistungspflicht?	§ 9
Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	§ 10
Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?	§ 11
Was ist bei Auslandsaufenthalten zu beachten?	§ 12

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir bei Beeinträchtigung von körperlichen Fähigkeiten (Verlust einer Grundfähigkeit)?

- (1) Tritt bei der versicherten Person während der Versicherungsdauer der Grundfähigkeits-Zusatzversicherung eine Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit im Sinne von § 2 dieser Bedingungen ein, so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:
- a) Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die Hauptversicherung und die eingeschlossenen Zusatzversicherungen (Tarifbestandteil G);
 - b) Zahlung der jeweils vereinbarten Grundfähigkeitsrente, wenn diese mitversichert ist (Tarifbestandteil R). Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus.

Wenn Sie es wünschen, beraten wir Sie über Möglichkeiten zur medizinischen Rehabilitation. Zusätzlich prüfen wir auf Ihren Wunsch, ob wir uns an den Kosten von Rehabilitationsmaßnahmen beteiligen, sofern diese aus medizinischer Sicht sinnvoll erscheinen.

Die Versicherungsleistungen erbringen wir, solange die Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit gemäß § 2 besteht und die versicherte Person lebt, längstens jedoch bis zum Ablauf der Zusatzversicherung. Bei Versicherungen mit gegenüber der Leistungsdauer abgekürzter Versicherungsdauer werden Leistungen aus der Grundfähigkeits-Zusatzversicherung nur bei Eintritt der Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit vor Ende der Versicherungsdauer erbracht, dann jedoch bis zum Ablauf der Leistungsdauer, sofern die Anspruchsvoraussetzungen weiter bestehen.

Bestehen für die versicherte Person mehrere Beeinträchtigungen von körperlichen Fähigkeiten nebeneinander, erbringen wir die Versicherungsleistung aber nur in einfacher Höhe.

- (2) Ist in Ihrer Versicherung der Dynamikplan eingeschlossen, erfolgen als zusätzliche Leistung des Zusatztarifs G (Absatz 1 a) auch dann Erhöhungen der Versicherungsleistungen im Rahmen des Dynamikplans gemäß den jeweils maßgebenden Besonderen Bedingungen, wenn und solange wegen Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit im Sinne von Absatz 1 a) Ihre Beitragszahlungspflicht entfällt. Eine laufende Grundfähigkeitsrente (Zusatztarif R) wird während der Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit – abgesehen von etwaigen Erhöhungen aufgrund der Überschussbeteiligung (siehe § 10) – aber nur erhöht, wenn Sie die garantierte Leistungsdynamik eingeschlossen haben (siehe Absatz 3).
- (3) Sofern Sie in Ihrem Vertrag eine garantierte Leistungsdynamik eingeschlossen haben, erhöhen sich die gezahlten Grundfähigkeitsrenten während einer Leistungsphase jedes Jahr um den vereinbarten festen Steigerungssatz. Die Erhöhung erfolgt erstmals zum ersten Versicherungsjahreswechsel nach Eintritt der Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit im Sinne von § 2 dieser Bedingungen, an den anschließenden Versicherungsjahreswechseln zusammen mit der eventuellen jeweiligen Erhöhung aus der Überschussbeteiligung (siehe § 10 Abs. 3 c)). Bezugsgröße der Leistungsdynamik ist die jeweils erreichte garantierte Rente einschließlich der Rente aus der Überschussbeteiligung.

§ 2 Was ist eine Beeinträchtigung von körperlichen Fähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen (Verlust einer Grundfähigkeit)?

- (1) Wenn bei der versicherten Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die fachärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen eine Beeinträchtigung einer der nachstehenden körperlichen Fähigkeiten im beschriebenen Umfang bestehen wird oder bereits

sechs Monate ununterbrochen bestand, so liegt von Beginn dieses Zustands an eine Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen vor. Die Beeinträchtigung einer der beschriebenen körperlichen Fähigkeiten gilt als Verlust einer Grundfähigkeit.

(2) Versicherte Grundfähigkeiten

- a) Sehen
Ein Verlust liegt vor, wenn das Sehvermögen der versicherten Person auch nach Einsatz von Hilfsmitteln oder therapeutischen Maßnahmen so stark eingeschränkt ist, dass auf jedem Auge nur noch ein Restsehvermögen von höchstens 5 % oder eine Einschränkung des Gesichtsfeldes auf höchstens 15 Grad Abstand vom Zentrum besteht.
- b) Sprechen
Ein Verlust liegt vor, wenn die Sprechfähigkeit oder die sprachliche Ausdrucksfähigkeit der versicherten Person nach abgeschlossenem Spracherwerb auch bei Verwendung geeigneter Hilfsmittel (z. B. Kehlkopfmikrofon) so weit eingeschränkt ist, dass die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist mittels Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren, weil sie keine verständlichen Worte mehr formen kann.
Nicht geleistet wird bei Verlust der Sprachfähigkeit durch nicht organische Ursachen.
- c) Hören
Ein Verlust liegt vor, wenn bei der versicherten Person auch unter Nutzung von Hilfsgeräten (z. B. Hörgeräte) auf beiden Ohren jeweils ein Resthörvermögen von höchstens 20 % besteht.
- d) Sitzen
Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, zwanzig Minuten ununterbrochen zu sitzen, auch nicht mit Änderung der Sitzposition oder mit Abstützen auf Armlehnen.
- e) Stehen
Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Verwendung geeigneter Hilfsmittel auch mit Veränderung der Körperhaltung nicht mehr in der Lage ist, zehn Minuten lang auf einem festen und ebenen Boden zu stehen, ohne sich abzustützen.
- f) Gehen
Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Verwendung geeigneter Hilfsmittel (z. B. Rollator) nicht mehr selbstständig in der Lage ist, innerhalb von 20 Minuten eine Strecke von 400 Metern über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen.
- g) Treppensteigen
Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Verwendung geeigneter Hilfsmittel und einer Pause von maximal einer Minute nicht mehr selbstständig in der Lage ist, eine Treppe von zwölf gleich hohen Stufen mit üblicher Stufenhöhe von 18 bis 20 cm und festem Bodenbelag hinauf- und hinabzusteigen. Geeignete Hilfsmittel sind zum Beispiel das Treppengeländer oder ein Gehstock.
- h) Greifen
Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person mit der rechten oder der linken Hand nicht mehr in der Lage ist, einen maximal 250 Gramm wiegenden Alltagsgegenstand (z. B. ein Wasserglas oder eine handelsübliche Packung Butter) zu greifen und eine Minute lang ununterbrochen, auch unter Ablage des Unterarms, zu halten, ohne dass er ihr aus der Hand fällt.

- i) Eine Hand gebrauchen
Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person mit der rechten oder der linken Hand nicht mehr in der Lage ist, einen intakten Wasserhahn zu- und wieder aufzudrehen.
- j) Schreiben
Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Verwendung geeigneter Hilfsmittel weder mit der rechten noch mit der linken Hand mit einem Schreibstift mindestens fünf Wörter mit jeweils mindestens zehn Buchstaben in Druckbuchstaben schreiben kann, so dass ein unbeteiligter Dritter diese Wörter lesen kann. Geeignete Hilfsmittel sind zum Beispiel Brillen oder Kontaktlinsen.
- k) Einen Arm gebrauchen
Ein Verlust liegt vor, wenn es der versicherten Person nicht mehr möglich ist, beide Hände gleichzeitig hinter den Kopf zu bewegen und den Nacken zu berühren (Nackengriff) und beide Hände gleichzeitig am Rücken zusammenzuführen (Schürzengriff).
- l) Knien/Bücken
Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, sich aus eigener Kraft zu bücken oder hinzuknien, um mit den Fingern den Boden zu berühren, und sich danach wieder aufzurichten.
- m) Heben/Tragen
Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person weder mit dem rechten noch mit dem linken Arm einen 2 Kilogramm schweren Gegenstand von einem Tisch heben und 5 Meter weit tragen kann.

Haben Sie Ihren Vertrag gemäß Zusatztarif GN (Grundfähigkeits-Zusatzversicherung pro) abgeschlossen, gilt zusätzlich zu Absatz a) bis m) die Beeinträchtigung einer der folgenden körperlichen bzw. geistigen Fähigkeiten als Verlust einer Grundfähigkeit:

- n) Autofahren
Ein Verlust liegt vor, wenn der versicherten Person aus gesundheitlichen Gründen die Fahrerlaubnis für PKW nachweislich entzogen wurde. Dies muss ein verkehrsmedizinisches Gutachten bestätigen. Es liegt – vorbehaltlich des nachfolgenden Satzes – ebenfalls der Verlust der Fähigkeit zum Autofahren vor, wenn die versicherte Person bis zum vollendeten Alter von 28 Jahren allein aus gesundheitlichen Gründen keine Fahrerlaubnis für PKW mehr erwerben kann. Ein verkehrsmedizinisches Gutachten muss bestätigen, dass die versicherte Person aus gesundheitlichen Gründen keine Fahrerlaubnis für PKW mehr erwerben kann.
Ausdrücklich ausgeschlossen sind Fälle, in denen der Führerschein aufgrund des Missbrauchs von Alkohol, Drogen, Medikamenten oder toxischen Stoffen und deren jeweiligen Folgen entzogen oder nicht erteilt wurde.

Geistige Leistungsfähigkeit

- o) Gleichgewicht
Ein Verlust des Gleichgewichtssinnes liegt vor, wenn die versicherte Person
- weder zehn Meter entlang einer imaginären Linie (Strichgang) mit geschlossenen Augen ohne Fallneigung auf festem und ebenem Boden gehen kann,
 - noch 50 Schritte auf fester und ebener Stelle mit geschlossenen Augen treten kann, ohne sich dabei um mindestens 45 Grad zur Seite zu drehen oder mit geschlossenen Augen und parallelem Fußstand keine 60 Sekunden auf fester und

ebener Stelle stehen kann, ohne Fallneigung zu bekommen.

Die Störung muss durch

- eine Verletzung oder organische Erkrankung des Gehirns oder
- eine nachweisbare Schädigung des Gleichgewichtsorgans oder
- eine Schädigung der kleinen Nerven der Füße und Unterschenkel (Polyneuropathie)

verursacht worden sein.

- p) Eigenverantwortliches Handeln

Ein Verlust der Fähigkeit, eigenverantwortlich zu handeln, liegt vor, wenn die versicherte Person aufgrund einer gerichtlichen Entscheidung nach deutschem Recht anhand eines psychiatrischen Gutachtens mindestens sechs Monate lang ununterbrochen rechtlich betreut werden muss oder seit mindestens sechs Monaten ununterbrochen rechtlich betreut wird.

Ausdrücklich ausgeschlossen sind Fälle, in denen die Bestellung des Betreuers aufgrund des Missbrauchs von Alkohol, Drogen, Medikamenten oder toxischen Stoffen und deren jeweiligen Folgen erfolgt.

- q) Intellekt

Ein Verlust liegt vor, wenn die allgemeine geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person in Bezug auf die exekutiven Funktionen

- Arbeitsgedächtnis,
- Handlungsplanung,
- Konzentration,
- Aufmerksamkeit oder
- räumliche und zeitliche Orientierung

so stark eingeschränkt ist, dass diese nicht mehr in der Lage ist, alltagsrelevante Tätigkeiten (z. B. Körperhygiene, Selbstversorgung, Einkaufen, Putzen, Zubereitung von Essen, Ankleiden und Vereinbarung von Terminen) eigenständig auszuführen, und zusätzlich eine Intelligenzminderung im Sinne dieser Bedingungen nachgewiesen werden kann.

Die Einschränkung der allgemeinen geistigen Leistungsfähigkeit der versicherten Person in Bezug auf die oben genannten exekutiven Funktionen muss auf Basis einer ausführlichen Befunderhebung inklusive psychopathologischer Untersuchung sowie unter Verwendung normierter psychometrischer Tests mittels eines fachärztlichen Gutachtens nachgewiesen werden. Die eingesetzten psychometrischen Tests müssen allgemein anerkannt sein, was nicht nur eine gängige Anwendung im klinischen Bereich, sondern auch die Testgütekriterien (insbesondere Objektivität, Reliabilität und Validität) einschließt.

Die Ergebnisse der oben genannten Tests müssen im Bereich der unteren 10 % der zur Normierung verwendeten vergleichbaren Altersstichprobe (d. h. Prozentrang ≤ 10) liegen.

(3) Nachweis der Beeinträchtigung

Der Verlust einer Grundfähigkeit ist durch einen Facharzt der entsprechenden Fachrichtung mit den nach aktuellem medizinischem Wissensstand üblichen Befunderhebungen nachzuweisen.

§ 3 Wann beginnt und wann endet unsere Leistungspflicht?

- (1) Der Anspruch auf die Leistungen entsteht mit Beginn des Monats, der auf den Eintritt der Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit (§ 2) folgt.

- (2) Sie können eine Leistung aus diesem Vertrag jederzeit beantragen.
- (3) Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht
- müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch für den Zeitraum, für den Anspruch auf die Leistungen bestanden hat, zurückzahlen.
 - werden wir auf Ihren Antrag die künftig fälligen Beiträge bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos stunden. Wird ein Antrag auf Leistungen von uns abgelehnt oder besteht für uns keine Leistungspflicht, sind die gestundeten Beiträge von Ihnen in einem Betrag unverzinst nachzuzahlen. Wir sind jedoch auf Ihren Antrag hin bereit, eine ratierliche Nachzahlung des gestundeten Beitrags mit Ihnen zu vereinbaren. Die Nachzahlung kann über einen Zeitraum von bis zu 36 Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten erfolgen. Zahlen Sie die gestundeten Beiträge nicht nach, gleichen wir die ausstehende Nachzahlung durch Herabsetzung der vereinbarten Leistung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen aus. Diese Regelungen gelten auch, wenn Sie unsere Entscheidung über die Leistungspflicht gerichtlich prüfen lassen, und zwar bis zur rechtskräftigen Entscheidung des Gerichts, mindestens hinsichtlich der ausgebliebenen Beiträge der letzten 36 Monate.
- (4) Der Anspruch auf die Leistungen erlischt, wenn die Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit gemäß § 2 nicht mehr vorliegt, mit Ablauf der zeitlichen Befristung (§ 6 Abs. 2), wenn die versicherte Person stirbt oder die vertragliche Leistungsdauer der Grundfähigkeits-Zusatzversicherung abläuft.

§ 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- (1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit gekommen ist.
- (2) Wir leisten jedoch nicht, wenn die Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit verursacht ist
- a) unmittelbar oder mittelbar durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
 - b) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse. Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht gilt jedoch nicht für solche Ereignisse, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war. Unsere Leistungspflicht bleibt insbesondere dann bestehen, wenn die Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit während eines Aufenthaltes außerhalb der territorialen Grenzen der NATO-Mitgliedstaaten verursacht wurde und die versicherte Person als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei mit Mandat der NATO oder UNO an der Erbringung humanitärer Hilfeleistungen oder an friedenssichernden Maßnahmen teilgenommen hat.
 - c) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass es zu deren Abwehr und Bekämpfung des Einsatzes der Katastrophenschutzbehörde der Bundesrepublik Deutschland oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf;
 - d) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person; fahrlässig und grob fahrlässig begangene Ordnungswidrigkeiten sind von diesem

Ausschluss nicht betroffen. Wir leisten jedoch uneingeschränkt, wenn der Verlust der Grundfähigkeit bei einer von der versicherten Person begangenen Ordnungswidrigkeit im Straßenverkehr verursacht wurde;

- e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;
- f) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, Kräfteverfall oder Pflegebedürftigkeit, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, der die freie Willensbestimmung ausschließt und in den sich die versicherte Person nicht absichtlich versetzt hat, werden wir leisten;
- g) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben oder die Gesundheit 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.

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

- (1) Wird eine Leistung aus der Grundfähigkeits-Zusatzversicherung beansprucht, können wir verlangen, dass uns auf Kosten des Ansprucherhebenden insbesondere folgende Auskünfte, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, gegeben und Nachweise vorgelegt werden:
- a) ausführliche Berichte der Fachärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf (Anamnese) und voraussichtliche Dauer des Leidens der versicherten Person sowie über dessen Auswirkungen auf die in § 2 beschriebenen Fähigkeiten;
 - b) eine Aufstellung
 - der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war, ist oder – sofern bekannt – sein wird,
 - der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger und sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen der Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit geltend machen könnte.
- (2) 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.
- (3) Grundsätzlich verlangen wir nicht, dass die versicherte Person ärztlichen Empfehlungen folgen muss, damit wir leisten. Dies gilt auch für operative Maßnahmen, die das Leiden heilen oder mindern. Einfachen ärztlichen Empfehlungen muss die versicherte Person jedoch folgen. Dies gilt für
- den Einsatz von Hilfsmitteln des täglichen Lebens. Dies sind zum Beispiel Seh- oder Hörhilfen.

- Heilbehandlungen, wenn sie
 - gefahrlos sind,
 - nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und
 - eine sichere Aussicht bieten, dass sich der Gesundheitszustand der versicherten Person dadurch verbessert.

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

- (1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail), ob und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen. Unsere Erklärung geben wir innerhalb von zwei Wochen nach dem Zeitpunkt ab, zu dem uns die für die Leistungsprüfung relevanten und gemäß § 5 von uns angeforderten Unterlagen vorliegen. Solange Unterlagen noch ausstehen, informieren wir Sie spätestens alle vier Wochen über den aktuellen Bearbeitungsstand.
- (2) Bis auf die nachstehenden Ausnahmefälle werden wir keine zeitliche Befristung unserer Leistungspflicht aussprechen. Wir können unsere Leistungspflicht einmalig – längstens jedoch für einen Zeitraum von 18 Monaten – befristen, wenn
 - sich Umstände, die für die Beurteilung der Frage, ob eine Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit im Sinne dieser Bedingungen besteht, voraussichtlich ändern werden,
 - die medizinischen Gegebenheiten im Zeitpunkt unserer Leistungsentscheidung noch nicht endgültig beurteilt werden können,
 - die versicherte Person eine Rehabilitationsmaßnahme absolviert oder eine solche Maßnahme vorgesehen oder beabsichtigt ist.

In unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht werden wir Ihnen die maßgeblichen Gründe für ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis mitteilen. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich begrenzte Anerkenntnis für uns bindend.

§ 7 Was gilt für die Nachprüfung der Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit?

- (1) Wir sind berechtigt, das Fortbestehen der Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit nach § 2 nachzuprüfen; dies gilt nicht bei einem zeitlich begrenzten Anerkenntnis nach § 6 Abs. 2. Die Mitwirkungspflichten des § 5 Abs. 1 gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass die über die Befragung der versicherten Person hinaus entstehenden Kosten von uns zu tragen sind.
- (2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit weitere notwendige Nachweise, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen, einholen und einmal jährlich Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen.

§ 8 Wann stellen wir unsere Leistungen ein, und welche Mitteilungspflichten sind während des Leistungsbezugs zu beachten?

- (1) Liegt eine Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit im Sinne von § 2 dieser Bedingungen nicht mehr vor, werden wir von der Leistung frei. In diesem Fall legen wir Ihnen die Veränderung in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird frühestens mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden, sofern die

vereinbarte Beitragszahlungsdauer noch nicht abgelaufen ist.

- (2) Bei einem befristeten Anerkenntnis stellen wir die Leistungen zum Ende des Befristungszeitraums ein. Nach Ablauf des Leistungszeitraumes prüfen wir die Voraussetzungen des Anspruchs auf Ihren Antrag hin neu. Als Voraussetzung für eine weitere Leistungspflicht ist uns nachzuweisen, dass nach den zu diesem Zeitpunkt aktuellen medizinischen Verhältnissen der versicherten Person eine Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit im Sinne von § 2 dieser Bedingungen besteht. Hierbei gelten die Mitwirkungspflichten nach § 5.

§ 9 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Anerkennung unserer Leistungspflicht?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach §§ 5, 7 oder 8 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchs erhebenden 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 Grundfähigkeits-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 (z. B. Papierform oder E-Mail) auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 10 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

- (1) **Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer**
 - a) Sie erhalten gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in der jeweils geltenden Fassung eine Überschussbeteiligung. Diese umfasst eine Beteiligung an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven. Dafür gelten die Regelungen zur Überschussbeteiligung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Ihrer Hauptversicherung (AVB). Dort finden Sie insbesondere Einzelheiten über die Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer. Nachfolgend erläutern wir Ihnen die Besonderheiten der Überschussbeteiligung dieser Zusatzversicherung.
 - b) Wichtigster Einflussfaktor vor Eintritt der Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit ist die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Überschüsse entstehen insbesondere, wenn die Aufwendungen für das Risiko niedriger sind und die Kosten sich günstiger entwickeln als bei der Tarifikalkulation angenommen.
 - c) Die Beiträge für Ihre Zusatzversicherung dienen vorrangig der Deckung der Leistungsfälle. Es stehen daher vor Eintritt der Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung, um Kapital zu bilden, aus dem Kapitalerträge entstehen können. Erst im Leistungsfall ist auch die Entwicklung des Kapitalmarkts von größerer Bedeutung.
 - d) Aus diesem Grund entstehen vor Eintritt der Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit auch keine oder nur geringfügige Bewertungsreserven. Soweit Bewertungsreserven überhaupt entstehen, ermitteln wir diese monatlich neu und ordnen sie den Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren (Absatz 4) anteilig rechnerisch zu.

(2) Zuordnung Ihres Vertrages

Die Grundfähigkeits-Zusatzversicherung gehört derselben Bestandsgruppe wie die Hauptversicherung an. Zu welcher Bestandsgruppe und zu welchem Gewinnverband innerhalb dieser Bestandsgruppe Ihre Versicherung gehört, können Sie dem Versicherungsschein entnehmen.

(3) Überschussanteile und ihre Verwendung

a) Beitragsanrechnung

Mit jeder Beitragszahlung werden laufende Überschussanteile zugeteilt, die im Verhältnis zum Tarifbeitrag für die Grundfähigkeits-Zusatzversicherung bemessen und direkt auf die Beitragszahlung angerechnet werden. Dadurch haben Sie statt des Tarifbeitrags nur den grundsätzlich niedrigeren Zahlbeitrag zu entrichten.

b) Schluss-Überschussanteil

Bei Ablauf der Versicherungsdauer für den Tarifbestandteil G bzw. bei Ablauf der Versicherungsdauer für den Tarifbestandteil R sowie ggf. bei vorzeitiger Beendigung der Versicherung durch Tod der versicherten Person oder Rückkauf nach Beginn des dritten Versicherungsjahres kann – sofern die Versicherungsdauer mindestens fünf Jahre beträgt – ein Schluss-Überschussanteil fällig werden. Dieser Schluss-Überschussanteil wird dann für die zurückgelegte Versicherungsdauer, in der keine Leistungen aus der Grundfähigkeits-Zusatzversicherung gewährt wurden und in der auf Grund gegenüber der Versicherungsdauer abgekürzter Beitragszahlungsdauer keine Beitragszahlungspflicht bestand, im Verhältnis zu dem auf den Tarifbestandteil G bzw. zu dem auf den Tarifbestandteil R entfallenden Tarifbeitrag für ein Jahr bemessen. Für die zurückgelegte Versicherungsdauer, in der als Leistung aus der Grundfähigkeits-Zusatzversicherung nur die Beitragsbefreiung gewährt wurde, kann ein Schluss-Überschussanteil im Verhältnis zum jährlichen Beitrag der Hauptversicherung und einer evtl. eingeschlossenen Zusatzversicherung, die durch die Grundfähigkeits-Zusatzversicherung ggf. beitragsbefreit waren, – jedoch ohne eventuelle Stückkostenzuschläge – fällig werden. Bei vorzeitiger Beendigung durch Tod der versicherten Person oder Rückkauf wird der ggf. fällige Schluss-Überschussanteil für die verbleibende Dauer bis zum vereinbarten Ablauf der Versicherungsdauer des Tarifbestandteils G bzw. bis zum vereinbarten Ablauf der Versicherungsdauer des Tarifbestandteils R mit 7,5 % p. a. diskontiert.

c) Laufende Grundfähigkeitsrente

Wird eine Grundfähigkeitsrente gezahlt, werden jährliche Überschussanteile jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres zugeteilt, erstmals, nachdem die Grundfähigkeitsrente für ein volles Versicherungsjahr geleistet wurde. Die Zuteilung erfolgt im Verhältnis zu der am Ende des jeweils abgelaufenen Versicherungsjahres vorhandenen Deckungsrückstellung der gesamten Grundfähigkeitsrente. Aus den Zuteilungen werden jeweils sofort beginnende zusätzliche Grundfähigkeitsrenten gebildet.

d) Die Höhe der Überschussanteile kann vom versicherten Beruf und von der Versicherungsdauer abhängen.

(4) Bewertungsreserven

Bei Beendigung der Grundfähigkeits-Zusatzversicherung wird eine Beteiligung an den Bewertungsreserven fällig, sofern überhaupt vorhanden (Absatz 1d). Hierzu gilt Folgendes: Wir teilen Ihrer Grundfähigkeits-Zusatzversicherung dann den für diesen Zeitpunkt zugeordneten Anteil an den Bewertungsreserven gemäß der jeweils geltenden gesetzlichen Regelung zu; derzeit sieht § 153 Absatz 3 VVG eine Beteiligung in Höhe der Hälfte der zugeordneten Bewertungsreserven vor. Der auf Ihre Grundfähigkeits-Zusatzversicherung entfallende Teilbetrag wird

ausgezahlt. Voraussetzung ist, dass sich für unsere Kapitalanlagen am maßgebenden Stichtag nach Berücksichtigung der aufsichtsrechtlichen Regelungen zur Kapitalausstattung unseres Unternehmens positive Bewertungsreserven ergeben; der maßgebende Stichtag ist in unserem Geschäftsbericht genannt. Aufgrund aufsichtsrechtlicher Regelungen kann die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfallen. Der Vorstand unseres Unternehmens kann nach dem gleichen Verfahren wie dem für die Ermittlung des Schluss-Überschussanteils (Absatz 3b) für jeden Vertrag einen Mindestwert für die Beteiligung an den Bewertungsreserven bestimmen. Dieser Mindestwert wird auf den nach dem vorstehenden Verfahren für Ihre Grundfähigkeits-Zusatzversicherung ermittelten Anteil an den Bewertungsreserven angerechnet.

(5) Information über die Höhe der Überschussbeteiligung

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

§ 11 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

- (1) Die Grundfähigkeits-Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden.
- (2) Ansprüche aus der Grundfähigkeits-Zusatzversicherung können Sie – anders als evtl. bei der Hauptversicherung – nicht abtreten oder verpfänden.
- (3) Spätestens wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung ganz oder teilweise erlischt, erlischt entsprechend der Versicherungsschutz aus der Grundfähigkeits-Zusatzversicherung für künftige Versicherungsfälle. Bei Rentenversicherungen erlischt der Versicherungsschutz für künftige Leistungsfälle aus der Grundfähigkeits-Zusatzversicherung spätestens mit dem Beginn der Rentenzahlung der Hauptversicherung. Absatz 17 bleibt unberührt.

Kündigung der Zusatzversicherung

- (4) Eine Grundfähigkeits-Zusatzversicherung können Sie – unter Beachtung der im entsprechenden Paragraphen der AVB für die Hauptversicherung genannten Termine – zusammen mit der Hauptversicherung oder für sich allein kündigen.
- (5) Bei einer Kündigung gemäß Absatz 4 erhalten Sie für die Grundfähigkeits-Zusatzversicherung – soweit vorhanden – einen Betrag, sofern wir keine Leistung aus der Grundfähigkeits-Zusatzversicherung erbringen.

(6) Auszahlungsbetrag

Wir zahlen nach Kündigung den

- Rückkaufswert (Absatz 7, vorbehaltlich Absatz 5),
- vermindert um den Abzug (Absatz 8),
- erhöht um die Überschussbeteiligung (Absatz 9).

(7) Rückkaufswert

Der Rückkaufswert ist nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation für den maßgebenden

Kündigungstermin berechnete Deckungsrückstellung*) der Grundfähigkeits-Zusatzversicherung. Der Rückkaufswert entspricht mindestens dem Betrag der Deckungsrückstellung, die sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschlusskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Ist die vereinbarte Versicherungsdauer der Grundfähigkeits-Zusatzversicherung kürzer als fünf Jahre, verteilen wir diese Kosten auf die Versicherungsdauer. In jedem Fall beachten wir die aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (siehe AVB für die Hauptversicherung).

(8) Abzug

Wir vereinbaren mit Ihnen – sofern die Zusatzversicherung nicht vorzeitig beitragsfrei gestellt wurde – einen Abzug von dem gemäß Absatz 7 ermittelten Wert. Die Höhe des Abzugs finden Sie in der Anlage des Antrags. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Das ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit dem Abzug der mit der Kündigung verbundene zusätzliche Verwaltungsaufwand und die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen werden. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer 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. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug finden Sie im Anhang zu den AVB der Hauptversicherung.

(9) Überschussbeteiligung

Für die Ermittlung des Auszahlungsbetrags nach Absatz 6 setzt sich die Überschussbeteiligung zusammen aus

- dem Schluss-Überschussanteil (§ 10 Abs. 3b) und
- den bei Kündigung vorhandenen, Ihrem Vertrag gemäß § 10 Abs. 4 zuzuteilenden Bewertungsreserven.

(10) Hinweis

Die Kündigung der Grundfähigkeits-Zusatzversicherung kann für Sie Nachteile haben. Da die gezahlten Beiträge fast ausschließlich zur Deckung des versicherten Risikos und der Kosten für Abschluss sowie Verwaltung benötigt werden, ist nur ein geringer oder gar kein Rückkaufswert vorhanden. Nähere Informationen zum Rückkaufswert können Sie der Tabelle in der Anlage zum Antrag entnehmen.

(11) Beitragsfreistellung

Eine Grundfähigkeits-Zusatzversicherung können Sie – unter Beachtung der im entsprechenden Paragraphen der AVB für die Hauptversicherung genannten Termine – zusammen mit der Hauptversicherung oder für sich alleine beitragsfrei stellen, sofern wir keine Leistung aus der Grundfähigkeits-Zusatzversicherung erbringen. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass ein Rückkaufswert gemäß Absatz 7 vorhanden ist. In diesem Fall setzen wir die vereinbarte Grundfähigkeitsrente auf eine beitragsfreie Grundfähigkeitsrente herab. Diese wird nach folgenden Gesichtspunkten berechnet:

- nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik,
- für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode,
- unter Zugrundelegung des Rückkaufswertes (Absatz 7),

- vermindert um den Abzug (Absatz 12).

(12) Abzug

Wir vereinbaren mit Ihnen einen Abzug von dem für die Bildung der beitragsfreien Rente zur Verfügung stehenden Betrag. Die Höhe des Abzugs finden Sie in der Anlage des Antrags. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Das ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit dem Abzug die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Beitragsfreistellung 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. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug finden Sie im Anhang zu den AVB der Hauptversicherung.

Hinweis

- (13) Die Beitragsfreistellung der Grundfähigkeits-Zusatzversicherung kann für Sie Nachteile haben. Da die gezahlten Beiträge fast ausschließlich zur Deckung des versicherten Risikos und der Kosten für Abschluss sowie Verwaltung benötigt werden, ist nur ein geringer oder gar kein Rückkaufswert als Basis für eine beitragsfreie Grundfähigkeitsrente vorhanden. Nähere Informationen zur beitragsfreien Grundfähigkeitsrente können Sie der Tabelle in der Anlage zum Antrag entnehmen.
- (14) Eine Fortführung der Grundfähigkeits-Zusatzversicherung unter Befreiung von der Beitragszahlungspflicht gemäß Absatz 11 zusammen mit der Hauptversicherung ist allerdings nur möglich, sofern die Kriterien zur Beitragsfreistellung für die Hauptversicherung erfüllt sind. Anderenfalls wird der wie in Absatz 11 in Verbindung mit Absatz 12 ermittelte Betrag zur Erhöhung der Deckungsrückstellung der Hauptversicherung verwendet.
- (15) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung gelten die Absätze 4 bis 14 entsprechend.
- (16) Erbringen wir Leistungen aus der Grundfähigkeits-Zusatzversicherung, so berechnen wir die Leistungen aus der Hauptversicherung (Rückkaufswert, beitragsfreie Versicherungsleistung, Policendarlehen und Überschussbeteiligung der Hauptversicherung) so, als ob Sie den Beitrag unverändert weitergezahlt hätten.
- (17) Ansprüche aus der Grundfähigkeits-Zusatzversicherung, die auf einer bereits vor Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung eingetretenen Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit beruhen, werden durch Rückkauf oder Umwandlung der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Versicherungsleistung oder durch Erlöschen der Hauptversicherung vor Ablauf der Grundfähigkeits-Zusatzversicherung nicht berührt.

§ 12 Was ist bei Auslandsaufenthalten zu beachten?

- (1) Der Versicherungsschutz aus der Grundfähigkeits-Zusatzversicherung gilt weltweit.
- (2) Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden, sofern die versicherte Person transportfähig ist. In diesem Fall übernehmen wir die Untersuchungskosten sowie die vorher mit uns abgestimmten Reise- und Aufenthaltskosten.

*) Eine Deckungsrückstellung müssen wir bilden, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können.

Bedingungen für die Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

für die Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung gelten die nachfolgenden Bedingungen. Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

Inhaltsverzeichnis

Welche Leistung erbringen wir?	§ 1
Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	§ 2
Welche Bedeutung hat das Rauchverhalten bei der Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung?	§ 3
Wann wird unsere Leistung fällig?	§ 4
In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	§ 5
Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?	§ 6
Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?	§ 7

Sofern vereinbart, gilt darüber hinaus die am Ende abgedruckte

Zusatzvereinbarung zur Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung

– Berücksichtigung von gesundheitsbewusstem Verhalten im Rahmen der Überschussbeteiligung

§ 1 Welche Leistung erbringen wir?

Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme, wenn für die versicherte Person während der Versicherungsdauer dieser Zusatzversicherung eine schwere Krankheit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen eintritt. Die versicherten schweren Krankheiten sind

1. Krebs,
2. Herzinfarkt und
3. Schlaganfall.

In welchem Umfang diese Krankheiten versichert sind, ist in der „Anlage zu den Versicherungsbedingungen – Definition der versicherten schweren Krankheiten“ aufgeführt. Die Anlage ist Bestandteil dieser Versicherungsbedingungen. Die Leistung zahlen wir aber grundsätzlich nur, wenn die versicherte Person 28 Tage nach der ärztlichen Diagnose der definierten schweren Krankheit noch lebt. Die Versicherungsleistung wird nur einmal beim erstmaligen Eintritt einer der versicherten schweren Krankheiten fällig. Der Tod der versicherten Person ist kein Versicherungsfall im Sinne dieser Versicherungsbedingungen.

§ 2 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

(1) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

- a) Sie erhalten gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in der jeweils geltenden Fassung eine Überschussbeteiligung. Diese umfasst eine Beteiligung an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven. Dafür gelten die Regelungen zur Überschussbeteiligung in den

Allgemeinen Versicherungsbedingungen Ihrer Hauptversicherung (AVB). Dort finden Sie insbesondere Einzelheiten über die Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer. Nachfolgend erläutern wir Ihnen die Besonderheiten der Überschussbeteiligung dieser Zusatzversicherung.

- b) Wichtigster Einflussfaktor vor Eintritt des Versicherungsfalles ist die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Überschüsse entstehen insbesondere, wenn die Zahl schwerer Krankheitsfälle niedriger ist und die Kosten sich günstiger entwickeln als bei der Tarifikalkulation zugrunde gelegt.
- c) Die Beiträge für Ihre Zusatzversicherung dienen vorrangig der Deckung des Risikos. Es stehen daher keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung, um Kapital zu bilden, aus dem Kapitalerträge entstehen können.
- d) Aus diesem Grund entstehen auch keine oder nur geringfügige Bewertungsreserven. Soweit Bewertungsreserven überhaupt entstehen, ermitteln wir diese monatlich neu und ordnen sie den Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren (Absatz 4) anteilig rechnerisch zu.

(2) Zuordnung Ihres Vertrags

Die Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung gehört derselben Bestandsgruppe wie die Hauptversicherung an. Zu welcher Bestandsgruppe und zu welchem Gewinnverband innerhalb dieser Bestandsgruppe Ihre Versicherung gehört, können Sie dem Versicherungsschein entnehmen.

(3) Überschussanteile und ihre Verwendung

a) Beitragsanrechnung

Die Überschussbeteiligung setzt mit dem Beginn der Zusatzversicherung ein. Die laufenden Überschussanteile rechnen wir, sofern Ihre Zusatzversicherung nicht beitragsfrei ist, auf Ihre Beitragszahlungen an, so dass Sie statt des Tarifbeitrags nur einen grundsätzlich niedrigeren Zahlbeitrag zu entrichten haben. Diese Leistung aus der Überschussbeteiligung wird im Verhältnis zum Tarifbeitrag für die Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung (einschließlich eines evtl. Risikozuschlags) bemessen. Entfällt für eine Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung aufgrund einer ggf. eingeschlossenen Berufsunfähigkeits- oder Grundfähigkeits-Zusatzversicherung während einer Berufsunfähigkeit bzw. wegen des Verlustes einer versicherten Grundfähigkeit die Beitragszahlungspflicht, teilen wir zu Beginn der Monate, die der früheren Beitragszahlungsweise entsprechen, laufende Überschussanteile im Verhältnis zum letzten für die Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung maßgebenden Tarifbeitrag zu. Diese Überschussanteile werden verzinslich angesammelt und bei Beendigung der Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung ausgezahlt. Falls die Beitragszahlung vorzeitig eingestellt wurde, erhalten Sie keine weiteren Überschussanteile auf den letzten Tarifbeitrag.

b) Schluss-Überschussanteil

Darüber hinaus kann für beitragsfreie Zeiten bei Beendigung der Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung ab dem 3. Versicherungsjahr durch Fälligkeit der Leistung, Tod der versicherten Person, Rückkauf oder Ablauf als Überschussbeteiligung ein Schluss-Überschussanteil fällig werden. Der Schluss-Überschussanteil wird dann für beitragsfreie Zeiten – bei Versicherungen mit abgekürzter Beitragszahlungsdauer ab dem 3. Versicherungsjahr – im Verhältnis zur Versicherungssumme bemessen. Bei vorzeitiger Beendigung durch Fälligkeit der Leistung, Tod der versicherten Person oder Rückkauf wird der Schluss-Überschussanteil für die verbleibenden Jahre bis zum vereinbarten Ablauf der für die Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung geltenden Versicherungsdauer mit 7,5 % p. a. diskontiert.

(4) Bewertungsreserven

Bei Beendigung der Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung wird eine Beteiligung an den Bewertungsreserven fällig, sofern überhaupt vorhanden (Absatz 1d). Hierzu gilt Folgendes: Wir teilen Ihrer Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung dann den für diesen Zeitpunkt zugeordneten Anteil an den Bewertungsreserven gemäß der jeweils geltenden gesetzlichen Regelung zu; derzeit sieht § 153 Absatz 3 VVG eine Beteiligung in Höhe der Hälfte der zugeordneten Bewertungsreserven vor. Der auf Ihre Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung entfallende Teilbetrag wird ausgezahlt. Voraussetzung ist, dass sich für unsere Kapitalanlagen am maßgebenden Stichtag nach Berücksichtigung der aufsichtsrechtlichen Regelungen zur Kapitalausstattung unseres Unternehmens positive Bewertungsreserven ergeben; der maßgebende Stichtag ist in unserem Geschäftsbericht genannt. Aufgrund aufsichtsrechtlicher Regelungen kann die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfallen. Der Vorstand unseres Unternehmens kann nach dem gleichen Verfahren wie dem für die Ermittlung des Schluss-Überschussanteils (Absatz 3b) für jeden Vertrag einen Mindestwert für die Beteiligung an den Bewertungsreserven bestimmen. Dieser Mindestwert wird auf den nach dem vorstehenden Verfahren für Ihre Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung ermittelten Anteil an den Bewertungsreserven angerechnet.

(5) Informationen über die Höhe der Überschussbeteiligung

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab, die nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar sind. Wichtigster Einflussfaktor ist dabei die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch null Euro betragen.

§ 3 Welche Bedeutung hat das Rauchverhalten bei der Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung?

(1) Die Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung haben Sie entweder als Rauchertarif oder als Nichtraucherertrag abgeschlossen. Der Beitrag richtet sich nach der Einordnung der versicherten Person als Raucher oder als Nichtraucher.

(2) Ist für diese Zusatzversicherung der Nichtraucherertrag vereinbart, gelten folgende Regeln:

a) Begriff des Nichtrauchers

Nichtraucher ist, wer in den letzten zwölf Monaten vor Antragstellung weder aktiv geraucht oder gedampft hat (nikotinhalzig oder nikotinfrei) noch in sonstiger Form Nikotin (beispielsweise in elektrischer Form) oder Joints konsumiert hat.

b) Vorvertragliche Anzeigepflicht

Bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung sind Sie verpflichtet, auf unsere Fragen in Textform uns wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen, ob Sie kein Nichtraucher im Sinne von Absatz 2a, also Raucher sind. Soll das Leben einer anderen Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße Anzeige verantwortlich. Zu den Rechtsfolgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht siehe AVB für die Hauptversicherung.

c) Gefahrerhöhung nach Abgabe Ihrer Vertragserklärung

Eine Gefahrerhöhung liegt vor, wenn die versicherte Person nach Abgabe der Vertragserklärung, vor Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss, Raucher geworden ist, also aktiv geraucht oder gedampft hat (nikotinhalzig oder nikotinfrei) oder in sonstiger Form Nikotin (beispielsweise in elektrischer Form) oder Joints konsumiert hat. Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie nach Abgabe der Vertragserklärung ohne unsere Einwilligung keine Gefahrerhöhung vornehmen oder deren Vornahme gestatten. Ist eine andere Person versichert, so ist auch diese – neben Ihnen – dafür verantwortlich, dass nach Abgabe der Vertragserklärung keine Gefahrerhöhung vorgenommen wird.

Nimmt die versicherte Person nach Abgabe der Vertragserklärung, vor Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss, dennoch eine Gefahrerhöhung vor, sind sowohl Sie als auch die versicherte Person verpflichtet, uns diese Gefahrerhöhung unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) anzuzeigen.

d) Rechtsfolgen einer Gefahrerhöhung

Beitragsanpassung bei Gefahrerhöhung

Wir verzichten auf unsere gesetzlichen Rechte, den Vertrag wegen einer Gefahrerhöhung zu kündigen oder die erhöhte Gefahr vom Versicherungsschutz auszuschließen. Wird eine Gefahrerhöhung gemäß Absatz 2c vorgenommen, können wir rückwirkend ab dem Zeitpunkt der Gefahrerhöhung einen unseren Geschäftsgrundsätzen entsprechenden höheren

Beitrag verlangen. Eine Beitragserhöhung ist jedoch ausgeschlossen, wenn Sie uns nachweisen, dass die Vornahme der Gefahrerhöhung unverschuldet erfolgt ist.

Wenn Sie oder die versicherte Person eine Gefahrerhöhung entsprechend Absatz 2c nachträglich erkennen und uns dies nicht angezeigt wird, können wir die vorgenannte Beitragserhöhung auch dann vornehmen, wenn die Gefahrerhöhung unverschuldet ist.

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.

Eine Beitragserhöhung hat keine Auswirkungen auf die Höhe der versicherten Leistung. Falls wir den Beitrag für die Zusatzversicherung um mehr als 10 % erhöhen, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung unserer Beitragserhöhung fristlos kündigen.

Leistungsminderung bei Gefahrerhöhung

Wurde vor Ablauf von fünf Jahren seit Vertragschluss eine Gefahrerhöhung ohne unsere Einwilligung vorsätzlich vorgenommen und wurde uns dies nicht unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) mitgeteilt, beschränkt sich die versicherte Leistung auf zwei Drittel der vereinbarten Versicherungssumme. Die Verringerung unserer Leistungspflicht gilt nicht, wenn die Gefahrerhöhung nicht ursächlich für den Eintritt des Versicherungsfalles war. Wir werden uns im Fall der Gefahrerhöhung nicht auf die Leistungsverringerung berufen, wenn zwischen Gefahrerhöhung und Eintritt des Versicherungsfalles mehr als 10 Jahre vergangen sind.

- (3) Ist für diese Zusatzversicherung der Rauchertarif vereinbart und sollte die versicherte Person nach Vertragschluss Nichtraucher geworden sein, sind wir auf Ihren Wunsch hin bereit, nach ergänzender Risikoeinschätzung den Wechsel in eine Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung nach Nichtrauchertarif zu prüfen. Als Nichtraucher gilt die versicherte Person dabei, wenn sie in den letzten zwölf Monaten vor dem Wunsch eines Tarifwechsels die Kriterien für einen Nichtraucher erfüllt hat, die wir nach Absatz 2 a) bei Antragstellung zugrunde legen, und sie beabsichtigt, auch in Zukunft Nichtraucher zu bleiben.

§ 4 Wann wird unsere Leistung fällig?

- (1) Der Anspruch auf die Leistung entsteht – sofern die versicherte Person diesen Zeitpunkt erlebt – grundsätzlich nach Ablauf von 28 Tagen seit der ärztlichen Diagnose der versicherten schweren Krankheit (siehe § 1). Bis zum Ablauf von 28 Tagen seit der ärztlichen Diagnose sind die Beiträge in voller Höhe fällig. Beachten Sie bitte: Bei einem Schlaganfall besteht folgende Sonderregelung: Die Beurteilung, ob die Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind, darf frühestens drei Monate nach dem Schlaganfall erfolgen (siehe „Anlage zu den Versicherungsbedingungen – Definition der versicherten schweren Krankheiten“, 3. Schlaganfall, Abs. 2). Stirbt die versicherte Person vor Ablauf der vorgenannten Frist von mindestens drei Monaten, aber nach Ablauf von 28 Tagen seit der ärztlichen Diagnose, leisten wir, wenn die versicherte Person die Leistungsvoraussetzungen ununterbrochen vom Schlaganfall bis zu ihrem Tod erfüllt hat. Auch bei einem Schlaganfall sind die Beiträge bis zum Ablauf von 28 Tagen seit der ärztlichen Diagnose in voller Höhe fällig. Die vorstehende Frist von drei Monaten hat keinen Einfluss auf die Beitragsfälligkeit. Während dieses Zeitraums entrichtete, aber nicht mehr fällige Beiträge werden wir erstatten.
- (2) Bei einer Krebserkrankung beginnt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf einer dreimonatigen Wartezeit (siehe „Anlage zu den Versicherungsbedingungen –

Definition der versicherten schweren Krankheiten“, 1. Krebs, Abs. 3). Die Wartezeit beginnt, nachdem Sie den ersten Beitrag bezahlt haben.

§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- (1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache die schwere Krankheit der versicherten Person beruht.
- (2) Wir leisten jedoch nicht, wenn die schwere Krankheit verursacht ist
- a) unmittelbar oder mittelbar durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
 - b) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse. In diesem Fall beschränkt sich unsere Leistungspflicht auf die Auszahlung des für den Diagnosetag berechneten Zahlungsbetrags (siehe § 7). Dies gilt jedoch nicht für solche Ereignisse, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war. Unsere Leistungspflicht bleibt insbesondere dann bestehen, wenn die schwere Krankheit während eines Aufenthaltes außerhalb der territorialen Grenzen der NATO-Mitgliedstaaten verursacht wurde und die versicherte Person als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei mit Mandat der NATO oder UNO an der Erbringung humanitärer Hilfeleistungen oder an friedenssichernden Maßnahmen teilgenommen hat.
 - c) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass es zu deren Abwehr und Bekämpfung des Einsatzes der Katastrophenschutzbehörde der Bundesrepublik Deutschland oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf;
 - d) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;
 - e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die schwere Krankheit der versicherten Person herbeigeführt haben;
 - f) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, der die freie Willensbestimmung ausschließt und in den sich die versicherte Person nicht absichtlich versetzt hat, werden wir leisten;
 - g) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben oder die Gesundheit 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;
 - h) durch Missbrauch von Alkohol, Drogen oder Medikamenten oder bei der Einnahme von Gift.

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

- (1) Eine Leistung aus der Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung erbringen wir gegen Vorlage des Versicherungsscheins. Zusätzlich können wir auch den Nachweis der letzten Beitragszahlung verlangen.
- (2) Bitte informieren Sie uns unverzüglich (ohne schuldhaftes Zögern), wenn bei der versicherten Person eine der drei schweren Krankheiten vorliegt. Wird eine Leistung aus dieser Zusatzversicherung verlangt, sind uns auf Kosten des Ansprucherhebenden insbesondere folgende Auskünfte, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, zu geben und Nachweise vorzulegen:
 - a) die ärztliche Diagnose und Indikation (medizinische Maßnahme) der schweren Krankheit;
 - b) den Operationsbericht für die Operation einer schweren Krankheit;
 - c) Unterlagen über Laboruntersuchungen, EKG.

Dabei müssen in Bezug auf die drei versicherten schweren Krankheiten spezifische Unterlagen von qualifizierten Ärzten vorgelegt werden. Die notwendigen Unterlagen sowie die in Frage kommenden Ärzte sind in der „Anlage zu den Versicherungsbedingungen – Definition der versicherten schweren Krankheiten“ aufgeführt.

- (3) 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. Darüber hinaus können wir erforderliche Erhebungen selbst anstellen, wie beispielsweise zum Rauchverhalten vor Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss.

§ 7 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

- (1) Die Zusatzversicherung bildet mit der Hauptversicherung eine Einheit; sie kann ohne diese nicht fortgesetzt werden. Die Zusatzversicherung erlischt spätestens mit Beginn der Rentenzahlung aus der Hauptversicherung bzw. mit dem Ablauf der Hauptversicherung. Die Zusatzversicherung erlischt, wenn wir hieraus eine Leistung erbringen.

Kündigung der Zusatzversicherung

- (2) Eine Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung, für die laufende Beiträge zu zahlen sind, können Sie zu jedem Beitragsfälligkeitstermin kündigen, eine beitragsfreie Zusatzversicherung zu jedem Monatsende.

Auszahlungsbetrag

- (3) Wir zahlen nach Kündigung den
 - Rückkaufswert (Absatz 4 und 6),
 - vermindert um den Abzug (Absatz 5),
 - erhöht um die Überschussbeteiligung (Absatz 7).
- (4) Der Rückkaufswert ist nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation für den maßgebenden Kündigungstermin berechnete Deckungsrückstellung*) der Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung. Der Rückkaufswert entspricht mindestens dem Betrag der Deckungsrückstellung, die sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschlusskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Ist die vereinbarte Vertragsdauer der Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung kürzer als fünf Jahre, verteilen wir diese Kosten auf die Vertragsdauer. In jedem Fall beachten wir die

*) Eine Deckungsrückstellung müssen wir bilden, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können.

aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (siehe AVB für die Hauptversicherung).

Abzug

- (5) Wir vereinbaren mit Ihnen – sofern die Zusatzversicherung nicht vorzeitig beitragsfrei gestellt wurde – einen Abzug von dem gemäß Absatz 4 ermittelten Wert. Die Höhe des Abzugs finden Sie in der Anlage des Antrags. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Das ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm der mit der Kündigung verbundene zusätzliche Verwaltungsaufwand ausgeglichen wird; zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen und die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer 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. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug und seiner Höhe finden Sie im Anhang zu den AVB der Hauptversicherung.

Herabsetzung des Rückkaufswerts im Ausnahmefall

- (6) Wir sind nach § 169 Abs. 6 VVG berechtigt, den nach Absatz 4 berechneten Betrag angemessen herabzusetzen, soweit dies erforderlich ist, um eine Gefährdung der Belange der Versicherungsnehmer, insbesondere durch eine Gefährdung der dauernden Erfüllbarkeit der sich aus den Versicherungsverträgen ergebenden Verpflichtungen, auszuschließen. Die Herabsetzung ist jeweils auf ein Jahr befristet.

Überschussbeteiligung

- (7) Für die Ermittlung des Auszahlungsbetrags setzt sich die Überschussbeteiligung zusammen aus
 - den Ihrem Vertrag eventuell bereits zugeteilten, verzinslich angesammelten Überschussanteilen (§ 2 Abs. 3a), soweit sie nicht bereits in dem nach den Absätzen 3 bis 5 berechneten Betrag enthalten sind,
 - dem Schlussüberschussanteil nach § 2 Abs. 3b und
 - den bei Kündigung vorhandenen, Ihrem Vertrag gemäß § 2 Abs. 4 zuzuteilenden Bewertungsreserven.

Hinweis

- (8) Die Kündigung der Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung kann für Sie Nachteile haben: Da die gezahlten Beiträge fast ausschließlich zur Deckung des versicherten Risikos und der Kosten für Abschluss (Absatz 4) sowie Verwaltung benötigt werden, ist nur ein geringer oder gar kein Rückkaufswert vorhanden. Nähere Informationen zum Rückkaufswert können Sie der Tabelle in der Anlage zum Antrag entnehmen.

Beitragsfreistellung

- (9) Eine Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung können Sie – unter Beachtung der in den AVB für die Hauptversicherung genannten Termine – zusammen mit der Hauptversicherung oder für sich alleine beitragsfrei stellen. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass ein Rückkaufswert gemäß Absatz 4 vorhanden ist. In diesem Fall setzen wir die vereinbarte Versicherungssumme der Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung auf eine beitragsfreie Versicherungssumme herab. Diese wird nach folgenden Gesichtspunkten berechnet:
 - nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik,
 - für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode,
 - unter Zugrundelegung des Rückkaufswertes (Absatz 4),

- vermindert um den Abzug (Absatz 10).

Abzug

- (10) Wir vereinbaren mit Ihnen einen Abzug von dem für die Bildung der beitragsfreien Versicherungssumme zur Verfügung stehenden Betrag. Der Betrag wird im Verhältnis zur bisherigen beitragspflichtigen Versicherungssumme der Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung bemessen; die Höhe des Abzugs finden Sie in der Anlage des Antrags. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Das ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit dem Abzug die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Beitragsfreistellung 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. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug finden Sie im Anhang zu den AVB der Hauptversicherung.

Hinweis

- (11) Die Beitragsfreistellung der Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung kann für Sie Nachteile haben. Da die gezahlten Beiträge fast ausschließlich zur Deckung des versicherten Risikos und der Kosten für Abschluss (Absatz 4) sowie Verwaltung benötigt werden, ist nur ein geringer oder gar kein Rückkaufswert als Basis für eine beitragsfreie Versicherungssumme der Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung vorhanden. Nähere Informationen zur beitragsfreien Versicherungssumme können Sie der Tabelle in der Anlage zum Antrag entnehmen.

1. Krebs

- (1) Krebs im Sinne dieser Bedingungen ist ein histologisch nachgewiesener bösartiger Tumor, der durch unkontrolliertes Wachstum sowie das Eindringen in anderes Gewebe mit Tendenz zur Metastasenbildung gekennzeichnet ist. Unter den Begriff „Krebs“ fallen auch die Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin. Die Diagnose muss durch Vorlage des histologischen – bzw. für Leukämien zytologischen – Befundes durch einen qualifizierten Arzt (Onkologen oder Pathologen) bestätigt sein.
- (2) Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:
 - a) Alle Krebserkrankungen, die ausschließlich auf Basis molekularer oder biochemischer Verfahren nachgewiesen werden (z. B. durch den Nachweis von Tumor-DNA im Blut)
 - b) Carcinoma-in-situ (einschließlich Zervixdysplasie der CIN-Klassifikationen CIN-1, CIN-2 und CIN-3 und der PAP-Klassifikationen PAP-1 bis PAP-4) oder prae-maligne und nicht-invasive Formen.
 - c) Morbus Hodgkin und Non-Hodgkin-Lymphome der Klasse 1 (Ann-Arbor-Klassifikation)
 - d) Leukämie, sofern diese keine Anämie verursacht hat
 - e) Hautkrebs und Melanome, die ein histologisch nachgewiesenes Tumorstadium I oder II der TNM-Klassifikation oder eine Eindringtiefe von weniger als 1,5 Millimetern nach der Breslow-Methode haben. Liegt aber eine Fernmetastasenbildung vor, so werden wir leisten.
 - f) Prostatakrebs der histologisch nachgewiesenen TNM-Klassifikation T1N0M0
 - g) Schilddrüsenkrebs der histologisch nachgewiesenen TNM-Klassifikation T1N0M0
- (3) Nach diesen Bedingungen besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn
 - a) erstmalige Symptome innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes auftreten oder
 - b) eine Diagnose von Krebs innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes erfolgt.

Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt dieselbe Wartezeit für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut.

2. Herzinfarkt

Ein Herzinfarkt im Sinne dieser Bedingungen ist ein akutes Ereignis, das innerhalb eines umschriebenen Herzmuskelbereichs zu einem Untergang von Herzmuskelzellen infolge unzureichender Blutzufuhr geführt hat, wenn zusätzlich jede der folgenden Bedingungen erfüllt ist und

durch einen qualifizierten Arzt (Kardiologen) nachgewiesen wird:

- a) Neu aufgetretene EKG-Veränderungen, die mit einem akuten Herzinfarkt vereinbar sind, werden nachgewiesen.
- b) Die herzspezifischen Marker weisen einen für Herzinfarkt charakteristischen Verlauf auf.
- c) Im betroffenen Herzmuskelbereich ist ein Funktionsverlust durch eine verminderte Auswurfleistung des Herzens unter 55 % oder durch regionale Wandbewegungsstörungen nachweisbar.

3. Schlaganfall

- (1) Ein Schlaganfall im Sinne dieser Bedingungen ist der Untergang von Hirngewebe, verursacht durch eine akute Durchblutungsstörung des Gehirns infolge eines Hirninfarkts oder einer intrakranialen oder subarachnoidalen Blutung, wobei zusätzlich jede der folgenden Bedingungen erfüllt ist:
 - a) Das Vorliegen eines Schlaganfalles muss durch einen qualifizierten Arzt (Neurologen / Internisten / Intensivmediziner) und mittels CT, MRT oder andere entsprechende bildgebende Verfahren nachgewiesen werden.
 - b) Der Schlaganfall muss zu einem dauerhaften und objektivierbaren motorischen Funktionsausfall führen. Der Funktionsausfall muss dabei in einem Bereich auftreten, der durch die vom Schlaganfall betroffene Hirnregion gesteuert wird.
- (2) Die Beurteilung, ob die unter 1 b) aufgeführten Bedingungen an das neurologische Defizit erfüllt sind, darf frühestens drei Monate nach dem Schlaganfall erfolgen.
- (3) Bei einer vorübergehenden Hirndurchblutungsstörung (TIA – transitorische ischämische Attacke), welche neurologische Ausfallerscheinungen hervorruft, die sich innerhalb von 24 Stunden vollständig zurückbilden, wird nicht geleistet.

Qualifizierte Ärzte

Qualifizierte Ärzte im Sinne dieser Versicherungsbedingungen und der Anlage sind Fachärzte/-innen, die in einem der folgenden Staaten eine gültige staatliche Zulassung als Facharzt besitzen und aktive Mitglieder der dort ansässigen Ärztekammer sind: ein Mitgliedstaat der EU, Australien, Island, Kanada, Liechtenstein, Neuseeland, Norwegen, die Schweiz und die USA. Wir können auf Antrag auch Fachärzte, die in einem anderen Staat eine Zulassung besitzen und Mitglied der entsprechenden Ärztekammer sind, als qualifizierte Ärzte anerkennen. Als qualifizierte Ärzte kommen nicht in Frage die versicherte Person selbst und der Versicherungsnehmer, ein Lebens- bzw. Ehepartner oder ein Verwandter der versicherten Person sowie ein Lebens- bzw. Ehepartner oder ein Verwandter des Versicherungsnehmers.

Zusatzvereinbarung zur Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung – Berücksichtigung von gesundheitsbewusstem Verhalten im Rahmen der Überschussbeteiligung

Bei Ermittlung der Beitragshöhe für die Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung legen wir unter anderem den Gesundheitszustand der versicherten Person zum Zeitpunkt der Antragstellung zugrunde, und zwar auf Basis der Beantwortung der entsprechenden Antragsfragen und ggf. weiterer medizinischer Informationen. Außerdem berücksichtigen wir gesundheitsbewusstes Verhalten der versicherten Person, indem wir die Beitragshöhe danach unterscheiden, ob sie Raucher oder Nichtraucher ist.

Sofern wir es mit Ihnen im Versicherungsschein oder einem Nachtrag vereinbart haben, berücksichtigen wir darüber hinaus auch bei den auf den Beitrag angerechneten Überschussanteilen der Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung während der Beitragszahlungsdauer nachgewiesenes gesundheitsbewusstes Verhalten der versicherten Person. Hierfür gelten die folgenden Regelungen:

Die nach den in § 2 Absatz 1 bis 3 der Bedingungen für die Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung (SZVB) ermittelten, auf die Beitragszahlung angerechneten Überschussanteile werden auf der Grundlage des gesundheitsbewussten Verhaltens der versicherten Person erhöht oder vermindert.

Zusätzliche Generali Vitality Überschussbeteiligung durch Teilnahme am Generali Vitality Programm

Nimmt die versicherte Person am Generali Vitality Programm teil, kann Ihre Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung eine zusätzliche Überschussbeteiligung erhalten (Generali Vitality Überschussbeteiligung). Eine Generali Vitality Überschussbeteiligung können wir nach Maßgabe der folgenden Vereinbarungen jedoch nur gewähren, wenn Ihrem jeweiligen Vertrag eine Überschussbeteiligung nach § 2 Abs. 3 a) zugeteilt wird und Beiträge für Ihre Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung gezahlt werden.

Teilnahme am Generali Vitality Programm

Das Generali Vitality Programm ist ein Gesundheits- und Belohnungsprogramm, das seine Mitglieder zu einem gesünderen und aktiveren Leben motiviert. Bei unseren Annahmen zur Entwicklung von Versicherungsleistungen gehen wir davon aus, dass versicherte Personen, die sich an diesem Programm beteiligen, weniger Versicherungsfälle verursachen. Daher soll diesen Verträgen nach den Grundsätzen der Verursachungsorientierung auch eine zusätzliche Überschussbeteiligung zugeteilt werden. Denn diese Verträge werden im Rahmen der jährlichen Gewinnerlegung separat betrachtet.

Für die Teilnahme der versicherten Person am Generali Vitality Programm ist der Abschluss eines eigenständigen und kostenpflichtigen Mitgliedsvertrages bei der Generali Engagement Solutions GmbH erforderlich (Generali Vitality Mitgliedschaft), die das Programm betreibt. Für die Generali Vitality Mitgliedschaft gelten die eigenen Teilnahmebedingungen der Generali Engagement Solutions GmbH. Im Rahmen der Teilnahme kann die versicherte Person abhängig von ihrer Beteiligung an dem Gesundheitsprogramm vier verschiedene Stufen des Generali Vitality Status erreichen. Das sind die Stufen Bronze, Silber, Gold und Platin. In aufsteigender Reihenfolge bedeutet hierbei Bronze den niedrigsten erreichbaren Status und Platin den höchsten erreichbaren Status. Mindestens Bronze erreicht die versicherte Person im Rahmen ihrer Mitgliedschaft immer. Bei der Ermittlung des jeweiligen Generali Vitality Status können die in den Teilnahmebedingungen der Generali Engagement Solutions GmbH im Einzelnen beschriebenen gesundheitsbewussten Aktivitäten einfließen, insbesondere

- Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen sowie

- Bewegung und Sport.

In der für die Generali Vitality Mitgliedschaft der versicherten Person aktuell gültigen Übersicht „Punkte und Vorteile“ ist im Einzelnen festgelegt, welche gesundheitsbewussten Aktivitäten mit welcher Punktezahl belohnt werden. Abhängig von der erreichten Punktezahl ergibt sich ein Generali Vitality Status in den vorgenannten Stufen Bronze, Silber, Gold oder Platin. Die Generali Engagement Solutions GmbH kann die Übersicht „Punkte und Vorteile“ entsprechend den Teilnahmebedingungen anpassen.

Die Höhe der Generali Vitality Überschussbeteiligung hängt mit Ausnahme der beiden ersten Versicherungsjahre vom erreichten Generali Vitality Status ab. Den Generali Vitality Status müssen Sie uns ab dem dritten Versicherungsjahr zu dem maßgeblichen Bewertungsstichtag mitteilen. Die versicherte Person kann diese Mitteilung im Rahmen ihrer Mitgliedschaft bei der Generali Engagement Solutions GmbH auch in ihrem Auftrag an uns übermitteln lassen. Eine solche Übermittlung an uns muss die versicherte Person dann entsprechend mit der Generali Engagement Solutions GmbH vereinbaren. Die Beitragseinstufung aufgrund des Gesundheitszustands bei Vertragsbeginn und des gesundheitsbewussten Verhaltens gemäß dem Rauchverhalten der versicherten Person bleibt hiervon unberührt.

Überschussbeteiligung bei Teilnahme am Generali Vitality Programm in den ersten zwei Versicherungsjahren

Nimmt die versicherte Person zum Zeitpunkt des Abschlusses des Versicherungsvertrages am Generali Vitality Programm teil, wird der Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung für die ersten beiden Versicherungsjahre jährlich eine feste zusätzliche Generali Vitality Überschussbeteiligung zugeteilt. Die Höhe dieser zusätzlichen Überschussbeteiligung entspricht dem in Ihrem Versicherungsschein genannten Prozentsatz des jeweiligen Referenzbeitrags^{*)}, um die sich der Zahlbeitrag gegenüber dem Referenzbeitrag in diesen ersten beiden Versicherungsjahren zusätzlich reduziert. Dementsprechend ist der Generali Vitality Status, den die versicherte Person im Rahmen des Generali Vitality Programms erreicht hat, für die Höhe der Generali Vitality Überschussbeteiligung zu Ihrem Vertrag in den ersten beiden Versicherungsjahren nicht relevant. Entscheidend ist entsprechend den von uns getroffenen Annahmen zur Entwicklung des Risikoergebnisses allein die Teilnahme einer versicherten Person an dem Generali Vitality Programm.

Überschussbeteiligung bei Teilnahme am Generali Vitality Programm ab dem dritten Versicherungsjahr

Ab dem dritten Versicherungsjahr richtet sich die Höhe der Generali Vitality Überschussbeteiligung für die Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung dagegen entsprechend den von uns getroffenen Annahmen nach der Entwicklung des Risikoergebnisses und dem jeweiligen Generali Vitality Status, den die versicherte Person drei Monate vor dem jeweiligen Versicherungsjahrestag (Vitality Bewertungsstichtag) erreicht hat und der uns zu eben diesem Bewertungsstichtag von Ihnen oder der Generali Engagement Solutions GmbH übermittelt wird. Der Versicherungsjahrestag ist der Tag im jeweiligen Jahr, der dem Beginndatum Ihrer Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung entspricht. Je nachdem, welcher Generali Vitality Status uns zum jährlichen Vitality Bewertungsstichtag übermittelt wird, reduziert oder erhöht sich der für das betreffende Versicherungsjahr zu zahlende Beitrag, der sog. Zahlbeitrag, gegenüber demjenigen des Vorjahres.

Somit kann sich der Zahlbeitrag in Ihrer Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung demjenigen des Vorjahres (z. B. der

^{*)} Referenzbeitrag ist der Beitrag, der sich aus dem Tarifbeitrag nach Minderung um den gemäß dem Paragraphen „Wie erfolgt die

Überschussbeteiligung?“ der jeweiligen Tarifbestimmung ermittelten, auf den Beitrag angerechneten Überschussanteile ergibt.

Zahlbeitrag im dritten Versicherungsjahr gegenüber dem Zahlbeitrag im zweiten Versicherungsjahr oder der Zahlbeitrag im vierten Versicherungsjahr gegenüber dem Zahlbeitrag des dritten Versicherungsjahres) aufgrund der zusätzlichen Generali Vitality Überschussbeteiligung ab dem dritten Versicherungsjahr weiter reduzieren. Dies setzt aber voraus, dass die versicherte Person zum jeweiligen jährlichen Bewertungsstichtag den Generali Vitality Status Gold oder Platin erreicht hat. Im Platinstatus steigt die Generali Vitality Überschussbeteiligung schneller als im Goldstatus. Folglich reduziert sich der Zahlbeitrag im Platinstatus schneller als im Goldstatus. Die Generali Vitality Überschussbeteiligung kann aber nicht über einen deklarierten Prozentsatz hinaus steigen (maximaler Prozentsatz), so dass der Zahlbeitrag wiederum nicht unbegrenzt fallen kann. In den Jahren bis 2023 betrug die maximal mögliche Reduzierung des Referenzbeitrags durch die Generali Vitality Überschussbeteiligung 16 %. Hieraus kann aber keine Vorhersage für die Zukunft getroffen werden.

Umgekehrt kann sich der Zahlbeitrag gegenüber demjenigen des Vorjahres aufgrund der Generali Vitality Überschussbeteiligung ab dem dritten Versicherungsjahr erhöhen, wenn die versicherte Person lediglich den Generali Vitality Status Bronze oder Silber erreicht. Im Bronzestatus sinkt die Generali Vitality Überschussbeteiligung schneller als im Silberstatus. Folglich erhöht sich der Zahlbeitrag im Bronzestatus schneller als im Silberstatus. Die Generali Vitality Überschussbeteiligung kann aber nicht unter einen vertragsindividuellen Prozentsatz fallen, so dass der Zahlbeitrag nicht unbegrenzt steigen kann. Der vertragsindividuelle Prozentsatz ist bei Vertragsbeginn so festgelegt, dass – auf Basis der zu diesem Zeitpunkt deklarierten Höhe der Überschussanteilsätze und insbesondere unserer Annahmen zur Entwicklung des Risikoergebnisses – die Summe der Zahlbeiträge nicht größer wird als im Falle keiner Statusberücksichtigung der versicherten Person im Vertrag, also so, als ob die versicherte Person nicht am Generali Vitality-Programm teilnimmt.

Die Höhe der zukünftigen zusätzlichen Generali Vitality Überschussbeteiligung hängt zum einen vom Generali Vitality Status ab, den die versicherte Person zum Bewertungsstichtag erreicht hat, und zum anderen von der Deklaration der Überschussanteilsätze des jeweiligen Jahres. Diese zusätzliche Überschussbeteiligung entfällt, wenn unsere Annahmen zur Entwicklung des Risikoergebnisses nicht eintreten und sich die Teilnahme gar nicht auf die Höhe des Risikoergebnisses auswirkt.

Information über Generali Vitality Überschussbeteiligung

Wir informieren Sie jährlich rechtzeitig vor dem Versicherungsjahrestag konkret zu den ab dem dritten Versicherungsjahr von dem erreichten Generali Vitality Status abhängigen Zu- oder Abnahmen Ihres zu zahlenden Beitrags, sofern sich der Zahlbeitrag gegenüber dem Vorjahr ändert. In unserem jährlichen Geschäftsbericht erhalten Sie entsprechende Informationen zur Deklaration der Überschussanteilsätze, insbesondere zu dem jeweils festgelegten maximalen Prozentsatz im Rahmen der Generali Vitality Überschussbeteiligung.

Wie sich der Generali Vitality Status auf die Generali Vitality Überschussbeteiligung auswirken kann, soll anhand eines unverbindlichen Beispiels dargestellt werden.

Unverbindliches Beispiel zur Wirkungsweise der Generali Vitality Überschussbeteiligung

angenommener Tarifbeitrag für Ihre Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung	86,21 €
angenommener Referenzbeitrag (um den auf den Beitrag angerechneten Überschussanteil gemäß den Tarifbestimmungen reduzierter Tarifbeitrag, ohne Berücksichtigung der Generali Vitality Überschussbeteiligung)	50,00 €
Zusätzliche Überschussbeteiligung in den ersten beiden Versicherungsjahren durch die Generali Vitality Überschussbeteiligung (10 % des Referenzbeitrags)	5,00 €
Zahlbeitrag mit Generali Vitality Überschussbeteiligung in den ersten beiden Versicherungsjahren	45,00 €
Mögliche statusabhängige Veränderungen im dritten Versicherungsjahr	
• Bronze (2 % Zahlbeitragserhöhung)	+0,90 €
• Silber (0,75 % Zahlbeitragserhöhung)	+0,34 €
• Gold (0,5 % Zahlbeitragsreduzierung)	–0,23 €
• Platin (1,25 % Zahlbeitragsreduzierung)	–0,56 €
Spannbreite der Höhe des Zahlbeitrages in der Zeit ab dem vierten Versicherungsjahr	
• minimaler Zahlbeitrag bei maximaler Höhe der Generali Vitality Überschussbeteiligung	42,00 €
• maximaler Zahlbeitrag bei minimaler Höhe der Generali Vitality Überschussbeteiligung (bei 30 Jahren vereinbarter Beitragszahlungsdauer)	50,93 €

Alle genannten Prozentsätze können jährlich neu deklariert werden.

Folgen bei Kündigung der Vitality Mitgliedschaft oder bei Widerspruch gegen die Mitteilung des Generali Vitality Status der versicherten Person

Sofern wir zum Versicherungsjahrestag den Generali Vitality Status der versicherten Person aus Gründen nicht übermittelt bekommen, die Sie oder die versicherte Person zu vertreten haben, wird Ihr Vertrag hinsichtlich der Generali Vitality Überschussbeteiligung für das jeweils betroffene Versicherungsjahr so behandelt, als hätte die versicherte Person den Generali Vitality Status Bronze.

Sobald wir wieder rechtzeitig vor dem Versicherungsjahrestag über den Generali Vitality Status informiert werden, ermitteln wir die zusätzlichen Überschussanteile wieder entsprechend dem übermittelten Status.

Folgen bei Einstellung des Generali Vitality Programmes

Sofern das Generali Vitality Programm während der Dauer Ihres Versicherungsvertrags nicht mehr angeboten wird und weder ein Unternehmen der Generali Deutschland Gruppe noch ein drittes Unternehmen in Deutschland ein anderes geeignetes Programm anbietet, das das Generali Vitality Programm für die Zwecke der zusätzlichen Generali Vitality Überschussbeteiligung ersetzen könnte, werden wir Ihrem Vertrag stattdessen fortan nur noch einen verursachungsorientierten verhaltensunabhängigen Überschussanteil nach Maßgabe des § 2 SZVB zuteilen.

Bedingungen für Pflegerententoptions-Zusatzversicherungen nach Tarif PO

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

für Pflegerententoptions-Zusatzversicherungen nach Tarif PO mit Recht auf späteren Abschluss einer Pflegerentenversicherung gegen Einmalbeitrag ohne erneute Gesundheitsprüfung gelten die nachfolgenden Bedingungen. Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

Inhaltsverzeichnis

Was bedeutet die Option?	§ 1
Wann können Sie die Option ausüben?	§ 2
Welche Bestimmungen gelten für die Pflegerentenversicherung bei Ausübung der Option?	§ 3
Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	§ 4
Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?	§ 5

§ 1 Was bedeutet die Option?

- (1) Sie haben das Recht, zu dem im Versicherungsschein genannten Termin (Optionstermin) für die versicherte Person eine Pflegerentenversicherung bis zu der im Versicherungsschein genannten Rentenhöhe (Pflegerenten-anwartschaft) gegen Einmalbeitrag abzuschließen. Zu deren Abschluss prüfen wir nicht erneut den Gesundheitszustand der versicherten Person. Für die Pflegerentenversicherung legen wir vielmehr die Erkenntnisse aus der Gesundheitsprüfung vor Abschluss dieser Pflegerententoptions-Zusatzversicherung zugrunde. Die Pflegerente, die mit einer zum künftigen Optionstermin abzuschließenden Pflegerentenversicherung versicherbar ist, ist in der Höhe begrenzt. Die Grenze bilden 50 % der jährlichen Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten (West). Diese Grenze dürfen die garantierte Rente zusammen mit der nicht garantierten Überschussbeteiligung (in Form z. B. einer Bonusrente oder eines Kundenbonus) einer künftigen Pflegerentenversicherung nicht überschreiten.
- (2) Eine Kapital- oder Rentenzahlung aus dieser Pflegerententoptions-Zusatzversicherung wird zu keinem Zeitpunkt fällig, auch dann nicht, wenn Sie die Option nicht ausüben oder die Pflegerententoptions-Versicherung kündigen. Hiervon gibt es nur folgende Ausnahme: Die Pflegerententoptions-Zusatzversicherung endet und wir erstatten den Auszahlungsbetrag gemäß § 5 Abs. 5 in Verbindung mit Abs. 3, soweit ein solcher vorhanden ist, wenn die Pflegerententoptions-Zusatzversicherung zusammen mit der Hauptversicherung bis fünf Jahre vor dem vereinbarten Ablauf der Pflegerententoptions-Zusatzversicherung gekündigt wird. Wird die Pflegerententoptions-Zusatzversicherung innerhalb der letzten fünf Jahre vor ihrem Ablauf oder ohne die Hauptversicherung gekündigt, führt dies zur beitragsfreien Fortsetzung der Pflegerententoptions-Zusatzversicherung mit Recht auf Abschluss einer reduzierten Pflegerenten-anwartschaft ohne Gesundheitsprüfung (siehe § 5 Absatz 10 bis 12).

§ 2 Wann können Sie die Option ausüben?

Das Optionsrecht nach § 1 kann nur zu dem im Versicherungsschein genannten Termin ausgeübt und frühestens drei Monate vorher, spätestens bis zu dem Termin, in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) beantragt werden.

§ 3 Welche Bestimmungen gelten für die Pflegerentenversicherung bei Ausübung der Option?

Für die vertraglichen Bestimmungen und die Höhe des Einmalbeitrags der aus der Option resultierenden Pflegerentenversicherung sind die dann für die Ausübung der Option geltenden Tarife der Pflegerentenversicherung und deren Versicherungsbedingungen maßgeblich.

§ 4 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

- (1) **Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer**
 - a) Sie erhalten gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in der jeweils geltenden Fassung eine Überschussbeteiligung. Diese umfasst eine Beteiligung an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven. Dafür gelten die Regelungen zur Überschussbeteiligung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Ihrer Hauptversicherung (AVB). Dort finden Sie insbesondere Einzelheiten über die Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer. Nachfolgend erläutern wir Ihnen die Besonderheiten der Überschussbeteiligung dieser Zusatzversicherung.
 - b) Wichtigster Einflussfaktor ist die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Überschüsse entstehen insbesondere, wenn die Aufwendungen für das Pflegefallrisiko niedriger sind und die Kosten sich günstiger entwickeln als bei der Tarifikalkulation zugrunde gelegt.

- c) Die Beiträge für Ihre Zusatzversicherung dienen vorrangig der Deckung des Risikos. Es stehen daher keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung, um Kapital zu bilden, aus dem Kapitalerträge entstehen können.
- d) Aus diesem Grund entstehen auch keine oder nur geringfügige Bewertungsreserven. Soweit Bewertungsreserven überhaupt entstehen, ermitteln wir diese monatlich neu und ordnen sie den Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren (Absatz 4) anteilig rechnerisch zugeordnet.

(2) Zuordnung Ihres Vertrags

Die Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung gehört derselben Bestandsgruppe wie die Hauptversicherung an. Zu welcher Bestandsgruppe und zu welchem Gewinnverband innerhalb dieser Bestandsgruppe Ihre Versicherung gehört, können Sie dem Versicherungsschein entnehmen.

(3) Überschussanteile und ihre Verwendung

a) Beitragsanrechnung

Bei beitragspflichtigen Versicherungen werden mit jeder Beitragszahlung laufende Überschussanteile zugeteilt, die im Verhältnis zum Tarifbeitrag für die Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung bemessen und direkt auf die Beitragszahlung angerechnet werden. Dadurch haben Sie statt des Tarifbeitrags nur den grundsätzlich niedrigeren Zahlbeitrag zu entrichten.

b) Verzinsliche Ansammlung

Versicherungen gegen Einmalbeitrag sowie Versicherungen, deren Beitragszahlungsdauer planmäßig abgelaufen ist, erhalten ebenfalls laufende Überschussanteile. Sie werden dann nach dem früheren Beitrag bzw. dem Einmalbeitrag und der früheren Beitragszahlungsweise bemessen und am Ende eines jeden Versicherungsjahres zugeteilt. Die Überschussanteile in der planmäßig beitragsfreien Zeit werden verzinslich angesammelt. Durch vorzeitige Einstellung der Beitragszahlung beitragsfreie Versicherungen erhalten in der vorzeitig beitragsfreien Zeit keine weiteren laufenden Überschussanteile. Sobald eine vorzeitig beitragsfreie Versicherung den Zeitpunkt erreicht, zu dem sie planmäßig beitragsfrei gewesen wäre, werden die Überschussanteile wieder wie bei planmäßig beitragsfreien Versicherungen zugeteilt.

Bei Versicherungen, zu denen gleichzeitig eine Berufsunfähigkeits- oder Grundfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen ist, wird bei Eintritt von Berufsunfähigkeit bzw. Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit die Überschussverwendungsart der Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung während der Beitragsbefreiung wegen Berufsunfähigkeit bzw. Beeinträchtigung einer körperlichen Fähigkeit von der Beitragsanrechnung auf verzinsliche Ansammlung umgestellt.

Das verzinslich angesammelte Überschussguthaben wird bei Beendigung der Versicherung durch Tod der versicherten Person, Rückkauf oder Ablauf ausgezahlt.

(4) Bewertungsreserven

Bei Beendigung der Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung wird eine Beteiligung an den Bewertungsreserven fällig, sofern überhaupt vorhanden (Absatz 1d). Hierzu gilt Folgendes: Wir teilen Ihrer Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung dann den für diesen Zeitpunkt zugeordneten Anteil an den Bewertungsreserven gemäß der jeweils geltenden gesetzlichen Regelung zu; derzeit sieht § 153 Absatz 3 VVG eine Beteiligung in Höhe der Hälfte der zugeordneten Bewertungsreserven vor. Der auf Ihre Pflege-

rentenoptions-Zusatzversicherung entfallende Teilbetrag wird ausgezahlt. Voraussetzung ist, dass sich für unsere Kapitalanlagen am maßgebenden Stichtag nach Berücksichtigung der aufsichtsrechtlichen Regelungen zur Kapitalausstattung unseres Unternehmens positive Bewertungsreserven ergeben; der maßgebende Stichtag ist in unserem Geschäftsbericht genannt. Aufgrund aufsichtsrechtlicher Regelungen kann die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfallen.

(5) Information über die Höhe der Überschussbeteiligung

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

§ 5 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

- (1) Die Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), grundsätzlich eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung beitragsfrei gemäß Absatz 10 bis 12 oder beitragspflichtig nur bei Beendigung der Beitragszahlung der Hauptversicherung innerhalb der Verfügungsphase fortgesetzt werden.

Kündigung der Zusatzversicherung

- (2) Eine Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung können Sie – unter Beachtung der im entsprechenden Paragraphen der AVB für die Hauptversicherung genannten Termine – zusammen mit der Hauptversicherung oder für sich allein kündigen.
- (3) Bei einer Kündigung der Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung zusammen mit der Hauptversicherung erhalten Sie für die Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung – soweit vorhanden – einen Betrag, sofern die Kündigung nicht innerhalb der letzten fünf Jahre vor Ablauf der Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung erfolgt.
- (4) Kündigen Sie die Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung innerhalb der letzten fünf Jahre vor ihrem Ablauf oder ohne die Hauptversicherung, führt dies zur beitragsfreien Fortsetzung der Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung mit Recht auf Abschluss einer reduzierten Pflegerentenanwartschaft ohne Gesundheitsprüfung gemäß Absatz 10 bis 12.

Auszahlungsbetrag

- (5) Wir zahlen nach Kündigung unter den Voraussetzungen von Absatz 3 den
 - Rückkaufswert (Absatz 6),
 - vermindert um den Abzug (Absatz 7),
 - erhöht um die Überschussbeteiligung (Absatz 8).

Rückkaufswert

- (6) Der Rückkaufswert ist nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation für den maßgebenden Kündigungstermin berechnete Deckungsrückstellung*) der Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung. Der Rückkaufswert entspricht mindestens dem Betrag der Deckungsrückstellung, die sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschlusskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Ist die vereinbarte Versicherungsdauer der Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung kürzer als

*) Eine Deckungsrückstellung müssen wir bilden, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können.

fünf Jahre, verteilen wir diese Kosten auf die Versicherungsdauer. In jedem Fall beachten wir die aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (siehe AVB für die Hauptversicherung).

Abzug

- (7) Wir vereinbaren mit Ihnen – sofern die Zusatzversicherung nicht vorzeitig beitragsfrei gestellt wurde – einen Abzug von dem gemäß Absatz 6 ermittelten Wert. Die Höhe des Abzugs finden Sie in der Anlage zum Antrag. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Das ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit dem Abzug die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen und damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen werden. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer 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. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug finden Sie im Anhang zu den AVB der Hauptversicherung.

Überschussbeteiligung

- (8) Für die Ermittlung des Auszahlungsbetrags nach Absatz 5 setzt sich die Überschussbeteiligung zusammen aus
- den Ihrem Vertrag eventuell bereits zugeteilten, nach § 4 Abs. 3b verzinslich angesammelten Überschussanteilen, soweit sie nicht bereits in dem nach den Absätzen 6 bis 7 berechneten Betrag enthalten sind,
 - den bei Kündigung vorhandenen, Ihrem Vertrag gemäß § 4 Abs. 4 zuzuteilenden Bewertungsreserven.

Hinweis

- (9) Die Kündigung der Pflegearentenoptions-Zusatzversicherung kann für Sie Nachteile haben. Da die gezahlten Beiträge fast ausschließlich zur Deckung des versicherten Risikos und der Kosten für Abschluss sowie Verwaltung benötigt werden, ist nur ein geringer oder gar kein Rückkaufswert vorhanden. Nähere Informationen zum Rückkaufswert können Sie der Tabelle in der Anlage zum Antrag entnehmen.

Beitragsfreistellung

- (10) Eine Pflegearentenoptions-Zusatzversicherung können Sie – unter Beachtung der im entsprechenden Paragraphen der AVB für die Hauptversicherung genannten Termine – zusammen mit der Hauptversicherung oder für sich allein beitragsfrei stellen. Eine Fortführung der Pflegearentenoptions-Zusatzversicherung unter Befreiung von der Beitragszahlungspflicht zusammen mit einer beitragsfreien Hauptversicherung ist allerdings nur möglich, sofern die Kriterien zur Beitragsfreistellung für die Hauptversicherung

erfüllt sind. Anderenfalls wird der wie in Absatz 5 ermittelte Betrag zur Erhöhung der Deckungsrückstellung der Hauptversicherung verwendet. Unter den Voraussetzungen von Absatz 4 führt auch die Kündigung der Pflegearentenoptions-Zusatzversicherung zu ihrer beitragsfreien Fortführung. Voraussetzung für die beitragsfreie Fortführung der Pflegearentenoptions-Zusatzversicherung ist allerdings, dass ein Rückkaufswert gemäß Absatz 6 vorhanden ist. In diesem Fall setzen wir die ohne Gesundheitsprüfung abschließbare Pflegearentenanwartschaft ganz oder teilweise auf eine reduzierte Höhe herab. Diese wird nach folgenden Gesichtspunkten berechnet:

- nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik,
- für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode,
- unter Zugrundelegung des Rückkaufswertes (Absatz 6),
- vermindert um den Abzug (Absatz 11).

Der für die Bildung der beitragsfreien Pflegearentenoptions-Zusatzversicherung zur Verfügung stehende Betrag mindert sich gegebenenfalls um rückständige Beiträge.

Abzug

- (11) Wir vereinbaren mit Ihnen einen Abzug von dem für die Bildung der beitragsfreien Pflegearentenoptions-Zusatzversicherung zur Verfügung stehenden Betrag. Die Höhe des Abzugs finden Sie in der Anlage des Antrags. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Das ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit dem Abzug die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen und damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen werden. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Beitragsfreistellung 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. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug finden Sie im Anhang zu den AVB der Hauptversicherung.

Hinweis

- (12) Die Beitragsfreistellung der Pflegearentenoptions-Zusatzversicherung kann für Sie Nachteile haben. Da die gezahlten Beiträge fast ausschließlich zur Deckung des versicherten Risikos und der Kosten für Abschluss sowie Verwaltung benötigt werden, ist nur ein geringer oder gar kein Rückkaufswert als Basis für eine beitragsfreie Versicherung vorhanden. Nähere Informationen zur beitragsfreien Pflegearentenoptions-Zusatzversicherung können Sie der Tabelle in der Anlage zum Antrag entnehmen.
- (13) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung gelten die Absätze 2 bis 12 entsprechend.

Informationen für den Versicherungsnehmer zur Risiko-Lebensversicherung Sicherheitspolice

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Informationen

Wer ist Ihr Vertragspartner?	Nr. 1
Was ist unsere Hauptgeschäftstätigkeit, und welche Aufsichtsbehörde ist für Ihre Versicherung zuständig?	Nr. 2
Sind Ihre Versicherungsansprüche abgesichert?	Nr. 3
Welche Bedingungen gelten für Ihr Versicherungsverhältnis?	Nr. 4
Welche Versicherungsleistungen sichern wir Ihnen zu, in welcher Höhe sind sie garantiert und wann werden sie fällig?	Nr. 5
Wie hoch ist der Gesamtbeitrag zu Ihrer Versicherung, und fallen für Sie zusätzliche Kosten an?	Nr. 6
Was müssen Sie über die Beitragszahlung wissen?	Nr. 7
Wann beginnen Ihre Versicherung und Ihr Versicherungsschutz, und wie lange dauert die Frist, während der wir Ihren Antrag annehmen können?	Nr. 8
Können Sie Ihre Vertragserklärung nach dem Vertragsabschluss noch widerrufen?	Nr. 9
Welche Laufzeit hat Ihr Versicherungsvertrag?	Nr. 10
Können Sie Ihren Versicherungsvertrag vorzeitig beenden oder im Falle einer laufenden Beitragszahlung diese vorzeitig einstellen?	Nr. 11
Welches Recht ist auf Ihren Versicherungsvertrag anwendbar, und welches Gericht ist für eventuelle Klagen aus dem Vertrag zuständig?	Nr. 12
In welcher Sprache sind die Vertragsbedingungen und Kundeninformationen verfasst, und in welcher Sprache kommunizieren wir mit Ihnen während der Laufzeit des Vertrags?	Nr. 13
An wen können Sie sich bei Fragen oder Beschwerden wenden?	Nr. 14

Besondere Informationen bei Risiko-Lebensversicherungen

Welche Kosten sind in Ihren Beitrag eingerechnet und welche können zusätzlich entstehen?	Nr. 15
Welche Berechnungsgrundsätze und Maßstäbe gelten für die Überschussermittlung und Überschussbeteiligung bei Risiko-Lebensversicherungen?	Nr. 16
Wie hoch sind der Rückkaufswert und die beitragsfreie Versicherungssumme im Falle einer Kündigung bzw. Beitragsfreistellung, und inwieweit sind diese Leistungen bei Vertragsabschluss garantiert?	Nr. 17
Welche Fonds stehen Ihnen bei der fondsgebundenen Überschussbeteiligung zur Verfügung, und wie lauten ihre Anlagegrundsätze, -ziele und -risiken?	Nr. 18
Welche Steuerregelungen gelten allgemein für Risiko-Lebensversicherungen und für eventuell eingeschlossene Zusatzversicherungen?	Nr. 19

Allgemeine Informationen

1. Wer ist Ihr Vertragspartner?

Ihr Versicherer ist die Generali Deutschland Lebensversicherung AG mit Sitz in München, Amtsgericht München – HRB 257068.

Vorsitzender des Aufsichtsrates: Stefan Lehmann

Vorstand: Uli Rothaufe (Vorsitzender),
Nils Heise, Dr. Melanie Kramp-Gerstner,
Edoardo Malpaga, Ulrich Ostholt,
Dirk Wallkötter

Hausanschrift: Adenauerring 7, 81737 München

Internet: www.generali.de

2. Was ist unsere Hauptgeschäftstätigkeit, und welche Aufsichtsbehörde ist für Ihre Versicherung zuständig?

Unsere Hauptgeschäftstätigkeit ist der Betrieb aller Arten der Lebensversicherung. Die für Ihre Versicherung zuständige Aufsichtsbehörde ist die

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

– Bereich Versicherungs- und Pensionsfondsaufsicht –

Hausanschrift: Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn

Postanschrift: Postfach 12 53, 53002 Bonn

3. Sind Ihre Versicherungsansprüche abgesichert?

Zur Absicherung der Ansprüche aus einer Lebensversicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds, der bei der Protektor Lebensversicherungs-AG, Wilhelmstr. 43 / 43 G, 10117 Berlin, www.protektor-ag.de, errichtet ist. Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Durch den Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Personen, der bezugsberechtigten Person und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen geschützt. Die Generali Deutschland Lebensversicherung AG gehört dem Sicherungsfonds an.

4. Welche Bedingungen gelten für Ihr Versicherungsverhältnis?

Eine Übersicht über die für Ihr Versicherungsverhältnis geltenden Bedingungen finden Sie in der Anlage zum Antrag für eine Sicherheitspolice (nachfolgend „Antrag“ genannt). Hierzu gehören insbesondere die Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarifbestimmungen. Alle Vertragsbedingungen und Kundeninformationen werden Ihnen vor Antragstellung in Textform mitgeteilt. Die in den Versicherungsbedingungen verwendeten Begriffe der Berufsunfähigkeit sowie des Verlusts von Grundfähigkeiten stimmen nicht mit dem Begriff der Berufsunfähigkeit oder der Erwerbsminderung im sozialrechtlichen Sinne und nicht mit dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeldversicherung überein. Sie stimmen auch nicht mit dem Begriff der Dienstunfähigkeit eines Beamten bzw. Richters oder der Dienstunfähigkeit eines Soldaten gemäß den jeweiligen entsprechenden gesetzlichen Regelungen überein. Sollen auch bei Dienstunfähigkeit eines Beamten bzw. Richters oder eines Soldaten Leistungen im Rahmen einer Berufsunfähigkeitsabsicherung mitversichert werden, müssen die entsprechenden Zusatzbestimmungen vertraglich vereinbart werden.

5. Welche Versicherungsleistungen sichern wir Ihnen zu, in welcher Höhe sind sie garantiert und wann werden sie fällig?

Art und Fälligkeit unserer Versicherungsleistungen haben wir in den für Ihren Vertrag maßgebenden Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen sowie in den Bedingungen für eventuell eingeschlossene Zusatzversicherungen festgelegt.

Die individuellen Leistungsangaben zu Ihrer Versicherung und die weiteren für Ihren Vertrag maßgeblichen Daten können Sie dem Antrag entnehmen. Dort geben wir auch an, welche Leistungen für die gesamte Vertragsdauer garantiert sind. Hierzu gehört insbesondere die während der Versicherungsdauer jeweils versicherte Summe, die wir zahlen, wenn die versicherte Person verstirbt.

Zu diesen garantierten Leistungen können noch Leistungen aus der Überschussbeteiligung hinzukommen, oder es können sich die von Ihnen zu zahlenden Beiträge – soweit vereinbart – durch die Überschussbeteiligung ermäßigen. Die Höhe der Überschusszuteilungen kann von uns vorab aber nicht angegeben werden, da sie von der zukünftigen Überschussentwicklung unseres Unternehmens abhängen. Sobald wir allerdings Ihrer Versicherung Überschussanteile einzelvertraglich zugeteilt haben, um sie ggf. verzinslich anzusammeln, sind auch die Leistungen hieraus garantiert.

Falls Sie die „fondsgebundene Überschussbeteiligung“ gewählt haben, legen wir die laufenden Überschussanteile in den mit Ihnen vereinbarten Investmentfonds an. Hierdurch sind Sie unmittelbar an der Wertentwicklung eines oder mehrerer besonderer Vermögen beteiligt. Diese Vermögenswerte werden bei unserer Gesellschaft getrennt vom übrigen Vermögen überwiegend in Wertpapieren (Fondsanteile) angelegt und in Anteilheiten aufgeteilt. Der Fachbegriff für diese besonderen Vermögen lautet „Anlagestöcke“. Die auf Ihre Versicherung insgesamt entfallenden Anteilheiten bilden das Fondsguthaben Ihrer Versicherung. Da die Entwicklung dieser Wertpapiere nicht vorausszusehen ist, können wir die Höhe der sich hieraus ergebenden Leistungen nicht garantieren: Diese sind bei einer guten Fondsentwicklung höher als bei einer weniger guten Fondsentwicklung.

6. Wie hoch ist der Gesamtbeitrag zu Ihrer Versicherung, und fallen für Sie zusätzliche Kosten an?

Im Antrag nennen wir den gesamten tariflichen Beitrag zu Ihrer Versicherung. Dort können Sie gegebenenfalls auch ersehen, wie sich Ihr Gesamtbeitrag aus den einzelnen Teilbeiträgen für die Hauptversicherung und eingeschlossene Zusatzversicherungen zusammensetzt. In dem Fall, dass wir Überschussanteile auf den tariflichen Beitrag anrechnen, geben wir darüber hinaus auch den anfänglich zu zahlenden, reduzierten Beitrag an. Zusätzliche Kosten entstehen Ihnen nicht.

7. Was müssen Sie über die Beitragszahlung wissen?

Vereinbarungsgemäß zahlen Sie Ihren Beitrag monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer, jedoch längstens bis zum Schluss der Versicherungsperiode, in der die versicherte Person stirbt. Statt der laufenden Beiträge können Sie auch einen Einmalbeitrag entrichten.

Ihr Erst- bzw. Einmalbeitrag wird sofort nach Abschluss Ihres Versicherungsvertrags fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge sind zu Beginn einer jeden Versicherungsperiode zu zahlen.

Sofern Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt haben, buchen wir die Beiträge von dem uns angegebenen Konto ab.

8. Wann beginnen Ihre Versicherung und Ihr Versicherungsschutz, und wie lange dauert die Frist, während der wir Ihren Antrag annehmen können?

Den Beginn Ihrer Versicherung finden Sie im Antrag.

Ihr Versicherungsschutz beginnt, sobald wir Ihren Versicherungsschein ausgestellt haben, frühestens jedoch zu dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Bitte beachten Sie jedoch, dass wir grundsätzlich erst dann zu einer Leistung verpflichtet sind, wenn wir Ihren Erst- bzw. Einmalbeitrag erhalten haben.

Wenn Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat für die Beiträge erteilt haben, gilt Ihr Erst- bzw. Einmalbeitrag zum Fälligkeitstermin (Abschluss des Versicherungsvertrags) als gezahlt, wenn zum Abbuchungstermin Deckung auf dem Konto vorhanden ist. Über den Abbuchungstermin informieren wir Sie in unserem Anschreiben zum Versicherungsschein. Hat unser Abbuchungsversuch keinen Erfolg, so gilt der Erst- bzw. Einmalbeitrag als nicht gezahlt.

Folgen einer nicht rechtzeitigen Zahlung des Erst- bzw. Einmalbeitrags

Zahlen Sie Ihren Erst- bzw. Einmalbeitrag nicht rechtzeitig, beginnt unsere Leistungspflicht frühestens zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen. Falls also vor diesem Zeitpunkt ein Versicherungsfall eintreten sollte, haben Sie keinen Anspruch auf unsere Leistung. Gleichwohl sind wir bereits ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn zur Leistung verpflichtet, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die nicht rechtzeitige Beitragszahlung nicht zu vertreten haben.

Sollten Sie Ihren Erst- bzw. Einmalbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir auch vom Vertrag zurücktreten, solange Sie die Zahlung nicht bewirkt haben. Unser Rücktrittsrecht ist allerdings ausgeschlossen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

Annahmefrist für Ihren Antrag

Ihren Antrag können wir innerhalb von sechs Wochen annehmen. Diese Annahmefrist beginnt mit Ihrer Antragsunterzeichnung, jedoch nicht vor dem Tag einer eventuell erforderlichen ärztlichen Untersuchung.

9. Können Sie Ihre Vertragserklärung nach dem Vertragsabschluss noch widerrufen?

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. durch Brief, Fax oder E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, wenn Sie die Versicherungsbedingungen, die „Angaben zu Ihrer Versicherung“, das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten nach § 4 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV), die vorliegenden Informationen für den Versicherungsnehmer, die Belehrung über das Widerrufsrecht und die Folgen eines Widerrufs im Antrag sowie den Versicherungsschein erhalten haben. Um die Frist zu wahren, genügt es, wenn Sie Ihren Widerruf rechtzeitig absenden. Der Widerruf ist zu richten an die Generali Deutschland Lebensversicherung AG, Kundenservice-Direktion Köln, Hansaring 40-50, 50670 Köln.

Widerrufsfolgen

Sobald Ihr Widerruf wirksam wird, sind Sie nicht mehr an Ihren Versicherungsantrag gebunden. Sollten wir Ihnen zu diesem Zeitpunkt bereits Versicherungsschutz geboten haben, endet dieser. Den Teil Ihres Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, können wir einbehalten (pro Tag 1/360 des auf ein Jahr entfallenden Beitrags); dafür zahlen wir Ihnen einen gegebenenfalls vorhandenen Rückkaufswert einschließlich Überschussbeteiligung. Dies gilt jedoch nur, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt. Haben Sie eine solche Zustimmung nicht erteilt oder beginnt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf der Widerrufsfrist, erstatten wir Ihnen Ihren gesamten Beitrag. Wir zahlen den Ihnen jeweils zustehenden Betrag unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

10. Welche Laufzeit hat Ihr Versicherungsvertrag?

Ihre Risiko-Lebensversicherung (Hauptversicherung) endet zum vereinbarten Ablauf der Versicherungsdauer oder wenn die versicherte Person stirbt.

Eine Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung endet mit Eintritt ihres Versicherungsfalles, spätestens bei Ablauf ihrer Versicherungsdauer. Auch eine eingeschlossene Berufsunfähigkeits- oder Grundfähigkeits-Zusatzversicherung endet mit

Ablauf ihrer Versicherungsdauer. Tritt hier der Leistungsfall ein, kann eine gegenüber der Versicherungsdauer verlängerte Leistungsdauer vereinbart sein. Eine mitversicherte Option zum Abschluss einer Pflegerentenversicherung ohne Gesundheitsprüfung endet spätestens zum vereinbarten Optionstermin. In jedem Fall endet eine Zusatzversicherung mit dem Tod ihrer versicherten Person. Alle Laufzeiten und Fristen zur Hauptversicherung und den eventuell eingeschlossenen Zusatzversicherungen haben wir für Sie im Antrag dokumentiert.

11. Können Sie Ihren Versicherungsvertrag vorzeitig beenden oder im Falle einer laufenden Beitragszahlung diese vorzeitig einstellen?

Sie können Ihren Versicherungsvertrag ganz oder teilweise kündigen; die maßgeblichen Termine hierzu finden Sie in dem zugehörigen Paragraphen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Für den Fall einer teilweisen Kündigung nennen wir dort auch die Mindestbeträge, welche die verbleibenden Leistungen und Beiträge noch erreichen müssen.

Anstelle einer Kündigung können Sie zum gleichen Zeitpunkt auch verlangen, dass wir Ihre Risiko-Lebensversicherung, sofern sie noch beitragspflichtig ist, in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln. Dadurch vermindert sich verständlicherweise der Versicherungsschutz. Voraussetzung für eine Beitragsfreistellung ist allerdings, dass die in dem zugehörigen Paragraphen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten beitragsfreien Mindestleistungen nicht unterschritten werden.

Einzelheiten zur Kündigung oder Beitragsfreistellung einer evtl. eingeschlossenen Zusatzversicherung ergeben sich aus den zugehörigen Paragraphen der Bedingungen für die jeweilige Zusatzversicherung. Zusatzversicherungen bilden mit der Hauptversicherung, zu der sie abgeschlossen sind, eine Einheit und können ohne die Hauptversicherung grundsätzlich nicht fortgesetzt werden.

Ansprüche aus einer Schwere-Krankheiten-, Berufsunfähigkeits- oder Grundfähigkeits-Zusatzversicherung, die auf einem bereits vor Kündigung oder Beitragsfreistellung eingetretenen Versicherungsfall beruhen, werden durch Rückkauf oder Umwandlung der Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Versicherungsleistung nicht berührt.

Bitte beachten Sie jedoch, dass die Kündigung oder die eventuelle Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung für Sie mit Nachteilen verbunden sein können. Informationen zur Höhe der Rückkaufswerte und der beitragsfreien Leistungen erhalten Sie unter der nachfolgenden Nr. 17.

12. Welches Recht ist auf Ihren Versicherungsvertrag anwendbar, und welches Gericht ist für eventuelle Klagen aus dem Vertrag zuständig?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung, u. a. das Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

Dem Paragraphen „Wo ist der Gerichtsstand?“ in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen können Sie entnehmen, welches Gericht jeweils zuständig ist, falls Sie oder wir eine Klage aus dem Versicherungsvertrag erheben.

13. In welcher Sprache sind die Vertragsbedingungen und Kundeninformationen verfasst, und in welcher Sprache kommunizieren wir mit Ihnen während der Laufzeit des Vertrags?

Wir teilen Ihnen alle Vertragsbedingungen und Kundeninformationen in deutscher Sprache mit. Auch während der Vertragslaufzeit verständigen wir uns mit Ihnen in Deutsch.

14. An wen können Sie sich bei Fragen oder Beschwerden wenden?

Bei Fragen oder Beschwerden zu Ihrer Versicherung wenden Sie sich bitte an Ihren Vermögensberater. Er (oder sie) ist gerne bereit, Ihnen behilflich zu sein.

Und wenn Sie einmal mit uns nicht zufrieden sind?

Bitte melden Sie sich jederzeit mit Ihrem Anliegen oder Ihrer Beschwerde direkt bei Ihrer Kundenservice-Direktion. Die Adresse und Telefonnummer finden Sie in dem Begleitschreiben zu Ihrem Versicherungsschein. Darüber hinaus können Sie sich auch über unsere Internetseite an uns wenden:

www.generali.de/feedback

Sollte Ihr Problem auf diesem Wege nicht zu lösen sein, schreiben Sie bitte unserem Vorstand:

Vorstand der
Generali Deutschland Lebensversicherung AG
Adenauerring 7
81737 München

Wir sind sicher, dass wir gemeinsam mit Ihnen Ihr Anliegen oder Ihre Beschwerde klären werden.

Wenn Sie aber mit unserer Entscheidung nicht einverstanden sind, können Sie als unabhängigen und neutralen Schlichter den Versicherungsombudsmann e. V. ansprechen:

Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin

Weitere Kontaktwege und Informationen hierzu finden Sie auf www.versicherungsombudsmann.de.

Der Versicherungsombudsmann e. V. ist eine unabhängige Schlichtungsstelle. Sie überprüft neutral, schnell und unbürokratisch die Entscheidungen der Versicherer. Für Sie als Verbraucher arbeitet sie kostenfrei.

Sie können Ihre Beschwerde auch an die

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin),
Bereich Versicherungs- und Pensionsfondsaufsicht
Graurheindorfer Str. 108
53117 Bonn

richten. Die BaFin ist allerdings keine Schiedsstelle und ihre Entscheidung in einzelnen Streitfällen nicht verbindlich.

Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

Wir möchten, dass Sie mit uns zufrieden sind. Unser Kundenservice ist ausgezeichnet – Ihre Anliegen nehmen wir sehr ernst.

Besondere Informationen bei Risiko-Lebensversicherungen

15. Welche Kosten sind in Ihren Beitrag eingerechnet und welche können zusätzlich entstehen?

Die Abschlusskosten sowie die übrigen Kosten (Verwaltungskosten) haben wir bei der Kalkulation Ihres Tarifbeitrags bzw. des von Ihnen zu zahlenden Beitrags bereits berücksichtigt. Weitere Angaben, auch zu möglichen sonstigen Kosten, enthält Nr. 3 der „Angaben zu Ihrer Versicherung“ und das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten. Diese Unterlagen erhalten Sie vor Antragsunterzeichnung.

16. Welche Berechnungsgrundsätze und Maßstäbe gelten für die Überschussermittlung und Überschussbeteiligung bei Risiko-Lebensversicherungen?

Der Versicherungsschutz, den wir Ihnen für die gesamte Vertragslaufzeit zusagen, erfordert von uns eine vorsichtige Tarifikalkulation. Wir müssen insbesondere für eine ungünstige Entwicklung der versicherten Risiken und für Kostensteigerungen ausreichend Vorsorge treffen. Unsere vorsichtigen Annahmen hierzu führen zu Überschüssen, an denen wir Sie und die anderen Versicherungsnehmer beteiligen. Dies gilt ggf. auch für die Erträge, die wir aus den Kapitalanlagen erzielen.

Bei der Wahl der fondsgebundenen Überschussbeteiligung fließen die von den Fondsgesellschaften ausgeschütteten Erträge, die sie aus den Vermögenswerten der Anlagestöcke erzielen, unmittelbar den jeweiligen Anlagestöcken zu. Diese ergeben zusätzliche Anteilseinheiten für Ihr Fondsguthaben.

Wie entstehen die Überschüsse?

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

• Risikoergebnis

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

• Kostenergebnis

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

• Kapitalanlageergebnis

Damit wir unsere Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen jederzeit erfüllen können, müssen wir eine Deckungsrückstellung bilden und Mittel in entsprechender Höhe anlegen (z. B. in festverzinslichen Wertpapieren, Hypotheken, Darlehen, Aktien und Immobilien). Dies überwachen unser Verantwortlicher Aktuar und unser Treuhänder des Sicherungsvermögens. Bei der Berechnung der Deckungsrückstellung wird ein Zinssatz von 0,25 % p. a. zugrunde gelegt. Dies bedeutet, dass sich die Vermögenswerte mindestens in dieser Höhe verzinsen müssen. In der Regel übersteigen die Kapitalerträge diesen Mindestzins und es entstehen Zinsüberschüsse.

Übersteigt der Marktwert der Kapitalanlagen den Wert, mit dem diese in unserer Bilanz ausgewiesen sind, entstehen Bewertungsreserven. Diese bilden einen Puffer, um kurzfristige Ausschläge an den Kapitalmärkten auszugleichen. Weitere Erläuterungen hierzu finden Sie im Paragraphen „Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?“ der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Wie werden die Überschüsse ermittelt und festgestellt?

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

Wie beteiligen wir unsere Versicherungsnehmer an den Überschüssen, und wie erfolgt die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags?

Die von uns erwirtschafteten Überschüsse kommen zum ganz überwiegenden Teil den Versicherungsnehmern zugute. Der übrige Teil wird an die Aktionäre ausgeschüttet bzw. den Rücklagen des Unternehmens zugeführt. Über die Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungs-

nehmer gibt Ihnen der zugehörige Abschnitt des Paragraphen „Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?“ der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Auskunft.

Da die verschiedenen Versicherungsarten in unterschiedlichem Umfang zum Überschuss beitragen, fassen wir gleichartige Versicherungen zu Bestandsgruppen zusammen. Kriterien für die Bildung einer solchen Gruppe sind die Art der Kapitalanlage und das versicherte Risiko. Danach werden z. B. Risiko-Lebensversicherungen, Berufsunfähigkeits- sowie Grundfähigkeits-Versicherungen und Rentenversicherungen jeweils eigenen Gruppen zugeordnet. Darüber hinaus haben wir nach engeren Gleichartigkeitskriterien innerhalb der Bestandsgruppen Untergruppen gebildet; diese werden Gewinnverbände genannt. Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen des in Ihrem Versicherungsschein genannten Gewinnverbandes innerhalb der dort ebenfalls aufgeführten Bestandsgruppe.

Wir teilen Ihrem Vertrag – soweit vereinbart – zu jeder Beitragsfälligkeit Überschussanteile zu und rechnen sie direkt auf Ihren Beitrag an. Stattdessen besteht aber auch die Möglichkeit, dass wir die laufenden Überschussanteile verzinslich ansammeln oder in Investmentfonds anlegen (siehe Nr. 5). Die von Ihnen gewünschte Art der Überschussverwendung haben wir in der Anlage zum Antrag dargelegt. Bei Ablauf der Versicherungsdauer oder bei einer vorzeitigen Beendigung Ihres Vertrags können eventuell vorhandene Bewertungsreserven hinzukommen. Weitere Erläuterungen zur Überschussverwendung bei der Hauptversicherung sowie bei eventuell eingeschlossenen Zusatzversicherungen können sie den zugehörigen Paragraphen der einzelnen Bedingungswerke entnehmen.

Die Höhe der Überschussanteil-Sätze wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschussanteil-Sätze in unserem Geschäftsbericht. Den Geschäftsbericht können Sie bei uns jederzeit anfordern. Sie finden ihn auch auf unserer Internetseite: www.generali.de.

Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung ist nicht garantiert.

Versicherungsmathematische Hinweise:

Die Bemessungsgrößen für die Überschussanteile werden nach versicherungsmathematischen Regeln mit den Rechnungsgrundlagen der Tariffkalkulation ermittelt. Die Kalkulation der bei Vertragsabschluss garantierten Leistungen der Hauptversicherung basiert auf den Sterbewahrscheinlichkeiten der Sterbetafeln der Deutschen Aktuarvereinigung (DAV) 2008 T NR bei Vereinbarung des Nichtraucher tariffs, ansonsten 2008 T R (jeweils getrennt nach Männern und Frauen) für Versicherungen mit überwiegendem Todesfallcharakter. Als Rechnungszins werden 0,25 % p. a. angesetzt.

17. Wie hoch sind der Rückkaufswert und die beitragsfreie Versicherungssumme im Falle einer Kündigung bzw. Beitragsfreistellung, und inwieweit sind diese Leistungen bei Vertragsabschluss garantiert?

Unter Nr. 11 haben wir bereits auf die grundsätzlichen Voraussetzungen hingewiesen, unter denen Sie Ihren Vertrag kündigen oder beitragsfrei stellen können.

Bei einer vollständigen Kündigung erhalten Sie – soweit vorhanden – den Rückkaufswert, vermindert um einen Abzug, ggf. erhöht um Leistungen aus der Überschussbeteiligung. Der Rückkaufswert orientiert sich an dem Deckungskapital Ihrer Versicherung zum maßgebenden Kündigungstermin. Ist Ihre Versicherung beitragspflichtig, setzen wir im Falle einer Beitragsfreistellung die Todesfallsumme aus der Hauptversicherung und die Leistungen aus eventuellen Zusatzversicherungen nach den in den Versicherungsbedingungen beschriebenen Regeln herab.

Der Auszahlungsbetrag bei Kündigung und die beitragsfreie Todesfallsumme erreichen mindestens die bei Vertragsabschluss vereinbarten Garantiebeträge. Eine Übersicht dieser Garantiewerte ist in der Anlage zum Antrag abgedruckt.

Werden die Versicherungsleistungen aufgrund des Dynamikplans erhöht, so erhöhen sich im Allgemeinen auch die Garantiewerte. Die aktualisierten Werte teilen wir Ihnen jeweils in einem Nachtrag zu Ihrer Versicherung mit.

18. Welche Fonds stehen Ihnen bei der fondsgebundenen Überschussbeteiligung zur Verfügung, und wie lauten ihre Anlagegrundsätze, -ziele und -risiken?

Die Informationen zu diesem Punkt haben wir für Sie unter der Überschrift „Spezifische Informationen für den Versicherungsnehmer zu den wählbaren Investmentfonds und anderen Anlageoptionen“ zusammengefasst. Dort finden Sie auch die Wertentwicklung der Fonds in den letzten Jahren.

19. Welche Steuerregelungen gelten allgemein für Risiko-Lebensversicherungen und für eventuell eingeschlossene Zusatzversicherungen?

Die nachstehenden Angaben über die Steuerregelungen gelten für privat abgeschlossene Verträge und insoweit, als das deutsche Steuerrecht Anwendung findet. Letzteres setzt grundsätzlich voraus, dass der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hat.

Bei den Ausführungen handelt es sich lediglich um allgemeine Angaben. Verbindliche Auskünfte über die steuerliche Behandlung von Beiträgen oder Versicherungsleistungen dürfen Ihnen außer dem zuständigen Finanzamt nur die im Steuerberatungsgesetz bezeichneten Personen (insbesondere Steuerberater) erteilen. Unsere Vermittler sind nicht befugt, Sie steuerlich zu beraten. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit dieser Informationen sowie für Angaben von Vermittlern zu steuerlichen Fragen übernehmen wir keine Haftung.

Die Ausführungen entsprechen dem Stand Oktober 2024 der Steuergesetzgebung. Die Anwendung der Steuerregelungen auf den jeweiligen Vertrag kann sich auch während der Laufzeit des Vertrags noch ändern. Insbesondere kann sich aus der Änderung von Gesetzen, Verordnungen und Verwaltungsanweisungen oder auch der Rechtsprechung während der weiteren Vertragslaufzeit sowie durch einvernehmliche Vertragsänderungen eine abweichende steuerliche Behandlung ergeben.

A Einkommensteuer

(1) Risiko-Lebensversicherungen

Risiko-Lebensversicherungen sind steuerlich begünstigt. Die um die evtl. Beitragsanrechnung aus der Überschussbeteiligung geminderten Tarifbeiträge können bei der Veranlagung zur Einkommensteuer im Rahmen der Höchstbeträge für Vorsorgeaufwendungen abgezogen werden (§ 10 Abs. 1 Nr. 3a in Verbindung mit § 10 Abs. 4 EStG – Einkommensteuergesetz). Die Versicherungsleistung einer Risiko-Lebensversicherung ist stets einkommensteuerfrei.

(2) Erhöhungsversicherungen zu Risiko-Lebensversicherungen nach dem Dynamikplan

Planmäßige Erhöhungen nach dem Dynamikplan zu Risiko-Lebensversicherungen unterliegen den gleichen Steuerregelungen wie die Grundversicherung.

(3) Zusatzversicherungen zu Risiko-Lebensversicherungen

Die um die evtl. Beitragsanrechnung aus der Überschussbeteiligung geminderten Tarifbeiträge, die auf Berufsunfähigkeits- sowie Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung zu Risiko-Lebensversicherungen entfallen, können – wie die Beiträge für die Hauptversicherung – als Sonderausgaben abgezogen werden.

Die Versicherungsleistung aus einer Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung ist einkommensteuerfrei.

Renten aus Berufsunfähigkeits- oder Grundfähigkeits-Zusatzversicherungen sind als zeitlich begrenzte Leibrenten mit dem Ertragsanteil aus § 55 EStDV (Einkommensteuer-Durchführungsverordnung) zu versteuern. Nachfolgend sind für einige mögliche Laufzeiten der Berufsunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeitsrente (in Jahren) die zugehörigen Ertragsanteile beispielhaft angegeben:

Laufzeit	1	2	3	6	9	12	15	18	21
Ertragsanteil (in %)	0	1	2	7	10	14	16	19	22

Eventuelle Kapital-Leistungen aus Zusatzversicherungen sind grundsätzlich einkommensteuerfrei.

B Erbschaftsteuer (Schenkungssteuer)

Ansprüche oder Leistungen aus Risiko-Lebensversicherungen und ggf. eingeschlossenen Zusatzversicherungen unterliegen der Erbschaftsteuer (Schenkungssteuer), wenn sie aufgrund einer Schenkung des Versicherungsnehmers oder bei dessen Tod als Erwerb von Todes wegen (z. B. aufgrund eines Bezugsrechts oder als Teil des Nachlasses) erworben werden. Erhält der Versicherungsnehmer die Versicherungsleistung, ist sie weder erbschaft- noch schenkungssteuerpflichtig.

C Versicherungssteuer

Beiträge zu Risiko-Lebensversicherungen sind in Deutschland nach § 4 Abs. 1 Nr. 5. a) Versicherungsteuergesetz (VersStG) von der Versicherungssteuer befreit. Die Beiträge für die Zusatzversicherungen bei Berufsunfähigkeit, bei Verlust einer Grundfähigkeit, bei Eintritt einer schweren Krankheit und für die Pflegerentenoptions-Zusatzversicherung können nach § 4 Abs. 1 Nr. 5. b) VersStG jedoch versicherungssteuerpflichtig sein, wenn nicht die versicherte Person oder ein naher Angehörige im Sinne des § 7 des Pflegezeitgesetzes in der jeweils geltenden Fassung oder im Sinne des § 15 der Abgabenordnung in der jeweils geltenden Fassung für die Leistungen daraus bezugsberechtigt ist. Im Falle der Versicherungssteuerpflicht beträgt die Versicherungssteuer derzeit 19 % der jeweiligen Beiträge ohne Versicherungssteuer.

Verlegt der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz ins Ausland, können die dort geltenden Regelungen für eine Besteuerung von Beiträgen zu einer Versicherung dazu führen, dass der Versicherungsnehmer auf die Beiträge zu einer Risiko-Lebensversicherung und/oder einer dazu eingeschlossenen Zusatzversicherung Versicherungssteuer bezahlen muss.

Spezifische Informationen für den Versicherungsnehmer zu den wählbaren Investmentfonds und anderen Anlageoptionen

Wie ist dieses Versicherungsprodukt im Sinne der EU-Offenlegungsverordnung einzustufen?

Detaillierte Informationen zu den Nachhaltigkeitsmerkmalen der zur Verfügung stehenden Anlageoptionen können Sie EU-weit standardisierten Dokumenten entnehmen. Diese finden Sie auf unserer Internetseite (www.generali.de/fondsauswahl).

Mit diesem Versicherungsprodukt werden soziale und ökologische Merkmale beworben.

Diese ökologischen oder sozialen Merkmale sind nur erfüllt, wenn durch das Versicherungsprodukt in Anlageoptionen investiert wird, die in der nachfolgenden Liste aufgeführt sind und solange mindestens in eine dieser Anlageoptionen während der Haltedauer des Versicherungsvertrages investiert wird.

Erläuterung und Angabe des Anteils an den gesamten zur Verfügung stehenden Anlageoptionen nach Artikel 8 der EU-Offenlegungsverordnung:

Mit diesen Anlageoptionen werden soziale oder ökologische Merkmale beworben (Anteil an den gesamten zur Verfügung stehenden Anlageoptionen: 40 %).

In der nachfolgenden Tabelle finden Sie eine Übersicht zu den Nachhaltigkeitsmerkmalen der Anlageoptionen nach Artikel 8 der EU-Offenlegungsverordnung mit Stand Januar 2025. Die aktuellen Informationen finden Sie auf unserer Internetseite unter www.generali.de/fondsauswahl.

Anlageoptionen, die soziale oder ökologische Merkmale fördern					
ISIN	Fondsname/Anlageoption	Klassifizierung nach Artikel ...	Berücksichtigung der wichtigsten nachteiligen Auswirkungen auf Nachhaltigkeitsfaktoren ¹⁾	Mindestanteil an nachhaltigen Investitionen in % ²⁾	Mindestanteil an ökologisch nachhaltigen Investitionen in % ³⁾
	Anlage im sonstigen Sicherungsvermögen der Generali Deutschland Lebensversicherung AG	8	Ja (Treibhausgasemissionen, Sozial- und Arbeitnehmerbelange)	2	0
LU2147380666	Generali Exklusiv Fonds Infrastruktur	8	Ja (Treibhausgasemissionen, Sozial- und Arbeitnehmerbelange)	50	0
LU2809865269	Generali Exklusiv Fonds Private Debt	8	Ja (Treibhausgasemissionen, Sozial- und Arbeitnehmerbelange)	0	0
LU0396185083	Generali Investments SICAV - Euro Aggregate Bond DX	8	Ja (Treibhausgasemissionen, Sozial- und Arbeitnehmerbelange)	10	0
LU0145476817	Generali Investments SICAV - Euro Bond DX	8	Ja (Sozial- und Arbeitnehmerbelange)	0	0
LU0145485214	Generali Investments SICAV - Euro Short Term Bond DX	8	Ja (Sozial- und Arbeitnehmerbelange)	0	0
DE000A2DU0R8	Nachhaltigkeit Select Global VT	8	Ja (Treibhausgasemissionen, Sozial- und Arbeitnehmerbelange)	30	0

¹⁾ Die Berücksichtigung der wichtigsten nachteiligen Auswirkungen auf Nachhaltigkeitsfaktoren kann durch die Anwendung einer ESG-Strategie erfolgen, etwa in Form von Ausschlüssen oder durch den Versuch der positiven Einflussnahme auf die Geschäftsleitung. Zum Beispiel können Investitionen in Unternehmen ausgeschlossen werden, die unter anderem mit dem Abbau von Kohle oder der Produktion von Tabak bestimmte Umsatzgrößen überschreiten oder gegen die Achtung der Menschenrechte verstoßen. Vorgegebene Indikatoren zur Messung nachteiliger Auswirkungen sind: Treibhausgasemissionen, Biodiversität, Abfall, Emissionen im Wasser und Sozial- und Arbeitnehmerbelange

²⁾ Mindestanteile an nachhaltigen Investitionen im Sinne von § 2 Abs. 17 der EU-Offenlegungsverordnung

³⁾ Mindestanteile an nachhaltigen Investitionen im Sinne der EU-Taxonomieverordnung

Welche Investmentfonds stehen Ihnen für die fondsgebundene Vermögensanlage zur Verfügung, wie ist ihr Umgang mit Nachhaltigkeitsrisiken und wie lauten ihre Anlagegrundsätze, -ziele und -risiken auch hinsichtlich Nachhaltigkeitsaspekten? Was ist in dieser Hinsicht bei der Anlage im internen Fonds für die goldgebundene Anlage von Bedeutung?

Die Beschreibungen der Anlagegrundsätze, -ziele und -risiken der im Folgenden aufgeführten Investmentfonds wurden mit den jeweiligen Verwaltungsgesellschaften der Investmentfonds zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Informationen abgestimmt (Stand Januar 2025). Hierfür sind diese Gesellschaften

alleine verantwortlich. Weitergehende Informationen, insbesondere allgemeine Informationen darüber, wie Nachhaltigkeitsrisiken als potenzielle negative Auswirkung auf Nachhaltigkeitsfaktoren in der Anlage berücksichtigt werden sowie auch über die mit den jeweiligen Investmentanlagen verbundenen Risiken können Sie den aktuellen Verkaufsprospekten der Gesellschaften, ergänzt durch den jeweiligen letzten geprüften Jahresbericht und den jeweiligen Halbjahresbericht, entnehmen. Für deren Vollständigkeit und Richtigkeit haftet der jeweilige Herausgeber. Bitte beachten Sie, dass im Hinblick auf alle diesbezüglichen Informationen der aktuelle Verkaufsprospekt allein maßgeblich ist, den Sie bei uns oder den Fonds-Verwaltungsgesellschaften in elektronischer oder gedruckter Form anfordern können. Diesen finden Sie auch auf unserer Internet-

seite (www.generali.de/fondsauswahl) und auch auf der Internetseite der jeweiligen Fonds-Verwaltungsgesellschaft.

Hinweis zur Generali Exklusivanlage

Informationen zur Generali Exklusivanlage, insbesondere allgemeine Informationen darüber, wie Nachhaltigkeitsrisiken als potenziell negative Auswirkung auf Nachhaltigkeitsfaktoren in der Anlage berücksichtigt werden, finden Sie in einem gesonderten Dokument auf unserer Internetseite (www.generali.de/fondsauswahl).

Hinweis zur Anlage in Gold

Die Anlage in Gold berücksichtigt die wichtigsten negativen Auswirkungen auf Nachhaltigkeitsfaktoren.

Bei der Anlage in Gold werden Nachhaltigkeitsrisiken als potenziell negative Auswirkung auf Nachhaltigkeitsfaktoren durch unseren Lieferanten Heraeus Metals Germany GmbH & Co. KG (im Folgenden: Heraeus) berücksichtigt:

Heraeus hat sich selbst einen strikten Verhaltenskodex auferlegt. Den Heraeus-Verhaltenskodex in der aktuellen Fassung finden Sie in untenstehendem Link.

- Heraeus hat ein konzernweites Compliance Managementsystem aufgesetzt, das fortlaufend weiterentwickelt wird.
- Heraeus hat (teilweise europaweit, teilweise weltweit) Prozesse und Strukturen aufgebaut, um die gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz zu leben.
- Heraeus prüft fortlaufend die eigenen Lieferketten, ganz besonders die Lieferketten zu Edelmetallen und edelmetallhaltigen Materialien. Für Edelmetall und Konfliktmineralien lassen sich die Edelmetall-Gesellschaften fortlaufend auf die Umsetzung der strengen LBMA-Grundsätze prüfen und zertifizieren.
- Die Achtung der Menschenrechte hat für Heraeus sowohl gegenüber eigenen Mitarbeitern als auch in der Lieferkette einen sehr hohen Stellenwert. Die für Heraeus geltenden Grundsätze sind in der Heraeus Human Rights Policy niedergelegt. Die Umsetzung der Grundsätze wird durch ein Human Rights Managementsystem sichergestellt.
- Nicht zuletzt sind Arbeitssicherheit und Umweltschutz für Heraeus sehr wichtig. Sowohl auf der Ebene der Business Units als auch auf Corporate Ebene wird ständig an der Weiterentwicklung der Managementsysteme zu Arbeitssicherheit und Umweltschutz gearbeitet.

Weitere Informationen hierzu finden Sie auf der Internetseite von Heraeus:

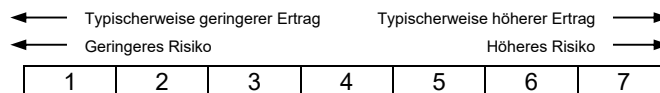
<https://www.heraeus-group.com/de/corporate-responsibility/>

In den Verkaufsprospekten finden Sie auch Angaben darüber, in welcher Höhe die Fonds-Verwaltungsgesellschaften Kosten für die Verwaltung der Fonds berechnen. Die Fonds-Verwaltungsgesellschaften zahlen aus den von ihr in die Fonds eingerechneten Kosten wiederkehrend Rückvergütungen in Höhe von monatlich umgerechnet bis zu 0,07 % des jeweiligen Fondsvermögens an uns für die Betreuung der den Versicherungen zugeordneten Fondsanlage. Die Rückvergütung bezieht sich auf die jeweils in unseren Anlagestöcken vorhandenen Vermögenswerte der einzelnen Fonds. Die Höhe der Rückvergütung zu einem bestimmten Fonds werden wir Ihnen auf Nachfrage mitteilen. Eine uns von den Fonds-Verwaltungsgesellschaften gezahlte Rückvergütung erhöht die Überschüsse, an denen Sie beteiligt werden.

Soweit es sich beim Anlagevermögen um Anteile am internen Fonds für die goldgebundene Anlage handelt [nur zulässig bei Versicherungen nach Tarif VAN25, VASPN24, VA4U25, VEP25 und BRVA25], zahlen wir an unsere Kooperationspartner für die Vermittlung und Betreuung von Versicherungen auf das Goldvermögen aus den von uns für die Aufbewahrung und Sicherung des Goldbestandes eingerechneten Kosten wiederkehrend eine Vergütung in Höhe von monatlich umgerechnet 0,06 %.

Die einzelnen Investmentfonds unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Anlageziele und der damit verbundenen Chancen und Risiken. Angaben hierzu enthält das nach gesetzlichen Vorgaben gestaltete „Basisinformationsblatt“ der Fonds-Verwaltungsgesellschaften. Hierbei handelt es sich um ein Informationsblatt, in dem in übersichtlicher und verständlicher Form Anlageziele, Kosten und Wertentwicklung sowie Risiko- und Ertragsprofil eines Investmentfonds dargestellt werden. Danach wird jeder Investmentfonds auf einer Risiko-Skala von 1 (geringeres Risiko bei typischerweise geringerem Ertrag) bis 7 (höheres Risiko bei typischerweise höherem Ertrag) nach folgender Systematik eingestuft:

Risikoindikator



Die Berechnung des Risikoindikators auf Basis des Risiko- und Ertragsprofils beruht auf historischen bzw. simulierten Daten. Der Risikoindikator ist eine Kennzahl und beinhaltet eine Skala von sieben Risikoklassen. Die Einstufung des Fonds in eine Risikoklasse unterliegt dabei Veränderungen und kann nicht dauerhaft garantiert werden. Auch ein Fonds, der in die niedrigste Risikoklasse 1 eingestuft wird, stellt keine völlig risikolose Anlage dar. Diese Einstufung des Fonds in die Risikoklasse entspricht dem Zeitpunkt der Erstellung dieser Informationen (Stand Januar 2025).

Zu jedem der folgenden Fonds ist die Risikoklasse angegeben, in welche der Fonds gemäß dieser Risiko-Skala eingestuft ist.

Die „Basisinformationsblätter“ finden Sie auf der Internetseite der jeweiligen Fonds-Verwaltungsgesellschaft. Details zu jedem einzelnen Fonds können Sie ferner den von den Fonds-Verwaltungsgesellschaften veröffentlichten „Fondsfakten“ entnehmen. Auch diese finden Sie auf der Internetseite der jeweiligen Fonds-Verwaltungsgesellschaft sowie auf unserer Internetseite www.generali.de/fondsauswahl.

Weitere Hinweise zur Nachhaltigkeit in Investmentfonds

Einige der Investmentfonds berücksichtigen Nachhaltigkeitsaspekte in ihren Anlagegrundsätzen und Anlagezielen und können Nachhaltigkeitspräferenzen bedienen.

Solche Fonds berücksichtigen z. B. die wichtigsten negativen Auswirkungen auf Nachhaltigkeitsfaktoren. Dies sind Mindestausschlüsse wie z. B. der Ausschluss von Investitionen in Unternehmen, die gegen die Menschenrechte verstoßen oder mit der Produktion von Tabak oder dem Abbau von Kohle bestimmte Umsatzanteile überschreiten.

Zudem können die Investmentfonds nachhaltige Investitionen mit Mindestanteilen in ihren Anlagegrundsätzen und Anlagezielen anstreben. Mit den angegebenen Mindestanteilen wollen diese Investmentfonds, einen wesentlichen Beitrag zur Erreichung eines oder mehrerer Sozial- und/oder Umweltziele leisten (Verordnung (EU) 2019/2088).

Investmentfonds, die ökologisch nachhaltige Investitionen mit Mindestanteilen in ihren Anlagegrundsätzen und Anlagezielen anstreben, wollen einen wesentlichen Beitrag zur Erreichung bestimmter Umweltziele leisten (Verordnung (EU) 2020/852).

Informationen dazu, wie Nachhaltigkeitsaspekte in den Anlagegrundsätzen der Investmentfonds berücksichtigt werden, können Sie den aktuellen Verkaufsprospekten der Gesellschaften entnehmen. In den Verkaufsprospekten finden Sie auch Angaben zu den Mindestanteilen, mit denen nachhaltige Investitionen nach der Verordnung (EU) 2019/2088 oder ökologisch nachhaltige Investitionen nach der Verordnung (EU) 2020/852 angestrebt werden. Die Mindestanteile können aktuell noch sehr gering ausfallen. Dies liegt daran, dass die Unternehmen, in die die Investmentfonds investieren, erst zu einem späteren Zeitpunkt verpflichtet sind, über die Nachhaltigkeit zu berichten.

Generali Investments

Aktienfonds (Nachhaltigkeitsfonds):

Nachhaltigkeit Select Global VT

WKN: A2DU0R – ISIN: DE000A2DU0R8

Berücksichtigung der wichtigsten negativen Auswirkungen auf Nachhaltigkeitsfaktoren

Mindestanteile in nachhaltige Investitionen im Sinne der Verordnung (EU) 2019/2088 in Höhe von 30 %

Risikoklasse 4

Verwaltungsgesellschaft:

Generali Asset Management S.p.A. SGR (Italien)

Ziel des aktiv verwalteten Fonds ist ein langfristig möglichst hoher Wertzuwachs. Um dies zu erreichen, investiert der Fonds insbesondere in Investmentanteile anderer Fonds, aber auch in Wertpapiere, Geldmarktinstrumente und Derivate. Der Fonds setzt sich zu mehr als 75 % aus unter Nachhaltigkeitskriterien ausgewählten Vermögensgegenständen zusammen. Die Auswahl geeigneter Investmentanteile berücksichtigt das Prinzip der Risikostreuung und erfolgt auf Basis von quantitativen und qualitativen Faktoren, wie zum Beispiel konsistente Wertentwicklung, strukturierter Investmentprozess oder robustes Risikomanagement. Ein wesentlicher Anlageschwerpunkt liegt dabei auf Anlagen, welche bezogen auf die für die Verwaltung der Investmentanteile verantwortliche Verwaltungsgesellschaft als auch auf die Investmentanteile selbst zuvor einer detaillierten Nachhaltigkeitsanalyse unterzogen wurden und die die Voraussetzungen des Artikels 8 oder 9 der Verordnung (EU) 2019/2088 über nachhaltigkeitsbezogene Offenlegungspflichten erfüllen.

Die Auswahl geeigneter Wertpapiere erfolgt ebenfalls mittels einer Nachhaltigkeitsanalyse, die darauf abzielt, zu messen, wie der von einem Unternehmen geschaffene Wert auf die Interesseneigner eines Unternehmens, wie Lieferanten und Zivilgesellschaft, Mitarbeiter, Investoren, Kunden und Umwelt, verteilt wird. Dabei wird sichergestellt, dass die Emittenten dieser Wertpapiere nicht zu einer erheblichen Beeinträchtigung von Umwelt- und Sozialzielen im Sinne des Art. 2 Nr. 17 der Verordnung (EU) 2019/2088 bzw. von Umweltzielen im Sinne des Art. 9 der Verordnung (EU) 2020/852 beitragen, indem Wertpapiere nur von Emittenten ausgewählt werden dürfen, deren Umsatz – zu nicht mehr als 10 % aus der Energiegewinnung oder dem sonstigen Einsatz von fossilen Brennstoffen (exklusive Gas) oder Atomstrom, – zu nicht mehr als 5 % aus der Förderung von Kohle und Erdöl und – nicht aus dem Anbau, der Exploration und aus Dienstleistungen für Ölsand und Ölschiefer generieren. Der Fonds bildet weder einen Wertpapierindex ab, noch orientiert sich die Gesellschaft für den Fonds an einem festgelegten Vergleichsmaßstab. Das Fondsmanagement entscheidet nach eigenem Ermessen aktiv über die Auswahl der Vermögensgegenstände. Die Erträge des Fonds verbleiben im Fonds und erhöhen den Wert der Anteile.

Dieser Fonds ist ein Finanzprodukt, mit dem ökologische und soziale Merkmale beworben werden. Er ist als Produkt gemäß Artikel 8 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2019/2088 über nachhaltigkeitsbezogene Offenlegungspflichten im Finanzdienstleistungssektor einzustufen.

Die Angaben zur Transparenz bei Förderung ökologischer und sozialer Merkmale können Sie dem Verkaufsprospekt, dem Anhang zum Verkaufsprospekt und der Information nach Artikel 10 der EU-Transparenzverordnung der Fonds-Verwaltungsgesellschaft entnehmen. Diese Dokumente können Sie bei uns anfordern. Sie finden diese Dokumente auch auf unserer Internetseite www.generali.de/fondsauswahl.

Geldmarktfonds:

Generali Geldmarkt Euro

WKN: 531770 – ISIN: DE0005317705

Risikoklasse 1

Verwaltungsgesellschaft:

Generali Asset Management S.p.A. SGR (Italien)

Dieser Fonds investiert mindestens 85 % seines Wertes in Geldmarktinstrumente erstklassiger Aussteller bzw. Schuldner, Geldmarktfondsanteile sowie Bankguthaben. Als Anlageziel strebt er dabei einen langfristig attraktiven Wertzuwachs an. Der Fonds richtet sich an Anleger, die eine sicherheitsorientierte Anlage suchen und bietet die Möglichkeit, bei marktge-rechter Verzinsung eine jederzeit verfügbare Liquiditätsreserve zu halten. Anleihen und Geldmarktinstrumente bieten eine laufende Verzinsung, Kurschancen und geringe Wertschwankungen. Bei negativer Marktentwicklung sind auch Verluste nicht ausgeschlossen. Die Gesellschaft darf für das Sondervermögen auch Schuldverschreibungen, Namensschuldverschreibungen sowie sonstige verbrieftete Schuldtitel erwerben. Aktien dürfen nicht für das Sondervermögen erworben werden.

Gemischte Fonds:

Generali AktivMix Ertrag

WKN: 415630 – ISIN: DE0004156302

Risikoklasse 2

Verwaltungsgesellschaft:

Generali Asset Management S.p.A. SGR (Italien)

Der Fonds Generali AktivMix Ertrag strebt als Anlageziel eine mittel- bis langfristig möglichst stetige Wertentwicklung sowie unabhängig von der Marktsituation ein positives Ergebnis in jedem Kalenderjahr an. Langfristig soll die Wertentwicklung über der Wertentwicklung des Geldmarktes liegen. Hierzu legt der Fonds hauptsächlich in Geldmarkttitel und festverzinsliche Wertpapiere, in börsengehandelte Immobilienaktien (REITs) aus dem Euro-Raum sowie ergänzend in Aktien von Unternehmen an, die überwiegend im Euro-Raum ansässig sind. Der Schwerpunkt im Bereich der festverzinslichen Wertpapiere liegt dabei auf Staatsanleihen, Unternehmensanleihen und europäischen Pfandbriefen. Je nach Marktsituation kann das Fondsmanagement die Verteilung des Portfolios aktiv verändern. Der Fonds kann Derivatgeschäft tätigen, um Vermögenspositionen abzusichern oder in der Absicht, höhere Wertzuwächse zu erzielen. Dadurch erhöhte Chancen gehen mit erhöhten Verlustrisiken einher. Dieser Fonds eignet sich für Anleger mit mittelfristigem Anlagehorizont.

Generali Exklusivanlage:

Generali Exklusiv Fonds Infrastruktur

[nur zulässig bei Versicherungen nach Tarif VAN25, VASPN25, VA4U25, VEP25 und BRVA25]

ISIN: LU2147380666

Berücksichtigung der wichtigsten negativen Auswirkungen auf Nachhaltigkeitsfaktoren

Mindestanteile in nachhaltige Investitionen im Sinne der Verordnung (EU) 2019/2088 in Höhe von 50 %

Risikoklasse 4

Verwaltungsgesellschaft:

Generali Investments Luxembourg S.A (Luxemburg)

Das Ziel des Teilfonds liegt darin, dem Anleger durch Investitionen in Anlagestrukturen, die in alternative Anlageklassen investieren, einen Kapitalzuwachs und regelmäßige Erträge zu verschaffen. Der Teilfonds verfolgt eine „Buy and Hold“-Anlagestrategie. Der Teilfonds tätigt Beteiligungen an Anlagestrukturen, die hauptsächlich in der Europäischen Union und alternativ in anderen OECD-Ländern mit einem Länderrating von mindestens Investment Grade zum Zeitpunkt der Anlage investieren (die „Zielländer“). Diese Anlagestrukturen müssen in Zielländern angesiedelt sein. Die angestrebten Anlagestrukturen berücksichtigen in ihrer Anlagestrategie nicht-finanzielle Auswahlkriterien wie ökologische, soziale und Governance-Merkmale. Die hierfür angewandte spezifische Methodik kann

je nach der proprietären Methodik des jeweiligen Anlageverwalters von den einzelnen Anlagestrukturen abweichen. Der Teilfonds kann bis zu 50 % seines Nettovermögens in Barmitteln und barmittelähnlichen Instrumenten halten. Der Teilfonds schließt keine Wertpapierfinanzierungsgeschäfte im Sinne der SFTR ab. Die Anlagestrukturen werden von einem Unternehmen der Generali Gruppe oder von einem ihrer verbundenen Unternehmen verwaltet.

Die Anlagepolitik des Teilfonds besteht darin, über Anlagestrukturen eine oder mehrere Anlagen in Infrastrukturanlagen (insbesondere Transportwesen, erneuerbare Energien und Energieeffizienz, soziale Infrastrukturen, Telekommunikation, Versorger sowie Wasser- und Umweltsektor) zu tätigen. Investitionen in diese Anlagestrukturen können in Form von (verbriefen oder nicht verbiefen) Kapitalbeteiligungen oder Schuldtiteln oder Kombinationen davon getätigt werden. Der Teilfonds kann bis zu 100 % seines Vermögens in Zielfonds investieren, für die Infranity als AIFM, Portfoliomanager oder Berater tätig ist oder von Zeit zu Zeit tätig werden kann. Insbesondere besteht die Anlagepolitik des Teilfonds darin,

- a) etwa 70 % der Zusagen des Teilfonds in Infranity Sustainable Infrastructure Investments S.C.A. SICAV-RAIF zu investieren und
- b) etwa 30 % der Zusagen des Teilfonds in Infranity Equity Fund S.C.A. SICAV-RAIF.

Dieser Fonds ist ein Finanzprodukt, mit dem ökologische und soziale Merkmale beworben werden. Er ist als Produkt gemäß Artikel 8 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2019/2088 über nachhaltigkeitsbezogene Offenlegungspflichten im Finanzdienstleistungssektor einzustufen.

Die Angaben zur Transparenz bei Förderung ökologischer und sozialer Merkmale können Sie dem Verkaufsprospekt, dem Anhang zum Verkaufsprospekt und der Information nach Artikel 10 der EU-Transparenzverordnung der Fonds-Verwaltungsgesellschaft entnehmen. Diese Dokumente können Sie bei uns anfordern. Sie finden diese Dokumente auch auf unserer Internetseite www.generali.de/fondsauswahl.

Generali Exklusiv Fonds Private Debt

[nur zulässig bei Versicherungen nach Tarif VAN25, VASPN25, VA4U25, VEP25 und BRVA25]

ISIN: LU2809865269

Berücksichtigung der wichtigsten negativen Auswirkungen auf Nachhaltigkeitsfaktoren

Mindestanteile in nachhaltige Investitionen im Sinne der Verordnung (EU) 2019/2088 in Höhe von 0 %

Risikoklasse 4

Verwaltungsgesellschaft:

Generali Investments Luxembourg S.A (Luxemburg)

Das primäre Anlageziel des Teilfonds ist die Erzielung von Kapitalzuwachs durch die Anlage in:

- a) Schuldtitel mit konservativem Ansatz („Direktanlagen“), einschließlich variabel verzinslicher, vorrangig besicherter Unternehmensdarlehen oder -anleihen und unbesicherter Unternehmensdarlehen oder -anleihen, syndiziert oder nicht syndiziert, mit planmäßiger oder endfälliger Rückzahlung, zur Finanzierung von Leveraged-Buyout-Transaktionen, Kapitalübertragungen, Übernahmen, Refinanzierungen und Investitionsausgaben (die „Haupt-Schuldtitelanlagen“) für europäische kleine und mittlere Unternehmen (die „Zielunternehmen“), die auf Euro lauten.
- b) Organismen für gemeinsame Anlagen oder gleichwertige Anlagestrukturen jeglicher Art und Beschaffenheit, mit oder ohne Rechtspersönlichkeit, nicht börsennotiert, reguliert oder nicht reguliert, mit Sitz in einer europäischen Rechtsordnung, die auf europäische Schuldtitel ausgerichtete Direktanlagestrategien mit einem Engagement in Zielunternehmen verfolgen („indirekte Anlagen“ oder „zugrunde liegende Investmentfonds“).

Der Teilfonds wird die Schuldtitelanlagen entweder selbst auflegen oder am Sekundärmarkt erwerben (einschließlich syndizierter fremdfinanzierter Schuldtitel), und diese werden auf Euro (EUR) lauten. Die Laufzeit der einzelnen Direktanlagen

wird acht (8) Jahre nicht überschreiten. Der Teilfonds verfolgt sein Anlageziel durch

- a) Direktanlagen,
- b) den Erwerb von Anteilen an Private-Debt-Fonds und
- c) Co-Investments mit europäischen Private-Debt-Direktfonds.

Der Teilfonds kann in Geldmarktfonds und kurzfristige handelbare Instrumente investieren, die ebenfalls vom Portfoliomanager oder anderen Unternehmen der Generali-Gruppe ausgegeben, gesponsert, verwaltet oder beraten werden. Ergänzend kann der Teilfonds auch Barmittel und Barmitteläquivalente halten. Der Teilfonds wird weder direkt noch indirekt in Verbrieften, neu gegründete oder notleidende Unternehmen, Privatkundenkredite, Betriebsmittelkredite oder Überziehungskredite investieren. Der Teilfonds wird sich nicht in kontroversen Branchen engagieren (wie in der Risikopolitik des Portfoliomanagers festgelegt).

Wenn der Teilfonds über originäre Direktanlagen investiert, muss der Teilfonds sicherstellen, dass

- a) für den Fall, dass der zugrundeliegende Darlehensvertrag einen zusätzlichen Schuldenkorb enthält (d. h. einen Teil des Darlehensnennbetrags, der von bestimmten Auflagen befreit ist), dieser zusätzliche Schuldenkorb gegenüber dem verbleibenden Teil des Darlehens auf gleichrangig oder nachrangig beschränkt ist,
- b) der zugrundeliegende Darlehensvertrag einen Schutz vor Falltüren (d. h. rechtliche Möglichkeiten für das Zielunternehmen, seine Verpflichtungen aus dem Darlehensvertrag zu umgehen), Dividendenzahlungen und unbeschränkte Tochtergesellschaften (d.h. verbundene Unternehmen, in die das Zielunternehmen investieren/Mittel übertragen kann und somit bestimmte Verpflichtungen aus dem Darlehensvertrag umgehen kann) enthält,
- c) EBITDA-Zuschläge auf entweder klar identifizierte, realisierbare Synergien oder Kosteneinsparungen oder einmalige Kosten im Zusammenhang mit einer außergewöhnlichen Situation, die noch nie zuvor aufgetreten ist und nicht wiederholt werden kann, beschränkt sind und
- d) bei gesponserten Transaktionen nur Eigenkapitalsponsoren zugelassen sind, die über eine Mehrheits- oder Minderheitsbeteiligung verfügen, die Transaktion kontrollieren und in der Vergangenheit ein kooperatives Verhalten gegenüber den Darlehensgebern gezeigt haben.

Der Teilfonds kann auch bis zu 10 % seiner Zusagen in nachrangige Schuldtitel (einschließlich Second Lien und Mezzanine) und Wandelanleihen (oder andere Arten von aktienähnlichen Schuldtiteln) investieren (die „sonstigen Schuldtitelanlagen“ und zusammen mit den Haupt-Schuldtitelanlagen die „Schuldtitelanlagen“).

Dieser Fonds ist ein Finanzprodukt, mit dem ökologische und soziale Merkmale beworben werden. Er ist als Produkt gemäß Artikel 8 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2019/2088 über nachhaltigkeitsbezogene Offenlegungspflichten im Finanzdienstleistungssektor einzustufen.

Die Angaben zur Transparenz bei Förderung ökologischer und sozialer Merkmale können Sie dem Verkaufsprospekt, dem Anhang zum Verkaufsprospekt und der Information nach Artikel 10 der EU-Transparenzverordnung der Fonds-Verwaltungsgesellschaft entnehmen. Diese Dokumente können Sie bei uns anfordern. Sie finden diese Dokumente auch auf unserer Internetseite www.generali.de/fondsauswahl.

Rentenfonds:

Generali Investments SICAV - Euro Aggregate Bond DX

WKN: A0RB0N – ISIN: LU0396185083

Berücksichtigung der wichtigsten negativen Auswirkungen auf Nachhaltigkeitsfaktoren

Mindestanteile in nachhaltige Investitionen im Sinne der Verordnung (EU) 2019/2088 in Höhe von 10 %

Risikoklasse 2

Verwaltungsgesellschaft:

Generali Investments Luxembourg S.A. (Luxemburg)

Das Ziel des Fonds ist das Übertreffen seiner Benchmark durch Anlagen in auf Euro lautende qualitativ hochwertige Schuldtitel. Der Fonds investiert mindestens 70 % seines Nettovermögens in auf Euro lautende Schuldtitel wie Staatsanleihen, Anleihen von staatlichen Stellen, Kommunen und supranationalen Einrichtungen sowie Unternehmensanleihen mit Investment-Grade-Rating. Ein Investment-Grade-Rating ist ein Kreditrating von AAA bis BBB von Standard & Poor's oder Aaa bis Baa3 von Moody's oder AAA bis BBB von Fitch oder ein gleichwertiges Kreditrating von einer anerkannten Rating-Agentur oder ein gleichwertiges Kreditrating im Ermessen des Anlageverwalters.

Der Fonds kann bis zu 30% seines Nettovermögens in Geldmarktinstrumente und Bankeinlagen investieren. Sollte sich die Gelegenheit ergeben, darf der Anlageverwalter zusätzlich bis zu 30 % des Nettovermögens des Fonds in Schuldtitel und/oder schuldittelbezogene Wertpapiere mit einem Rating unterhalb von Investment Grade und/oder in von Emittenten aus Schwellenländern begebene Wertpapiere investieren. Höchstens 15 % des Gesamtvermögens des Fonds dürfen in Wandelanleihen investiert werden. Der Fonds kann im Anschluss an die Umwandlung von Wandelanleihen Aktien im Wert von bis zu 5 % seines Nettovermögens halten. Der Fonds darf nicht in bedingte Wandelanleihen („CoCo-Bonds“) investieren. Das Nettovermögen des Fonds darf nicht direkt in Aktien und andere Genussrechte investiert werden.

Der Fonds kann auch aufgrund einer eventuellen Herabstufung der Emittenten ausfallgefährdete/notleidende Wertpapiere halten (dies sind Wertpapiere mit einem Rating von höchstens CCC+ von S&P oder einem vergleichbaren Rating von anderen Kreditratingagenturen). Falls ausfallgefährdete/notleidende Wertpapiere mehr als 10 % des Nettovermögens des Fonds ausmachen, wird der über diese Grenze hinausgehende Teil unter normalen Marktbedingungen so bald wie möglich und im besten Interesse der Anteilinhaber verkauft. Wenn keine Bewertung verfügbar ist, kann eine entsprechende vom Anlageverwalter genehmigte Bonitätsbewertung verwendet werden. Das nicht abgesicherte Währungsengagement in anderen Währungen als dem Euro darf 20 % des Nettovermögens des Fonds nicht überschreiten. Der Fonds kann außerdem in sog. „Rule-144A“- und/oder Regulation-S-Wertpapiere investieren, die gemäß US-amerikanischem Recht nicht bei der US Securities and Exchange Commission (SEC) registriert sind. Der Fonds kann standardisierte Credit Default Swaps („CDS“) nutzen, wobei die Gesamtverpflichtung höchstens 100 % des Nettovermögens des Fonds betragen darf.

Generali Investments SICAV - Euro Bond DX

WKN: 621774 – ISIN: LU0145476817

Berücksichtigung der wichtigsten negativen Auswirkungen auf Nachhaltigkeitsfaktoren

Risikoklasse 3

Verwaltungsgesellschaft:

Generali Investments Luxembourg S.A. (Luxemburg)

Das Ziel des Fonds ist das Übertreffen seiner Benchmark durch Anlagen in auf Euro lautende qualitativ hochwertige Schuldtitel. Der Fonds investiert mindestens 70 % seines Nettovermögens in auf Euro lautende Schuldtitel mit Investment-Grade-Rating. Investment-Grade-Rating ist ein Kreditrating von AAA bis BBB- von Standard & Poor's oder Aaa bis Baa3 von Moody's oder AAA bis BBB- von Fitch oder ein gleichwertiges Kreditrating von einer anerkannten Rating-Agentur oder ein gleichwertiges Kreditrating im Ermessen des Anlageverwalters.

Der Fonds investiert mindestens 60 % seines Nettovermögens in Staatsanleihen. Der Fonds kann bis zu 30 % seines Nettovermögens in Wertpapiere mit Sub-Investment Grade Credit Rating oder von nach Einschätzung des Anlageverwalters vergleichbarer Qualität investieren. Der Fonds kann auch aufgrund einer eventuellen Herabstufung der Emittenten ausfallgefährdete/notleidende Wertpapiere halten (dies sind Wertpapiere mit einem Rating von höchstens CCC+ von S&P oder einem vergleichbaren Rating von anderen Kreditratingagenturen). Ausfallgefährdete/notleidende Wertpapiere werden unter normalen Marktbedingungen und im besten Interesse der Aktionäre jeweils so bald wie möglich verkauft. In keinem Fall beträgt der Anteil von aufgrund einer Herabstufung ausfallgefährdeten/notleidenden Wertpapieren mehr als 5 % des Nettovermögens des Fonds. Wenn keine Bewertung verfügbar ist, kann eine entsprechende vom Anlageverwalter genehmigte Bonitätsbewertung verwendet werden.

Der Fonds kann bis zu 30 % seines Nettovermögens in Geldmarktinstrumente und Bankeinlagen investieren. Er kann darüber hinaus 40 % seines Nettovermögens in Regierungsbehörden, lokalen Behörden, supranationalen Unternehmensanleihen und forderungsbesicherten Wertpapieren halten, die Investment Grade Credit Rating aufweisen und in Euro lauten. Höchstens 25 % des Gesamtvermögens des Fonds dürfen in Wandelanleihen investiert werden. Der Fonds kann im Anschluss an die Umwandlung Aktien im Wert von bis zu 5 % seines Nettovermögens halten.

Dieser Fonds ist ein Finanzprodukt, mit dem ökologische und soziale Merkmale beworben werden. Er ist als Produkt gemäß Artikel 8 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2019/2088 über nachhaltigkeitsbezogene Offenlegungspflichten im Finanzdienstleistungssektor einzustufen.

Die Angaben zur Transparenz bei Förderung ökologischer und sozialer Merkmale können Sie dem Verkaufsprospekt, dem Anhang zum Verkaufsprospekt und der Information nach Artikel 10 der EU-Transparenzverordnung der Fonds-Verwaltungsgesellschaft entnehmen. Diese Dokumente können Sie bei uns anfordern. Sie finden diese Dokumente auch auf unserer Internetseite www.generali.de/fondsauswahl.

Generali Investments SICAV - Euro Short Term Bond DX

WKN: 621817 – ISIN: LU0145485214

Berücksichtigung der wichtigsten negativen Auswirkungen auf Nachhaltigkeitsfaktoren

Risikoklasse 2

Verwaltungsgesellschaft:

Generali Investments Luxembourg S.A. (Luxemburg)

Das Ziel des Fonds ist das Übertreffen seiner Benchmark durch Anlagen in auf Euro lautende qualitativ hochwertige kurzfristige Schuldtitel. Der Fonds investiert mindestens 70 % seines Nettovermögens in auf Euro lautende Schuldverschreibungen und Geldmarktinstrumente. Der Fonds legt mindestens 70 % seines Nettovermögens in Geldmarktinstrumenten, variabel verzinslichen Schuldverschreibungen und festverzinslichen Wertpapieren (einschließlich mindestens 60 % seines Nettovermögens in Staatsanleihen) mit Investment-Grade-Rating an. Investment-Grade-Rating ist ein Kreditrating von AAA bis BBB- von Standard & Poor's oder Aaa bis Baa3 von Moody's oder AAA bis BBB- von Fitch oder ein gleichwertiges Kreditrating von einer anerkannten Rating-Agentur oder ein gleichwertiges Kreditrating im Ermessen des Anlageverwalters.

Der Fonds kann bis zu 30 % seines Nettovermögens in Wertpapiere mit Sub-Investment Grade Credit Rating oder von nach Einschätzung des Anlageverwalters vergleichbarer Qualität investieren. Der Fonds kann auch aufgrund einer eventuellen Herabstufung der Emittenten ausfallgefährdete/notleidende Wertpapiere halten (dies sind Wertpapiere mit einem Rating von höchstens CCC+ von S&P oder einem vergleichbaren Rating von anderen Kreditratingagenturen). Ausfallgefährdete/notleidende Wertpapiere werden unter normalen Marktbedingungen und im besten Interesse der Aktionäre jeweils so bald wie möglich verkauft. In keinem Fall beträgt der Anteil von aufgrund einer Herabstufung ausfallgefährdeten/notleidenden Wertpapieren mehr als 5 % des Nettovermögens des Fonds. Wenn keine Bewertung verfügbar ist, kann eine entsprechende

vom Anlageverwalter genehmigte Bonitätsbewertung verwendet werden.

Der Fonds kann bis zu 30 % seines Nettovermögens in Bankanlagen investieren. Das Nettovermögen des Fonds darf nicht in Wandelanleihen, Aktien und andere Gewinnbeteiligungsrechte investiert werden. Die durchschnittliche Laufzeit des Portfolios des Fonds darf ein Jahr nicht überschreiten, die Restlaufzeit jeder einzelnen Anlage darf drei Jahre nicht überschreiten.

Dieser Fonds ist ein Finanzprodukt, mit dem ökologische und soziale Merkmale beworben werden. Er ist als Produkt gemäß Artikel 8 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2019/2088 über nachhaltigkeitsbezogene Offenlegungspflichten im Finanzdienstleistungssektor einzustufen.

Die Angaben zur Transparenz bei Förderung ökologischer und sozialer Merkmale können Sie dem Verkaufsprospekt, dem Anhang zum Verkaufsprospekt und der Information nach Artikel 10 der EU-Transparenzverordnung der Fonds-Verwaltungsgesellschaft entnehmen. Diese Dokumente können Sie bei uns anfordern. Sie finden diese Dokumente auch auf unserer Internetseite www.generali.de/fondsauswahl.

Meritum Capital

Dachfonds Aktien:

Vorsorge Aktien Dividende Global VT

WKN: A40QCF – ISIN: DE000A40QCF2

Risikoklasse 4

Verwaltungsgesellschaft:

Generali Investments Luxembourg S.A.

Delegierter Portfoliomanager:

Meritum Capital Managers GmbH

Ziel der Anlagepolitik ist es, eine Kombination aus Ertrag und langfristigem Kapitalwachstum zu erwirtschaften. Der Fonds investiert in globale Kapitalmärkte durch verschiedene Anlageklassen, vor allem Aktienfonds, die möglicherweise ökologische oder soziale Merkmale aufweisen können. Die Gewichtung der Anlageklassen kann variieren und wird entsprechend der aktuellen Einschätzung der globalen Kapitalmärkte durch das Fondsmanagement flexibel angepasst. Das Ziel ist ein langfristig ausgerichtetes Portfolio mit Fokus auf Unternehmen, die nachhaltig Dividenden generieren.

Der Fonds hat keinen Vergleichsindex, daher wird er vom Fondsmanagement unabhängig von einem solchen Index verwaltet. Das bedeutet, dass das Fondsmanagement bei der Auswahl und Gewichtung der Vermögenswerte keine Vorgaben eines Vergleichsmaßstabs berücksichtigt und stattdessen eigenständig agiert.

Der Investmentmanager ist bei der Auswahl von Anlageklassen nicht auf Region, Branche oder Größe beschränkt und wählt die Instrumente in erster Linie auf der Grundlage der Verfügbarkeit attraktiver Anlagemöglichkeiten aus.

Das Fondsmanagement wird das Fondsvermögen nach eingehender Analyse aller ihm zur Verfügung stehenden Informationen und unter sorgfältiger Abwägung der Chancen und Risiken in Wertpapiere, Zielfonds und sonstige zulässige Vermögenswerte investieren. Die Wertentwicklung der Fondsanteile bleibt aber von den Kursänderungen an den Märkten abhängig. Es kann daher keine Zusicherung gegeben

Das Fondsmanagement richtet die Zusammensetzung des Fonds je nach seiner Einschätzung der Marktlage und unter Berücksichtigung des Anlageziels und der Anlagegrundsätze aus, was auch zu einer vollständigen oder teilweisen Neuausrichtung der Zusammensetzung des Fonds führen kann. Derartige Anpassungen können deshalb ggf. auch häufig erfolgen

Vorsorge Aktien Europa VT

WKN: A40QCK – ISIN: DE000A40QCK2

Risikoklasse 4

Verwaltungsgesellschaft:

Generali Investments Luxembourg S.A.

Delegierter Portfoliomanager:

Meritum Capital Managers GmbH

Ziel der Anlagepolitik ist es, eine Kombination aus Ertrag und langfristigem Kapitalwachstum zu erwirtschaften. Der Fonds investiert in europäische Kapitalmärkte durch verschiedene Anlageklassen, vor allem Aktienfonds, die möglicherweise ökologische oder soziale Merkmale aufweisen können. Die Gewichtung der Anlageklassen kann variieren und wird entsprechend der aktuellen Einschätzung der europäischen Kapitalmärkte durch das Fondsmanagement flexibel angepasst. Das Ziel ist ein langfristig ausgerichtetes Portfolio.

Der Fonds hat keinen Vergleichsindex, daher wird er vom Fondsmanagement unabhängig von einem solchen Index verwaltet. Das bedeutet, dass das Fondsmanagement bei der Auswahl und Gewichtung der Vermögenswerte keine Vorgaben eines Vergleichsmaßstabs berücksichtigt und stattdessen eigenständig agiert.

Der Investmentmanager ist bei der Auswahl von Anlageklassen nicht auf Branche oder Größe beschränkt und wählt die Instrumente in erster Linie auf der Grundlage der Verfügbarkeit attraktiver Anlagemöglichkeiten aus.

Das Fondsmanagement wird das Fondsvermögen nach eingehender Analyse aller ihm zur Verfügung stehenden Informationen und unter sorgfältiger Abwägung der Chancen und Risiken in Wertpapiere, Zielfonds und sonstige zulässige Vermögenswerte investieren. Die Wertentwicklung der Fondsanteile bleibt aber von den Kursänderungen an den Märkten abhängig. Es kann daher keine Zusicherung gegeben

Das Fondsmanagement richtet die Zusammensetzung des Fonds je nach seiner Einschätzung der Marktlage und unter Berücksichtigung des Anlageziels und der Anlagegrundsätze aus, was auch zu einer vollständigen oder teilweisen Neuausrichtung der Zusammensetzung des Fonds führen kann. Derartige Anpassungen können deshalb ggf. auch häufig erfolgen.

Vorsorge Aktien Global VT

WKN: A40QCB – ISIN: DE000A40QCB1

Risikoklasse 4

Verwaltungsgesellschaft:

Generali Investments Luxembourg S.A.

Delegierter Portfoliomanager:

Meritum Capital Managers GmbH

Ziel der Anlagepolitik ist es, eine Kombination aus Ertrag und langfristigem Kapitalwachstum zu erwirtschaften. Der Fonds investiert in globale Kapitalmärkte durch verschiedene Anlageklassen, vor allem Aktienfonds, die möglicherweise ökologische oder soziale Merkmale aufweisen können. Die Gewichtung der Anlageklassen kann variieren und wird entsprechend der aktuellen Einschätzung der globalen Kapitalmärkte durch das Fondsmanagement flexibel angepasst. Das Ziel ist ein langfristig ausgerichtetes Portfolio.

Der Fonds hat keinen Vergleichsindex, daher wird er vom Fondsmanagement unabhängig von einem solchen Index verwaltet. Das bedeutet, dass das Fondsmanagement bei der Auswahl und Gewichtung der Vermögenswerte keine Vorgaben eines Vergleichsmaßstabs berücksichtigt und stattdessen eigenständig agiert.

Der Investmentmanager ist bei der Auswahl von Anlageklassen nicht auf Region, Branche oder Größe beschränkt und wählt die Instrumente in erster Linie auf der Grundlage der Verfügbarkeit attraktiver Anlagemöglichkeiten aus.

Das Fondsmanagement wird das Fondsvermögen nach eingehender Analyse aller ihm zur Verfügung stehenden Informationen und unter sorgfältiger Abwägung der Chancen und Risiken in Wertpapiere, Zielfonds und sonstige zulässige Vermögenswerte investieren. Die Wertentwicklung der Fondsanteile bleibt aber von den Kursänderungen an den Märkten abhängig. Es kann daher keine Zusicherung gegeben

Das Fondsmanagement richtet die Zusammensetzung des Fonds je nach seiner Einschätzung der Marktlage und unter Berücksichtigung des Anlageziels und der Anlagegrundsätze aus, was auch zu einer vollständigen oder teilweisen Neuausrichtung der Zusammensetzung des Fonds führen kann. Derartige Anpassungen können deshalb ggf. auch häufig erfolgen.

Vorsorge Aktien Wachstum Global VT

WKN: A40QCD – ISIN: DE000A40QCD7

SFDR: 6 Keine Mindestanteile an Nachhaltigkeitsinvestitionen

Risikoklasse 4

Verwaltungsgesellschaft:

Generali Investments Luxembourg S.A.

Delegierter Portfoliomanager:

Meritum Capital Managers GmbH

Ziel der Anlagepolitik ist es, eine Kombination aus Ertrag und langfristigem Kapitalwachstum zu erwirtschaften. Der Fonds investiert in globale Kapitalmärkte durch verschiedene Anlageklassen, vor allem Aktienfonds, die möglicherweise ökologische oder soziale Merkmale aufweisen können. Die Gewichtung der Anlageklassen kann variieren und wird entsprechend der aktuellen Einschätzung der globalen Kapitalmärkte durch das Fondsmanagement flexibel angepasst. Das Ziel ist ein langfristig ausgerichtetes Portfolio mit Fokus auf sogenannte Wachstumswerte.

Der Fonds hat keinen Vergleichsindex, daher wird er vom Fondsmanagement unabhängig von einem solchen Index verwaltet. Das bedeutet, dass das Fondsmanagement bei der Auswahl und Gewichtung der Vermögenswerte keine Vorgaben eines Vergleichsmaßstabs berücksichtigt und stattdessen eigenständig agiert.

Der Investmentmanager ist bei der Auswahl von Anlageklassen nicht auf Region, Branche oder Größe beschränkt und wählt die Instrumente in erster Linie auf der Grundlage der Verfügbarkeit attraktiver Anlagemöglichkeiten aus.

Das Fondsmanagement wird das Fondsvermögen nach eingehender Analyse aller ihm zur Verfügung stehenden Informationen und unter sorgfältiger Abwägung der Chancen und Risiken in Wertpapiere, Zielfonds und sonstige zulässige Vermögenswerte investieren. Die Wertentwicklung der Fondsanteile bleibt aber von den Kursänderungen an den Märkten abhängig. Es kann daher keine Zusicherung gegeben

Das Fondsmanagement richtet die Zusammensetzung des Fonds je nach seiner Einschätzung der Marktlage und unter Berücksichtigung des Anlageziels und der Anlagegrundsätze aus, was auch zu einer vollständigen oder teilweisen Neuausrichtung der Zusammensetzung des Fonds führen kann. Derartige Anpassungen können deshalb ggf. auch häufig erfolgen.

Dachfonds Multi Asset:

Vorsorge Multi Asset Balance VT

WKN: A40QCH – ISIN: DE000A40QCH8

Risikoklasse 3

Verwaltungsgesellschaft:

Generali Investments Luxembourg S.A.

Delegierter Portfoliomanager:

Meritum Capital Managers GmbH

Ziel der Anlagepolitik ist es, eine Kombination aus Ertrag und langfristigem Kapitalwachstum zu erwirtschaften.

Der Fonds erreicht sein Anlageziel vor allem durch die Investition in ein diversifiziertes Portfolio aus Fonds verschiedener Anlageklassen, die ökologische oder soziale Merkmale aufweisen können, Aktien und aktienähnliche Instrumente, Anleihen und andere verwandte Wertpapiere von Unternehmen aus der ganzen Welt. Die Gewichtung der verschiedenen Anlageklassen kann variieren und wird vom Fondsmanagement entsprechend der aktuellen Einschätzung der globalen Kapitalmärkte flexibel angepasst. Die Gewichtung der Anlageklassen kann variieren und wird entsprechend der aktuellen Einschätzung der globalen Kapitalmärkte durch das Fondsmanagement flexibel angepasst. Das Ziel ist ein langfristig ausgerichtetes Portfolio.

Der Fonds hat keinen Vergleichsindex, daher wird er vom Fondsmanagement unabhängig von einem solchen Index verwaltet. Das bedeutet, dass das Fondsmanagement bei der Auswahl und Gewichtung der Vermögenswerte keine Vorgaben eines Vergleichsmaßstabs berücksichtigt und stattdessen eigenständig agiert.

Der Investmentmanager ist bei der Auswahl von Anlageklassen nicht auf Region, Branche oder Größe beschränkt und wählt die Instrumente in erster Linie auf der Grundlage der Verfügbarkeit attraktiver Anlagemöglichkeiten aus.

Das Fondsmanagement wird das Fondsvermögen nach eingehender Analyse aller ihm zur Verfügung stehenden Informationen und unter sorgfältiger Abwägung der Chancen und Risiken in Wertpapiere, Zielfonds und sonstige zulässige Vermögenswerte investieren. Die Wertentwicklung der Fondsanteile bleibt aber von den Kursänderungen an den Märkten abhängig. Es kann daher keine Zusicherung gegeben

Das Fondsmanagement richtet die Zusammensetzung des Fonds je nach seiner Einschätzung der Marktlage und unter Berücksichtigung des Anlageziels und der Anlagegrundsätze aus, was auch zu einer vollständigen oder teilweisen Neuausrichtung der Zusammensetzung des Fonds führen kann. Derartige Anpassungen können deshalb ggf. auch häufig erfolgen.

Fondsübersicht mit den Anlageschwerpunkten und der Wertentwicklung der Fonds in den letzten Jahren

Um Ihnen einen Eindruck zu geben, mit welchen Chancen und Risiken die Entwicklung des Fondsguthabens Ihrer Versicherung verbunden ist, haben wir nachfolgend die Wertentwicklung der Fonds jeweils zum Jahresende dargestellt. Dabei haben wir die letzten zehn Jahre bzw. die – grundsätzlich vollen – Jahre seit Auflage des Fonds berücksichtigt. Fonds ohne Angaben zur Wertentwicklung wurden erst vor einiger Zeit aufgelegt. Deshalb können wir hierzu noch keine Angaben zur Wertentwicklung eines vollständigen Kalenderjahres machen.

Die Wertentwicklung für die einzelnen Jahre wurde nach der Methode des Bundesverbandes Deutscher Investment-Gesellschaften e. V. (BVI-Methode) errechnet. Sie beruht auf der Annahme eines einmalig angelegten Betrags ohne Berücksichtigung eines Ausgabeaufschlags. Ertragsausschüttungen werden zum Anteilwert am Ausschüttungstag wiederangelegt. Die Angaben zur bisherigen Wertentwicklung erlauben keine Prognosen für die Zukunft. Selbstverständlich besteht das Risiko, dass zukünftig auch höhere Verluste entstehen können – aber auch die Chance auf bessere Ergebnisse. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass sich Wertverluste, aber auch Gewinne am Ende des Ansparvorganges absolut betrachtet stärker auswirken als zu Beginn, da sie das gesamte angesparte Fondsguthaben beeinflussen.

Alle wichtigen Fondsdaten und die aktuelle Wertentwicklung der für Ihren Vertrag gewählten Investmentfonds haben wir auf unserer Homepage www.generali.de für Sie zusammengestellt.

Fonds / Fondskürzel	Anlageschwerpunkt	Wertentwicklung in Prozent für das Jahr									
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024

Aktienfonds (Nachhaltigkeitsfonds)

Nachhaltigkeit Select Global VT	YC	Langfristiges Streben nach möglichst hohem Wertzuwachs, größtenteils basierend auf ESG-Kriterien								- 14,7	+ 9,4	+ 14,9
---------------------------------	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--------	-------	--------

Dachfonds Aktien

Vorsorge Aktien Dividende Global VT	YF	Investitionen in globale Kapitalmärkte durch Aktienfonds, mit Fokus auf Unternehmen, die nachhaltig Dividenden generieren										
Vorsorge Aktien Europa VT	YG	Investitionen in europäische Kapitalmärkte durch Aktienfonds										
Vorsorge Aktien Global VT	YH	Investitionen in globale Kapitalmärkte durch Aktienfonds.										
Vorsorge Aktien Wachstum Global VT	YI	Investitionen in globale Kapitalmärkte durch Aktienfonds, mit Fokus auf Wachstumswerte										

Dachfonds Multi Asset

Vorsorge Multi Asset Balance VT	YJ	Der Fonds erreicht sein Anlageziel vor allem durch die Investition in ein diversifiziertes, globales Portfolio aus Fonds verschiedener Anlageklassen, mit Schwerpunkt auf Aktien- und Rentenfonds										
---------------------------------	----	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Geldmarktfonds

Generali Geldmarkt Euro	AM	Geldmarktinstrumente	- 0,2	- 0,2	- 0,5	- 0,6	- 0,6	- 0,6	- 0,8	- 0,4	+ 3,1	+ 3,7
-------------------------	----	----------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Gemischte Fonds

Generali AktivMix Ertrag	AL	Anlage in den klassischen wertstabilen Anlagesegmenten Renten, Geldmarkt und immobilienorientierte Wertpapiere	+ 1,1	+ 0,3	+ 0,9	- 1,8	+ 3,8	+ 0,5	+ 2,8	- 5,0	+ 6,7	+ 5,1
--------------------------	----	--	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Generali Exklusivanlage

Generali Exklusiv Fonds Infrastruktur ⁴⁾	YA	Investition in alternative Anlagen, zum Beispiel in Infrastruktur, Immobilien, erneuerbare Energien und Energieeffizienz							+ 5,1	+ 6,8	+ 6,5	+ 3,9
Generali Exklusiv Fonds Private Debt ⁴⁾	YK	Investition in die alternative Anlage Private Debt zur Finanzierung mittelständischer Unternehmen										

Fonds / Fondskürzel	Anlageschwerpunkt	Wertentwicklung in Prozent für das Jahr									
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024

Rentenfonds

Generali Investments SICAV - Euro Aggregate Bond DX	YL	Investition in auf Euro lautende Schuldtitel wie Staatsanleihen, Anleihen von staatlichen Stellen, Kommunen und supranationalen Einrichtungen sowie Unternehmensanleihen mit Investment-Grade-Rating	+ 2,2	+ 2,6	+ 1,8	- 0,9	+ 3,1	+ 2,7	- 0,3	- 13,4	+ 7,2	+ 3,7
Generali Investments SICAV - Euro Bond DX	AP	Anlage in qualitativ hochwertige Schuldtitel mit Schwerpunkt europäische Staatsanleihen	+ 2,2	+ 4,0	+ 1,5	- 0,4	+ 5,5	+ 5,3	- 2,6	- 14,0	+ 5,1	+ 2,3
Generali Investments SICAV - Euro Short Term Bond DX	YN	Investition in auf Euro lautende, qualitativ hochwertige, kurzfristige Schuldtitel sowie Geldmarktinstrumente	+ 0,5	± 0,0	- 0,1	- 0,8	+ 0,8	± 0,0	+ 0,7	+ 0,4	+ 2,9	+ 3,4

⁴⁾ nur zulässig bei Versicherungen nach Tarif VAN25, VASPN25, VA4U25, VEP25 und BRVA25

Anlage in Gold [nur zulässig bei Versicherungen nach Tarif VAN25, VASPN25, VA4U25, VEP25 und BRVA25]

Um Ihnen einen Eindruck zu vermitteln, mit welchen Chancen und Risiken für Sie eine Anlage in das Edelmetall Gold innerhalb Ihres Versicherungsvertrags verbunden ist, haben wir in der folgenden Tabelle die jährliche Entwicklung des Goldpreises in Euro jeweils zum Jahresende dargestellt.

Obwohl die in der Tabelle für die letzten zehn Jahre jeweils genannten Wertentwicklungen nur in einzelnen Jahren negativ waren, ist eine Kapitalanlage in Gold für Sie selbst langfristig mit einem erheblichen Investitionsrisiko verbunden. So sank der Goldpreis von Anfang der 1980er-Jahre bis 2004 quasi kontinuierlich. Zu bedenken ist ebenfalls, dass eine Kapitalanlage in Gold mittelbar auch mit einem Wechselkursrisiko des Euro gegenüber dem US-Dollar verbunden ist, weil Gold weltweit primär in US-Dollar gehandelt wird.

Die Angaben zur bisherigen Wertentwicklung erlauben keine Prognosen für die Zukunft. Selbstverständlich besteht das Risiko, dass zukünftig auch höhere Verluste entstehen können – aber auch die Chance auf bessere Ergebnisse. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass sich Wertverluste, aber auch Gewinne am Ende des Ansparvorganges absolut betrachtet stärker auswirken als zu Beginn, da sie das gesamte angesparte goldgebundene Guthaben beeinflussen.

Die in der folgenden Tabelle genannten Wertentwicklungen berücksichtigen nicht, dass bei der goldgebundenen Kapitalanlage im Versicherungsvertrag zusätzlich zu seinen ohnehin angesetzten Kosten bei Erwerb von Gold ein Aufschlag auf den Rückgabepreis anfällt, insbesondere weil auf dem Weltmarkt ein Unterschiedsbetrag zwischen Kauf- und Verkaufspreis existiert, und wir für die Aufwendungen in Zusammenhang mit der Aufbewahrung und Sicherung des Goldbestands weitere laufende Kosten einbehalten, z. B. für das Vorhalten der Tresore, Wachschatz, Diebstahlversicherung. Beides mindert die effektive Wertentwicklung der goldgebundenen Anlage.

Kürzel	Anlageschwerpunkt	Risikoklasse	Wertentwicklung ⁵⁾ in Prozent für das Jahr									
			2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
ZA	Kapitalanlage in Gold	3	- 1,2	+ 12,7	- 1,4	+ 3,0	+ 21,3	+ 13,4	+ 4,3	+ 5,8	+ 9,9	+ 34,5

⁵⁾ des Goldpreises in Euro, abgeleitet aus der Veröffentlichung für das Vormittags-Fixing durch die London Bullion Market Association

Übersicht der sonstigen Kosten

Sehr geehrte Kundin,
sehr geehrter Kunde,

neben den in den maßgebenden Versicherungsbedingungen zu bestimmten vertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten explizit aufgeführten Kosten stellen wir Ihnen in folgenden Fällen pauschal zusätzliche Kosten gesondert in Rechnung, sofern dies in den Versicherungsbedingungen vorgesehen oder nach gesetzlichen Vorschriften zulässig ist:

Mahnung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen	4,00 €
Rückläufer im Lastschriftverfahren (ab 2. Rückläufer innerhalb von 6 Monaten)	6,40 €
Durchführung von Vertragsänderungen (z. B. Daueränderungen, Terminverschiebungen)	25,00 €
Bearbeitung von Abtretungen und Verpfändungen	8,00 €
Anschriftermittlung	0,00 €
Ausstellung eines Ersatz-Versicherungsscheins	4,00 €
Versicherungsnehmerwechsel	8,00 €
Wiederinkraftsetzung	4,00 €
Einrichtung und Abbrechen des Ablaufmanagements, Fonds-Einstiegsmanagements oder Fonds-Ausstiegsmanagements	6,00 €
Erbringung einer Kapital-Versicherungsleistung in Goldbarren anstatt eines Geldbetrags (nur möglich, soweit die Wertentwicklung des Versicherungsvertrags vereinbarungsgemäß an die Wertentwicklung von Gold gekoppelt war und eine Lieferung von Gold in den Vertragsbedingungen als Option vorgesehen ist):	
– Herstellungskosten der auszuliefernden Goldbarren	
– je Goldbarren zu 500 g	16,40 €
– je Goldbarren zu 250 g	13,80 €
– je Goldbarren zu 100 g	10,70 €
– je Goldbarren zu 50 g	9,50 €
– Verpackungs- und Versandkosten der Goldbarren an eine Anschrift in Deutschland	
– bei einem Goldwert bis 20.000 €	65,03 €
– bei einem Goldwert über 20.000 € bis 25.000 €	79,31 €
– bei einem Goldwert über 25.000 € bis 250.000 €	147,14 €

Bei einem höheren Goldwert erhöhen sich die Verpackungs- und Versandkosten entsprechend der Anzahl der erforderlichen Teillieferungen. Bei einer Lieferung ins Ausland – sofern eine solche überhaupt möglich ist – fallen höhere Versandkosten an. Bitte wenden Sie sich bei Bedarf hierzu direkt an uns.

Die Höhe der Kosten kann sich während der Laufzeit des Versicherungsvertrags ändern. Eine Übersicht über die jeweils aktuellen Kosten können Sie bei uns anfordern.

Generali Deutschland Gruppe

– Informationen für unsere Kunden über Maßnahmen zum Umgang mit und zur Vermeidung von Interessenkonflikten

Die Generali Deutschland Lebensversicherung (GEDL) ist Teil eines der größten europäischen Versicherungskonzerne. Sie handelt im besten Interesse ihrer Kunden, wenn sie ihre Produkte verkauft und verwaltet. Mögliche Interessenkonflikte vermeidet sie soweit wie möglich schon im Vorfeld. Daher erwarten wir von unseren Mitarbeitern und Vertriebspartnern jederzeit Sorgfalt, Redlichkeit, rechtmäßiges und professionelles Handeln. Das Kundeninteresse beachten wir in ganz besonderem Maße. Unser Handeln muss im Einklang mit dem Code of Conduct stehen, den Verhaltensrichtlinien der internationalen Generali Gruppe.

Von Mitarbeitern der GEDL erwarten wir, dass sie sich an diese Grundsätze halten. Das Gleiche gilt für Dritte wie beispielsweise Vertriebspartner, die in unserem Namen handeln. Der Code of Conduct legt konkrete Verhaltensregeln für die Betroffenen fest, wie zum Beispiel:

- Was tun wir, um Bestechung zu verhindern?
- Wie schützen wir Vermögenswerte und geschäftliche Informationen?
- Wie schützen wir die Beziehung zu unseren Kunden?

Damit Interessenkonflikte gar nicht erst entstehen, haben wir intern Vorkehrungen getroffen. So erkennen wir schon im Vorfeld, wenn etwas nicht unseren Richtlinien entspricht.

Dennoch können wir nicht vollständig ausschließen, dass es zu einem Interessenkonflikt kommen kann. Diese Einzelfälle bearbeiten wir stets unter strenger Berücksichtigung der Kundeninteressen. Insbesondere die hier aufgeführten Sachverhalte unterliegen dem Code of Conduct:

- Vermittlung von Produkten aus Umsatzinteresse der GEDL bzw. Provisionsinteresse der Vermittler
- Erhalt oder Verteilung von Zuwendungen. Beispiel: Annahme bzw. Auszahlung von Folgeprovisionen oder geldwerten Vorteilen von Dritten bzw. an Dritte
- Erfolgsbezogene Vergütungen von Mitarbeitern und Vermittlern
- Zuwendungen an unsere Mitarbeiter und Vermittler
- Beziehungen unseres Hauses zu Beteiligten am Finanzmarkt und Nutzung von Informationen, die nicht öffentlich bekannt sind

- persönliche Beziehungen unserer Mitarbeiter oder der Geschäftsleitung oder der mit diesen verbundenen Personen oder
- Mitwirkung dieser Personen in Aufsichts- oder Beiräten

Die GEDL setzt alles daran, Konflikte im Zusammenhang mit derartigen Sachverhalten von vornherein auszuschließen.

Die Integrität und Kundenorientierung der GEDL zeigt sich im professionellen Umgang mit Interessenkonflikten. In der Generali Deutschland Gruppe gibt es eine unabhängige Compliance-Stelle, für die die Geschäftsleitung direkt verantwortlich ist. Sie identifiziert mögliche Interessenskonflikte und berät die Geschäftsleitung, damit der Code of Conduct in allen Geschäftsbereichen eingehalten wird.

Im Einzelnen hat die GEDL folgende Maßnahmen zur Vermeidung von Interessenkonflikten ergriffen:

- Sie arbeitet mit Verfahren und Kontrollprozessen, die geeignet sind, beim Vertrieb von Versicherungsprodukten die Kundeninteressen zu wahren. Als Grundlage dient der Verhaltenskodex des Gesamtverbands der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V.
- Bevor sie neue Produkte einführt, durchlaufen diese einen komplexen Produktprüfungsprozess. Auch die vertriebliche Einführung ist entsprechend geregelt.
- Sie befolgt genaue Vorgaben über die Annahme oder Abgabe von Zuwendungen und wie diese offengelegt werden.
- Sie berücksichtigt alle Regelungen zum Umgang mit vertraulichen Informationen.
- Private Geschäfte der Mitarbeiter unterliegen besonderen Regeln, die auch überwacht werden.
- Die Mitarbeiter werden intensiv geschult, damit sie die Regelwerke kennen und anwenden.
- Sie hat ein angemessenes Vergütungssystem eingerichtet. Es stellt unter anderem sicher, dass Kundeninteressen nicht beeinträchtigt werden, wenn z. B. Vermittler eine Vergütung erhalten.



Deutsche
Vermögensberatung

Umgang mit und Auswirkungen von Nachhaltigkeitsrisiken

Nachhaltigkeitsrisiken bei der Vermittlung und Beratung von Versicherungsanlageprodukten

Der Umgang mit Nachhaltigkeitsrisiken in der Versicherungsvermittlung von Versicherungsanlageprodukten bei der DVAG und den jeweiligen Vermögensberatern betrifft verschiedene Ebenen: die Zusammenarbeit mit unserem Produktpartner Generali Deutschland Lebensversicherung AG und die Versicherungsvermittlung dieser Produkte durch unsere Vermögensberater selbst.

Die Zusammenarbeit mit unserem Produktpartner Generali Deutschland Lebensversicherung AG

Unser Produktpartner Generali Deutschland Lebensversicherung AG wählt hinsichtlich seiner eigenen Kooperationen/Investments Unternehmen aus, die Verbesserungen hinsichtlich ihres ESG-bezogenen Verhaltens und ihrer Best Practices zeigen.

Unser Produktpartner Generali Deutschland Lebensversicherung AG befindet sich z.B. in einem stetigen Austausch mit dem Management dieser Unternehmen, um hinsichtlich ESG-relevanter Themen mit ihnen zu diskutieren, sie herauszufordern und zu beeinflussen.

Des Weiteren müssen Produktgeber für Investmentfonds zumindest Unterzeichner der Prinzipien des Nachhaltigen Investierens der Vereinten Nationen sein (UN PRI). Auch gilt für die vermittelten Versicherungsanlageprodukte, dass ESG-Kriterien und Aspekte für nachhaltiges Investieren in die Investmentanalysen einfließen und bei Anlageentscheidungen der Produktgeber Berücksichtigung finden.

Das Vorgehen in der Versicherungsvermittlung und -beratung selbst

In der Versicherungsvermittlung und -beratung von Versicherungsanlageprodukten stehen unseren Kunden auch solche mit Nachhaltigkeitsfokus zur Verfügung. Hierbei wird das Bedürfnis unserer Kunden berücksichtigt, auch Produkte erwerben zu können, die bestimmte Umwelt- und/oder soziale und/oder gesellschaftliche Aspekte erfüllen.

Auch wird seit August 2022 – wie durch den Gesetzgeber vorgesehen – bei jeder Versicherungsvermittlung und -beratung von Versicherungsanlageprodukten die Nachhaltigkeitspräferenz der Kunden abgefragt.

Diese Versicherungsanlageprodukte können im Rahmen der Versicherungsberatung geeignet sein, abhängig von den Anlagezielen, den Anlageerfahrungen oder der Risikotoleranz der Kunden. In der Versicherungsberatung außerhalb von Versicherungsanlageprodukten in der Beratung zu sonstigen Versicherungen ist die Erörterung von Nachhaltigkeitspräferenzen der Kunden nicht verpflichtend.

Rendite-Auswirkungen

Nachhaltigkeitsrisiken können sowohl positive als auch negative Einflüsse auf die künftige Wertentwicklung haben. Wichtig ist daher, dass den Risiken Aufmerksamkeit geschenkt wird.

Die Einzelheiten der Produkte sind auf der folgenden Webseite abrufbar:
www.dvag.de/dvag/das-unternehmen/produktpartner.html

Datenschutzhinweise (Stand: 01.10.2022)

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Generali Deutschland Lebensversicherung 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

Generali Deutschland Lebensversicherung AG
Adenauerring 7
81737 München
Telefon: 089 5121-0
E-Mail: service@generali.de

Unseren **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz Datenschutzbeauftragter oder per E-Mail unter: konzerndatenschutz.de@generali.com

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 Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. 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 präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.generali.de/datenschutz 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. Falls Sie eine Beratung wünschen, benötigen wir Ihre Angaben zur Weitergabe an unseren Vertriebspartner.

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 Schaden 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 aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten nutzen wir weiterhin für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) 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. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG. 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 berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) 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 Versicherungsmissbrauch 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. 1 c) DSGVO.

Auf Basis Ihrer Einwilligung nach Art. 6 Abs. 1 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO informieren wir Sie mittels personalisierter E-Mails sowie ggf. telefonisch über Produkte und Services und befragen Sie auf gleichem Wege zu Ihrer Kundenzufriedenheit. In diesem Zusammenhang analysieren wir Ihr Nutzungsverhalten im Hinblick auf erhaltene E-Mails. Das bedeutet: wir verwenden E-Mails, die sog. Zählpixel enthalten. Dadurch können wir feststellen, ob Sie unsere Mail geöffnet sowie ggfs. genutzt haben. Z. B. können wir nachvollziehen, welche Elemente innerhalb der E-Mail, d. h. Logos, Buttons, Links etc., Sie angeklickt haben und wie lange Sie in bestimmten Bereichen der E-Mail verweilen. Diese Informationen werten wir aus, um sie anschließend für zukünftige E-Mails zu berücksichtigen, d. h., um für Sie nicht interessante Informationen herauszufiltern und Ihnen auf Ihre Wünsche und Bedürfnisse abgestimmte Benachrichtigungen zukommen lassen zu können.

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. Leistungsfalldaten 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 unseren Rückversicherern

- Generali Deutschland AG, Adenauerring 7, 81737 München
- General Reinsurance AG, Theodor-Heuss-Ring 11, 50668 Köln
- Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft Aktiengesellschaft in München, Königinstraße 107, 80802 München
- Swiss Re Europe S.A., Niederlassung Deutschland, Arabellastraße 30, 81925 München
- Neue Rückversicherungs-Gesellschaft AG, Zollikerstrasse 226, 8008 Zürich, Schweiz

erhalten.

Vermittler/Vermögensberater:

Soweit sich im Rahmen der Bearbeitung Ihres Anliegens die Notwendigkeit zur Einbeziehung eines Vermittlers/Vermögensberaters ergibt, verarbeitet Ihr Vermittler/Vermögensberater die zum Abschluss und

zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags- und Vertragsdaten. Gleiches gilt, wenn Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler/Vermögensberater betreut werden. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler/Vermögensberater, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen 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.generali.de/datenschutz 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 in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.generali.de/datenschutz 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 Jahren.

Betroffenenrechte

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder 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 zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA)
Postfach 1349
91504 Ansbach

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. bei Eintritt des Versicherungsfalles ggf. zu überprüfen und bei Bedarf zu ergänzen, 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, dann tun wir dies 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 unserer Website unter www.generali.de/datenschutz.

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

Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft (Code of Conduct)

I. Einleitung

Der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) mit Sitz in Berlin ist die Dachorganisation der privaten Versicherer in Deutschland. Ihm gehören über 450 Mitgliedsunternehmen an. Diese bieten als Risikoträger Risikoschutz und Unterstützung sowohl für private Haushalte als auch für Industrie, Gewerbe und öffentliche Einrichtungen. Der Verband setzt sich für alle die Versicherungswirtschaft betreffenden Fachfragen und für ordnungspolitische Rahmenbedingungen ein, die den Versicherern die optimale Erfüllung ihrer Aufgaben ermöglichen.

Die Versicherungswirtschaft ist von jeher darauf angewiesen, in großem Umfang personenbezogene Daten der Versicherten zu verwenden. Sie werden zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung erhoben, verarbeitet und genutzt, um Versicherte zu beraten und zu betreuen sowie um das zu versichernde Risiko einzuschätzen, die Leistungspflicht zu prüfen und Versicherungsmissbrauch im Interesse der Versichertengemeinschaft zu verhindern. Versicherungen können dabei heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung erfüllen.

Die Wahrung der informationellen Selbstbestimmung und der Schutz der Privatsphäre sowie die Sicherheit der Datenverarbeitung sind für die Versicherungswirtschaft ein Kernanliegen, um das Vertrauen der Versicherten zu gewährleisten. Alle Regelungen zur Verarbeitung personenbezogener Daten müssen nicht nur im Einklang mit den Bestimmungen der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes und aller einschlägigen bereichsspezifischen Vorschriften über den Datenschutz stehen, sondern die beigetretenen Unternehmen der Versicherungswirtschaft verpflichten sich darüber hinaus, den Grundsätzen der Transparenz, der Erforderlichkeit der verarbeiteten Daten und der Datenminimierung in besonderer Weise nachzukommen.

Hierzu hat der GDV im Einvernehmen mit seinen Mitgliedsunternehmen die folgenden Verhaltensregeln für den Umgang mit den personenbezogenen Daten der Versicherten aufgestellt. Sie schaffen für die Versicherungswirtschaft weitestgehend einheitliche Standards und fördern die Einhaltung von datenschutzrechtlichen Regelungen. Unternehmen, die die brancheninternen Verhaltensregeln anwenden, stellen damit nach Auffassung der unabhängigen Datenschutzbehörden des Bundes und der Länder sicher, dass die Vorgaben der Datenschutz-Grundverordnung für die Versicherungswirtschaft branchenspezifisch konkretisiert werden. Die Mitgliedsunternehmen des GDV, die diesen Verhaltensregeln gemäß Artikel 30 beigetreten sind, verpflichten sich damit zu deren Einhaltung.

Die Verhaltensregeln sollen den Versicherten der beigetretenen Unternehmen die Gewähr bieten, dass Datenschutz- und Datensicherheitsbelange bei der Gestaltung und Bearbeitung von Produkten und Dienstleistungen berücksichtigt werden. Der GDV versichert seine Unterstützung bei diesem Anliegen. Die beigetretenen Unternehmen weisen ihre Führungskräfte und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an, die Verhaltensregeln einzuhalten. Antragsteller und Versicherte werden über die Verhaltensregeln informiert.

Darüber hinaus sollen mit den Verhaltensregeln zusätzliche Einwilligungen möglichst entbehrlich gemacht werden. Grundsätzlich sind solche nur noch für die Verarbeitung von besonders sensiblen Arten personenbezogener Daten – wie Gesundheitsdaten – sowie für die Verarbeitung personenbezogener Daten zu Zwecken der Werbung oder der Markt- und Meinungsforschung erforderlich. Für die Verarbeitung von besonders sensiblen Arten personenbezogener Daten – wie Gesundheitsdaten – hat der GDV gemeinsam mit den zuständigen Aufsichtsbehörden Mustererklärungen mit Hinweisen zu deren Verwendung erarbeitet. Die beigetretenen Unternehmen sind von den Datenschutzbehörden aufgefordert – angepasst an ihre Geschäftsabläufe – Einwilligungstexte zu verwenden, die der Musterklausel entsprechen.

Die vorliegenden Verhaltensregeln konkretisieren und ergänzen die datenschutzrechtlichen Regelungen für die Versicherungsbranche. Als Spezialregelungen für die beigetretenen Mitgliedsunternehmen des

GDV erfassen sie die wichtigsten Verarbeitungen personenbezogener Daten, welche die Unternehmen im Zusammenhang mit der Begründung, Durchführung, Beendigung oder Akquise von Versicherungsverträgen sowie zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen vornehmen.

Da die Verhaltensregeln geeignet sein müssen, die Datenverarbeitung aller beigetretenen Unternehmen zu regeln, sind sie möglichst allgemeingültig formuliert. Deshalb kann es erforderlich sein, dass die einzelnen Unternehmen diese in unternehmensspezifischen Regelungen konkretisieren. Das mit den Verhaltensregeln erreichte Datenschutz- und Datensicherheitsniveau wird dabei nicht unterschritten. Darüber hinaus ist es den Unternehmen unbenommen, Einzelregelungen mit datenschutzrechtlichem Mehrwert, z. B. für besonders sensible Daten wie Gesundheitsdaten oder für die Verarbeitung von Daten im Internet, zu treffen. Haben die beigetretenen Unternehmen bereits solche besonders datenschutzfreundliche Regelungen getroffen oder bestehen mit den zuständigen Aufsichtsbehörden spezielle Vereinbarungen oder Absprachen zu besonders datenschutzgerechten Verfahrensweisen, behalten diese selbstverständlich auch nach dem Beitritt zu diesen Verhaltensregeln ihre Gültigkeit.

Unbeschadet der hier getroffenen Regelungen gelten die Vorschriften der DSGVO und des Bundesdatenschutzgesetzes. Unberührt bleiben die Vorschriften zu Rechten und Pflichten von Beschäftigten der Versicherungswirtschaft.

II. BEGRIFFSBESTIMMUNGEN

Für die Verhaltensregeln gelten die Begriffsbestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung und des Bundesdatenschutzgesetzes.

Darüber hinaus sind:

Unternehmen:

die Mitgliedsunternehmen des GDV, soweit sie das Versicherungsgeschäft als Erstversicherer betreiben sowie mit diesem in einer Gruppe von Versicherungs- und Finanzdienstleistungsunternehmen verbundene Erstversicherungsunternehmen, einschließlich Pensionsfonds, die diesen Verhaltensregeln beigetreten sind,

Versicherungsverhältnis:

Versicherungsvertrag einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden vorvertraglichen Maßnahmen und rechtlichen Verpflichtungen,

Betroffene Personen:

Versicherte, Antragsteller oder weitere Personen, deren personenbezogene Daten im Zusammenhang mit dem Versicherungsgeschäft verarbeitet werden,

Versicherte:

- Versicherungsnehmer und Versicherungsnehmerinnen des Unternehmens,
- versicherte Personen einschließlich der Teilnehmer an Gruppenversicherungen,

Antragsteller:

Personen, die ein Angebot angefragt haben oder einen Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages stellen, unabhängig davon, ob der Versicherungsvertrag zustande kommt,

weitere Personen:

außerhalb des Versicherungsverhältnisses stehende betroffene Personen, wie Geschädigte, Zeugen und sonstige Personen, deren Daten das Unternehmen im Zusammenhang mit der Begründung, Durchführung oder Beendigung eines Versicherungsverhältnisses verarbeitet,

Geschädigte:

Personen, die einen Schaden erlitten haben oder erlitten haben könnten, wie z. B. Anspruchsteller in der Haftpflichtversicherung,

Datenverarbeitung:

Erheben, Erfassen, Organisieren, Ordnen, Speichern, Anpassen oder Verändern, Auslesen, Abfragen, Verwenden, Offenlegen durch Übermitteln, Verbreiten oder Bereitstellen in einer anderen Form, Abgleichen

oder Verknüpfen oder Einschränken der Verarbeitung sowie Löschen oder Vernichten personenbezogener Daten,

Datenerhebung:

das Beschaffen von Daten über die betroffenen Personen,

Automatisierte Verarbeitung:

Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten unter Einsatz von Datenverarbeitungsanlagen,

Automatisierte Entscheidung:

eine Entscheidung gegenüber einer einzelnen Person, die auf eine ausschließlich automatisierte Verarbeitung gestützt wird, ohne dass eine inhaltliche Bewertung und darauf gestützte Entscheidung durch eine natürliche Person stattgefunden hat,

Stammdaten:

die allgemeinen Daten der betroffenen Personen: Name, Adresse, Geburtsdatum, Geburtsort, Kundennummer, Beruf, Familienstand, gesetzliche Vertreter, Angaben über die Art der bestehenden Verträge (wie Vertragsstatus, Beginn- und Ablaufdaten, Versicherungsnummer(n), Zahlungsart, Rollen der betroffenen Person (z. B. Versicherungsnehmer, versicherte Person, Beitragszahler, Anspruchsteller), sowie Kontoverbindung, Telekommunikationsdaten, Authentifizierungsdaten für die elektronische oder telefonische Kommunikation, Werbesperren und andere Widersprüche, Werbeeinwilligung und Sperren für Markt- und Meinungsforschung, Vollmachten und Betreuungsregelungen, zuständige Vermittler und mit den genannten Beispielen vergleichbare Daten,

Dienstleister:

andere Unternehmen oder Personen, die eigenverantwortlich Aufgaben für das Unternehmen wahrnehmen,

Auftragsverarbeiter:

eine natürliche oder juristische Person, Einrichtung oder andere Stelle, die personenbezogene Daten im Auftrag des verantwortlichen Unternehmens verarbeitet,

Vermittler:

selbstständig handelnde natürliche Personen (Handelsvertreter) und Gesellschaften, welche als Versicherungsvertreter, oder -makler im Sinne des § 59 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) Versicherungsverträge vermitteln oder abschließen.

Schutzwürdige Interessen:

Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, insbesondere dann, wenn es sich bei der betroffenen Person um ein Kind handelt.

III. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

Art. 1 Geltungsbereich

(1) ¹Die Verhaltensregeln gelten für die Verarbeitung personenbezogener Daten im Zusammenhang mit dem Versicherungsgeschäft durch die Unternehmen. ²Dazu gehört neben dem Versicherungsverhältnis insbesondere die Erfüllung gesetzlicher Ansprüche, auch wenn ein Versicherungsvertrag nicht zustande kommt, nicht oder nicht mehr besteht. ³Zum Versicherungsgeschäft gehören auch die Gestaltung und Kalkulation von Tarifen und Produkten.

(2) Unbeschadet der hier getroffenen Regelungen gelten die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz, insbesondere die EU-Datenschutz-Grundverordnung und das Bundesdatenschutzgesetz.

Art. 2 Zwecke der Verarbeitung

(1) ¹Die Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt für die Zwecke des Versicherungsgeschäfts grundsätzlich nur, soweit dies zur Begründung, Durchführung und Beendigung von Versicherungsverhältnissen erforderlich ist, insbesondere zur Bearbeitung eines Antrags, zur Beurteilung des zu versichernden Risikos, zur Erfüllung der Beratungspflichten nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG), zur Prüfung einer Leistungspflicht und zur internen Prüfung des fristgerechten Forderungsausgleichs. ²Sie erfolgt auch zur Prüfung und Regulierung der Ansprüche Geschädigter in der Haftpflichtversicherung, zur Prüfung und Abwicklung von Regressforderungen, zum Abschluss und zur Durchführung von Rückversicherungsverträgen, zur Entwicklung von Tarifen, Produkten und Services, zur Erstellung von Statistiken, für versicherungsrelevante Forschungszwecke, z. B. Unfallforschung, zur Missbrauchsbekämpfung oder zur Erfüllung gesetzlicher und aufsichtsrechtlicher Verpflichtungen oder zu Zwecken der Werbung sowie der Markt- und Meinungsforschung.

(2) ¹Die personenbezogenen Daten werden grundsätzlich im Rahmen der den betroffenen Personen bekannten Zweckbestimmung verarbeitet. ²Eine Änderung oder Erweiterung der Zweckbestimmung erfolgt nur, wenn sie rechtlich zulässig ist und die betroffenen Personen nach Artikel 7 bzw. 8 dieser Verhaltensregeln darüber informiert wurden oder wenn die betroffenen Personen eingewilligt haben.

Art. 3 Grundsätze zur Qualität der Datenverarbeitung

(1) Die Unternehmen verpflichten sich, alle personenbezogenen Daten in rechtmäßiger und den schutzwürdigen Interessen der betroffenen Person entsprechender und nachvollziehbarer Weise zu verarbeiten.

(2) ¹Die Datenverarbeitung richtet sich an dem Ziel der Datenminimierung und Speicherbegrenzung aus. ²Personenbezogene Daten werden vorbehaltlich der Zwecke Forschung und Statistik nach Maßgabe des Art. 5 Abs. 1 lit. e) DSGVO in einer Form gespeichert, die die Identifizierung der betroffenen Personen nur so lange ermöglicht, wie es für die Zwecke der Verarbeitung erforderlich ist. ³Insbesondere werden die Möglichkeiten zur Anonymisierung und Pseudonymisierung genutzt, soweit dies möglich ist und der Aufwand nicht unverhältnismäßig zu dem angestrebten Schutzzweck ist. Dabei wird die Anonymisierung der Pseudonymisierung vorgezogen.

(3) ¹Das Unternehmen trägt dafür Sorge, dass die vorhandenen personenbezogenen Daten richtig und erforderlichenfalls auf dem aktuellen Stand gespeichert sind. ²Es werden alle angemessenen Maßnahmen dafür getroffen, dass nicht zutreffende oder unvollständige Daten unverzüglich berichtigt, gelöscht oder in der Verarbeitung eingeschränkt werden.

(4) ¹Die Maßnahmen nach den vorstehenden Absätzen werden dokumentiert. ²Grundsätze hierfür werden in das Datenschutzkonzept der Unternehmen aufgenommen (Art. 4 Abs. 2).

Art. 4 Grundsätze der Datensicherheit

(1) ¹Zur Gewährleistung der Datensicherheit werden die erforderlichen technisch-organisatorischen Maßnahmen unter Berücksichtigung des Stands der Technik, der Implementierungskosten und der Art, des Umfangs, der Umstände und der Zwecke der Verarbeitung sowie der unterschiedlichen Eintrittswahrscheinlichkeiten und Schwere der mit der Verarbeitung verbundenen Risiken für die Rechte und Freiheiten natürlicher Personen getroffen, um ein dem Risiko angemessenes Schutzniveau zu gewährleisten. ²Dabei werden angemessene Maßnahmen getroffen, die insbesondere gewährleisten können, dass

1. nur Befugte personenbezogene Daten zur Kenntnis nehmen können (Vertraulichkeit). Mittel hierzu sind insbesondere Berechtigungskonzepte, Pseudonymisierung oder Verschlüsselung personenbezogener Daten.
2. personenbezogene Daten während der Verarbeitung unversehrt, vollständig und aktuell bleiben (Integrität).
3. personenbezogene Daten zeitgerecht zur Verfügung stehen und ordnungsgemäß verarbeitet werden können (Verfügbarkeit, Belastbarkeit).
4. jederzeit personenbezogene Daten ihrem Ursprung zugeordnet werden können (Authentizität).
5. festgestellt werden kann, wer wann welche personenbezogenen Daten in welcher Weise eingegeben, übermittelt und verändert hat (Revisionsfähigkeit).
6. die Verfahrensweisen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten vollständig, aktuell und in einer Weise dokumentiert sind, dass sie in zumutbarer Zeit nachvollzogen werden können (Transparenz).

(2) ¹Die in den Unternehmen veranlassten Maßnahmen werden in ein umfassendes, die Verantwortlichkeiten regelndes Datenschutz- und -sicherheitskonzept integriert, welches unter Einbeziehung der betrieblichen Datenschutzbeauftragten erstellt wird. ²Es beinhaltet insbesondere Verfahren zur regelmäßigen Überprüfung und Bewertung der Wirksamkeit der getroffenen Maßnahmen.

Art. 5 Einwilligung

(1) ¹Soweit die Verarbeitung personenbezogener Daten auf eine Einwilligung sowie – soweit erforderlich – auf eine Schweigepflichtbindungserklärung der betroffenen Personen gestützt wird, stellt das Unternehmen sicher, dass diese freiwillig, in informierter Weise und unmissverständlich bekundet wird, wirksam und nicht widerrufen ist. ²Soweit besondere Kategorien personenbezogener Daten – insbesondere Daten über die Gesundheit – verarbeitet werden, muss die diesbezügliche Einwilligung ausdrücklich abgegeben sein.

(2) ¹Soweit die Verarbeitung personenbezogener Daten von Minderjährigen auf eine Einwilligung sowie – soweit erforderlich – auf eine Schweigepflichtentbindungserklärung gestützt wird, werden diese Erklärungen von dem gesetzlichen Vertreter eingeholt. ²Frühestens mit Vollendung des 16. Lebensjahres werden diese Erklärungen bei entsprechender Einsichtsfähigkeit des Minderjährigen von diesem selbst eingeholt.

(3) ¹Das einholende Unternehmen bzw. der die Einwilligung einholende Vermittler stellt sicher und dokumentiert, dass die betroffenen Personen zuvor über die Verantwortliche(n), den Umfang, die Form und den Zweck der Datenverarbeitung sowie die Möglichkeit der Verweigerung und die Widerruflichkeit der Einwilligung und deren Folgen informiert sind. ²Art. 7 Abs. 3 dieser Verhaltensregeln bleibt unberührt.

(4) ¹Die Einwilligung und die Schweigepflichtentbindung können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. ²Die betroffenen Personen werden über die Möglichkeiten und Folgen des Widerrufs einer Einwilligungserklärung informiert. ³Mögliche Folge eines wirksamen Widerrufs kann insbesondere sein, dass eine Leistung nicht erbracht werden kann.

(5) Wird die Einwilligung schriftlich oder elektronisch zusammen mit anderen Erklärungen eingeholt, wird sie so hervorgehoben, dass sie ins Auge fällt.

(6) ¹Eine Einwilligung kann schriftlich, elektronisch oder mündlich erteilt werden. ²Das Unternehmen wird die Erklärung so dokumentieren, dass der Inhalt der jeweils erteilten Einwilligungserklärung nachgewiesen werden kann. ³Auf Verlangen wird den betroffenen Personen der Erklärungsinhalt zur Verfügung gestellt.

(7) Wird die Einwilligung mündlich eingeholt, ist dies den betroffenen Personen unverzüglich schriftlich oder in Textform zu bestätigen.

Art. 6 Besondere Kategorien personenbezogener Daten

(1) ¹Besondere Kategorien personenbezogener Daten im Sinne der EU-Datenschutz-Grundverordnung (insbesondere Angaben über die Gesundheit) werden auf gesetzlicher Grundlage (insbesondere Art. 6 i. V. m. Art. 9 Datenschutz-Grundverordnung) oder mit Einwilligung der betroffenen Personen nach Artikel 5 und – soweit erforderlich – aufgrund einer Schweigepflichtentbindung erhoben und verarbeitet. ²Eine Einwilligung muss sich ausdrücklich auf diese Daten beziehen.

(2) ¹Die Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten auf gesetzlicher Grundlage ist zulässig, insbesondere wenn es zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist. ²Das gilt beispielsweise für die Prüfung und Abwicklung der Ansprüche von Versicherten sowie von Geschädigten in der Haftpflichtversicherung.

(3) Darüber hinaus kann die Verarbeitung von Gesundheitsdaten betroffener Personen ohne deren Einwilligung erfolgen zur Geltendmachung, Prüfung und Abwicklung von gesetzlich geregelten Regressforderungen einerseits des Unternehmens oder andererseits eines Dritten, der gegenüber den betroffenen Personen eine Leistung erbracht hat, wie beispielsweise zur Prüfung und Abwicklung der Regressforderungen eines Sozialversicherungsträgers, Arbeitgebers oder privaten Krankenversicherers.

(4) Die Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten kann im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben auch dann zulässig sein, soweit es zur Gesundheitsvorsorge bzw. -versorgung erforderlich ist.

(5) Ebenso kann die Verarbeitung von Gesundheitsdaten ohne Einwilligung erfolgen zum Schutz lebenswichtiger Interessen der betroffenen oder anderer Personen, wenn diese aus körperlichen oder rechtlichen Gründen außerstande sind, ihre Einwilligung zu geben, insbesondere wenn für diese Personen Assistance-Leistungen (z. B. Notrufdienste, Krankentransport aus dem Ausland oder Koordination der medizinischen Behandlung) vereinbart und sie im Leistungsfall außer Stande sind, ihre Einwilligung abzugeben, z. B. weil nach einem Unfall ein Krankentransport für eine bewusstlose Person nötig ist.

(6) Die Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten erfolgt auch auf gesetzlicher Grundlage zu statistischen Zwecken sowie zu Forschungszwecken nach Maßgabe von Artikel 10 dieser Verhaltensregeln.

IV. DATENERHEBUNG

Art. 7 Grundsätze zur Datenerhebung und Informationen bei Datenerhebung bei der betroffenen Person

(1) ¹Personenbezogene Daten werden in nachvollziehbarer Weise erhoben. ²Bei Versicherten und Antragstellern werden die Mitwirkungspflichten nach §§ 19, 31 VVG berücksichtigt.

(2) ¹Personenbezogene Daten weiterer Personen im Sinne dieser Verhaltensregeln werden erhoben und verarbeitet, wenn es zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen oder zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung erforderlich ist. ²Das gilt insbesondere für die Erhebung von Daten von Zeugen oder von Geschädigten anlässlich einer Leistungsprüfung und -erbringung in der Haftpflichtversicherung und für Datenverarbeitungen zur Erfüllung von Direktansprüchen in der Kfz-Haftpflichtversicherung oder zur Erfüllung von gesetzlichen Meldepflichten. ³Daten nach Satz 1 können auch erhoben und verarbeitet werden, wenn dies im Zusammenhang mit der Begründung, Durchführung oder Beendigung eines Versicherungsverhältnisses erforderlich ist und die schutzwürdigen Interessen dieser Personen nicht überwiegen, beispielsweise wenn Daten eines Rechtsanwalts oder einer Reparaturwerkstatt zur Korrespondenz im Leistungsfall benötigt werden.

(3) ¹Die Unternehmen stellen sicher, dass die betroffenen Personen zur Gewährleistung der Transparenz und zur Wahrung ihrer Rechte über Folgendes unterrichtet werden:

- a) die Identität des Verantwortlichen (Name, Sitz, Kontaktdaten, Vertretungsberechtigte),
- b) die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten,
- c) die Zwecke und Rechtsgrundlagen (ggf. einschließlich der berechtigten Interessen) der Datenverarbeitung,
- d) ggf. Empfänger oder die Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten,
- e) ggf. beabsichtigte Übermittlungen der personenbezogenen Daten in ein Drittland oder an eine internationale Organisation nach Maßgabe des Art. 13 Abs. 1 lit. f) DSGVO,
- f) die Speicherdauer (oder deren Kriterien) der personenbezogenen Daten,
- g) die im Abschnitt VIII dieser Verhaltensregeln geregelten Rechte der betroffenen Personen einschließlich der Beschwerdemöglichkeiten bei einer Aufsichtsbehörde sowie über ein ggf. bestehendes Widerspruchsrecht,
- h) wenn die Verarbeitung auf einer Einwilligung beruht: über das Recht zum Widerruf der Einwilligung und dessen Folgen,
- i) eine ggf. gesetzlich oder vertraglich bestehende oder für einen Vertragsschluss erforderliche Pflicht zur Angabe der Daten und die Folgen der Nichtangabe und
- j) bei Einsatz automatisierter Entscheidungen aussagekräftige Informationen über die eingesetzte Logik, Tragweite und Auswirkungen dieser Verarbeitung.

²Die Information unterbleibt, wenn und soweit die betroffenen Personen bereits auf andere Weise Kenntnis von ihr erlangt haben.

Art. 8 Datenerhebung ohne Mitwirkung der betroffenen Personen

(1) ¹Daten werden ohne Mitwirkung der betroffenen Personen erhoben, wenn dies im Zusammenhang mit der Begründung, Durchführung oder Beendigung von Versicherungsverhältnissen und insbesondere auch zur Prüfung und Bearbeitung von Leistungsansprüchen erforderlich ist. ²Das gilt beispielsweise, wenn der Versicherungsnehmer bei Gruppenversicherungen zulässigerweise die Daten der versicherten Personen oder bei Lebens- und Unfallversicherungen die Daten der Bezugsberechtigten angibt oder er in der Haftpflichtversicherung Angaben über den Geschädigten oder Zeugen macht. ³Ohne Mitwirkung der betroffenen Person können personenbezogene Daten auch zu Zwecken nach Art. 10 Abs. 1 erhoben werden.

(2) ¹Die Erhebung von Gesundheitsdaten oder genetischen Daten bei Dritten erfolgt – soweit erforderlich – mit wirksamer Schweigepflichtentbindungserklärung der betroffenen Personen und nach Maßgabe des § 213 VVG und § 18 GenDG, soweit diese Vorschriften anzuwenden sind. ²Die Erhebung von besonderen Kategorien personenbezogener Daten bei Dritten kann auch erforderlich sein in den in Artikel 6 Absatz 2 bis 5 dieser Verhaltensregeln genannten Fällen.

(3) ¹Das Unternehmen, das personenbezogene Daten ohne Mitwirkung der betroffenen Personen erhebt, stellt sicher, dass die betroffenen Personen innerhalb einer im Einzelfall angemessenen Frist, längstens jedoch innerhalb eines Monats, nach der ersten Erlangung der Daten informiert werden über:

- a) die Identität des Verantwortlichen (Name, Sitz, Kontaktdaten, Vertretungsberechtigte),
- b) die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten,
- c) die Zwecke und Rechtsgrundlagen (ggf. einschließlich der berechtigten Interessen) der Datenverarbeitung,
- d) die Kategorien personenbezogener Daten, die verarbeitet werden,
- e) ggf. Empfänger oder die Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten,
- f) ggf. beabsichtigte Übermittlungen der personenbezogenen Daten in ein Drittland oder an eine internationale Organisation nach Maßgabe des Art. 14 Abs. 1 lit. f) DSGVO,
- g) die Speicherdauer (oder deren Kriterien) der personenbezogenen Daten,
- h) die im Abschnitt VIII dieser Verhaltensregeln geregelten Rechte der betroffenen Personen einschließlich der Beschwerdemöglichkeiten bei einer Aufsichtsbehörde,
- i) wenn die Verarbeitung auf einer Einwilligung beruht: über das Recht zum Widerruf der Einwilligung und dessen Folgen,
- j) die Quelle der personenbezogenen Daten bzw. ob sie aus einer öffentlich zugänglichen Quelle stammen und
- k) bei Einsatz automatisierter Entscheidungen aussagekräftige Informationen über die eingesetzte Logik, Tragweite und Auswirkungen dieser Verarbeitung.

²Falls die Daten zur Kommunikation mit den betroffenen Personen verwendet werden sollen, erfolgt die Information spätestens mit der ersten Mitteilung an sie, zum Beispiel in Fällen der Benennung von Bezugsberechtigten in der Lebensversicherung bei Eintritt des Leistungsfalls oder in Fällen der Benennung von Berechtigten für Notfälle, wenn dieser eintritt. ³Falls die Offenlegung an einen anderen Empfänger beabsichtigt ist, erfolgt die Information spätestens zum Zeitpunkt der ersten Offenlegung.

(4) ¹Die Information unterbleibt, wenn und soweit die betroffenen Personen bereits über die Informationen verfügen, sich die Erteilung der Informationen als unmöglich erweist oder die Information einen unverhältnismäßigen Aufwand erfordern würde, insbesondere wenn Daten für statistische oder wissenschaftliche Zwecke verarbeitet werden oder wenn gespeicherte Daten aus allgemein zugänglichen Quellen entnommen sind und eine Benachrichtigung wegen der Vielzahl der betroffenen Fälle unverhältnismäßig ist. ²Die Information unterbleibt auch, wenn die Daten nach einer Rechtsvorschrift oder ihrem Wesen nach, insbesondere wegen des überwiegenden berechtigten Interesses eines Dritten, geheim gehalten werden müssen. ³Dies betrifft beispielsweise Fälle in der Lebensversicherung, in denen sich der Versicherungsnehmer wünscht, dass ein Bezugsberechtigter nicht informiert wird.

(5) ¹Ebenso unterbleibt die Information nach Maßgabe des § 33 Abs. 1 Nr. 2 Bundesdatenschutzgesetz in Verbindung mit Art. 23 Abs. 1 lit. j) DSGVO, wenn:

- sie die Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung zivilrechtlicher Ansprüche beeinträchtigen würde oder die Verarbeitung von personenbezogenen Daten aus zivilrechtlichen Verträgen beinhaltet und der Verhütung von Schäden durch Straftaten dient, sofern nicht das berechnete Interesse der betroffenen Person an der Informationserteilung überwiegt oder
- das Bekanntwerden der Informationen die behördliche Strafverfolgung gefährden würde.

²Daher erfolgt regelmäßig keine Information über Datenerhebungen zur Aufklärung von Widersprüchlichkeiten gemäß Artikel 15 dieser Verhaltensregeln.

(6) ¹In den Fällen des Absatzes 5 ergreift das Unternehmen geeignete Maßnahmen zum Schutz der berechtigten Interessen der betroffenen Personen (z. B. Prüfung und gegebenenfalls Veranlassung weiterer Zugriffsbeschränkungen). ²Sofern das Unternehmen von einer Information absieht, dokumentiert es die Gründe dafür.

V. VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN

Art. 9 Verarbeitung von Stammdaten in der Unternehmensgruppe

(1) Wenn das Unternehmen einer Gruppe von Versicherungs- und Finanzdienstleistungsunternehmen angehört, können die Stammdaten von Antragstellern, Versicherten und weiteren Personen sowie Angaben über den Zusammenhang mit bestehenden Verträgen zur zentralisierten Bearbeitung von bestimmten Verfahrensabschnitten im Geschäftsablauf (z. B. Telefonate, Post, Inkasso) in einem von Mitgliedern der Gruppe gemeinsam nutzbaren Datenverarbeitungsverfahren verarbeitet werden, wenn sichergestellt ist, dass die technischen und organisatorischen Maßnahmen nach Maßgabe des Art. 4 dieser Verhaltensregeln (z. B. Berechtigungskonzepte) den datenschutzrechtlichen Anforderungen entsprechen und die Einhaltung dieser Verhaltensregeln durch den oder die für das Verfahren Verantwortlichen gewährleistet ist.

(2) ¹Stammdaten werden aus gemeinsam nutzbaren Datenverarbeitungsverfahren nur weiterverarbeitet, soweit dies für den jeweiligen Zweck erforderlich ist. ²Dies ist technisch und organisatorisch zu gewährleisten.

(3) ¹Erfolgt eine gemeinsame Verarbeitung von Daten gemäß Absatz 1, werden die Versicherten darüber bei Vertragsabschluss oder bei Neueinrichtung eines solchen Verfahrens in Textform informiert. ²Dazu hält das Unternehmen eine aktuelle Liste aller Unternehmen der Gruppe bereit, die an einer zentralisierten Bearbeitung teilnehmen und macht diese in geeigneter Form bekannt.

(4) Nimmt ein Unternehmen für ein anderes Mitglied der Gruppe weitere Datenverarbeitungen vor oder finden gemeinsame Verarbeitungen mehrerer Mitglieder der Gruppe statt, richtet sich dies nach Artikel 21 bis 22a dieser Verhaltensregeln.

Art. 10 Statistik, Tarifikalkulation und Prämienberechnung

(1) ¹Die Versicherungswirtschaft errechnet auf der Basis von Statistiken und Erfahrungswerten mit Hilfe versicherungsmathematischer Methoden die Wahrscheinlichkeit des Eintritts von Versicherungsfällen sowie deren Schadenhöhe und entwickelt auf dieser Grundlage Tarife. ²Dazu werten Unternehmen neben Daten aus Versicherungsverhältnissen, Leistungs- und Schadenfällen auch andere Daten von Dritten (z. B. des Kraftfahrtbundesamtes) aus.

(2) ¹Die Unternehmen stellen durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen sicher, dass die Rechte und Freiheiten der betroffenen Personen gemäß der Datenschutz-Grundverordnung gewahrt werden, insbesondere dass die Verarbeitung personenbezogener Daten auf das für die jeweilige Statistik notwendige Maß beschränkt wird. ²Zu diesen Maßnahmen gehört die frühzeitige Anonymisierung oder Pseudonymisierung der Daten, sofern es möglich ist, den Statistikzweck auf diese Weise zu erfüllen.

(3) ¹Eine Übermittlung von Daten an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V., den Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. oder andere Stellen zur Errechnung unternehmensübergreifender Statistiken oder Risikoklassifizierungen erfolgt grundsätzlich nur in anonymisierter oder – soweit für den Statistikzweck erforderlich – pseudonymisierter Form. ²Ein Rückschluss auf die betroffenen Personen durch diese Verbände erfolgt nicht. ³Absatz 2 gilt entsprechend. ⁴Für Kraftfahrt- und Sachversicherungsstatistiken können auch Datensätze mit personenbeziehbaren Sachangaben wie z. B. Kfz-Kennzeichen, Fahrzeugidentifikationsnummern oder Standortdaten von Risikoobjekten wie beispielsweise Gebäuden übermittelt werden.

(4) ¹Für Datenverarbeitungen zu statistischen Zwecken können Unternehmen auch besondere Kategorien personenbezogener Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, verarbeiten, wenn dies für den jeweiligen Statistikzweck erforderlich ist und die Interessen des Unternehmens an der Verarbeitung die Interessen der betroffenen Personen an einem Ausschluss von der Verarbeitung erheblich überwiegen. ²Das gilt z. B. für Statistiken zur Entwicklung und Überprüfung von Tarifen oder zum gesetzlich vorgeschriebenen Risikomanagement. ³Die Unternehmen treffen in diesen Fällen angemessene und spezifische Maßnahmen zur Wahrung der Interessen der betroffenen Personen und insbesondere der in Artikel 3 und 4 geregelten Grundsätze. ⁴Zu den spezifischen Maßnahmen gehören wegen der besonderen Schutzbedürftigkeit der Daten beispielsweise:

- die Sensibilisierung der an den Verarbeitungen beteiligten Mitarbeiter und Dienstleister,
- die Pseudonymisierung personenbezogener Daten nach Absatz 2 Satz 2,

- die Beschränkung des Zugangs zu den personenbezogenen Daten innerhalb der Unternehmen oder beim Dienstleister und
- Verschlüsselung beim Transport personenbezogener Daten.

⁵Alle personenbezogenen Daten werden anonymisiert, sobald dies nach dem Statistikzweck möglich ist, es sei denn, der Anonymisierung stehen berechnete Interessen der betroffenen Personen entgegen. ⁶Bis dahin werden die Identifikationsmerkmale, mit denen Einzelangaben einer betroffenen Person zugeordnet werden könnten, gesondert gespeichert. ⁷Diese Identifikationsmerkmale dürfen mit den Einzelangaben nur zusammengeführt werden, soweit der Statistikzweck dies erfordert.

(5) ¹Die betroffenen Personen können der Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten für eine Statistik widersprechen, wenn aufgrund ihrer persönlichen Situation Gründe vorliegen, die der Verarbeitung ihrer Daten zu diesem Zweck entgegenstehen. ²Das Widerspruchsrecht besteht nicht, wenn die Verarbeitung zur Erfüllung einer im öffentlichen Interesse liegenden Aufgabe (z. B. der Beantwortung von Anfragen der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht) erforderlich ist.

(6) ¹Zur Ermittlung der risikogerechten Prämie werden Tarife nach Absatz 1 auf die individuelle Situation des Antragstellers angewandt. ²Darüber hinaus kann eine Bewertung des individuellen Risikos des Antragstellers durch spezialisierte Risikoprüfer, z. B. Ärzte, in die Prämienermittlung einfließen. ³Hierzu werden auch personenbezogene Daten einschließlich ggf. besonderer Kategorien personenbezogener Daten, wie Gesundheitsdaten, verwendet, die nach Maßgabe dieser Verhaltensregeln verarbeitet worden sind.

(7) Die Versicherungswirtschaft verarbeitet personenbezogene Daten entsprechend den vorstehenden Absätzen auch für Zwecke der wissenschaftlichen Forschung, zum Beispiel zur Unfallforschung.

Art. 11 Scoring

Für das Scoring gelten die gesetzlichen Regelungen.

Art. 12 Bonitätsdaten

Für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Bonitätsdaten gelten die gesetzlichen Regelungen.

Art. 13 Automatisierte Einzelentscheidungen

(1) Automatisierte Entscheidungen, die für die betroffenen Personen eine rechtliche Wirkung nach sich ziehen oder sie in ähnlicher Weise erheblich beeinträchtigen, werden nur unter den in Absatz 2, 3 und 4 genannten Voraussetzungen getroffen.

(2) ¹Eine Entscheidung, die für den Abschluss oder die Erfüllung eines Versicherungsvertrags mit der betroffenen Person oder im Rahmen der Leistungserbringung erforderlich ist, kann automatisiert erfolgen. ²Eine Anforderung ist insbesondere in folgenden Fällen gegeben:

1. Entscheidungen gegenüber Antragstellern über den Abschluss und die Konditionen eines Versicherungsvertrages,
2. Entscheidungen gegenüber Versicherungsnehmern über Leistungsfälle im Rahmen eines Versicherungsverhältnisses,
3. Entscheidungen über die Erfüllung von Merkmalen bei verhaltensbezogenen Tarifen, z. B. das Fahrverhalten honorierende Rabatte in der Kfz-Versicherung.

(3) ¹Automatisierte Entscheidungen über Leistungsansprüche nach einem Versicherungsvertrag, z. B. Entscheidungen gegenüber mitversicherten Personen oder Geschädigten in der Haftpflichtversicherung, sind auch dann zulässig, wenn dem Begehren der betroffenen Person stattgegeben wird. ²Die Entscheidung kann im Rahmen der Leistungserbringung nach einem Versicherungsvertrag auch automatisiert ergehen, wenn die Entscheidung auf der Anwendung verbindlicher Entgeltregelungen für Heilbehandlungen beruht und das Unternehmen für den Fall, dass dem Antrag nicht vollumfänglich stattgegeben wird, angemessene Maßnahmen zur Wahrung der berechtigten Interessen der betroffenen Person trifft, wozu mindestens das Recht auf Erwirkung des Eingreifens einer Person seitens des Unternehmens, auf Darlegung des eigenen Standpunktes und auf Anfechtung der Entscheidung zählt.

(4) Darüber hinaus kann eine automatisierte Entscheidung mit ausdrücklicher Einwilligung der betroffenen Person erfolgen.

(5) ¹Besondere Kategorien personenbezogener Daten werden im Rahmen einer automatisierten Entscheidungsfindung verarbeitet, wenn die betroffenen Personen ihre Einwilligung erteilt haben. ²Automatisierte Entscheidungen mit besonderen Kategorien personenbezogener Daten sind auch ohne Einwilligung in den Fällen des Absatzes 3 möglich.

(6) ¹Sofern automatisierte Entscheidungen zu Lasten der betroffenen Personen getroffen werden, wird mindestens das Folgende veranlasst: Das Unternehmen teilt den betroffenen Personen mit, dass eine automatisierte Entscheidung getroffen wurde. ²Dabei werden ihnen, sofern sie nicht bereits informiert wurden, aussagekräftige Informationen über die involvierte Logik sowie die Tragweite und die angestrebten Auswirkungen der automatisierten Entscheidungsfindung mitgeteilt. ³Auf Verlangen werden den betroffenen Personen auch die wesentlichen Gründe der Entscheidungsfindung mitgeteilt und erläutert, um ihnen die Darlegung ihres Standpunktes, das Eingreifen einer Person seitens des Unternehmens und die Anfechtung der Entscheidung zu ermöglichen. ⁴Dies umfasst auch die verwendeten Datenarten sowie ihre Bedeutung für die automatisierte Entscheidung. ⁵Die betroffenen Personen haben das Recht, die Entscheidung anzufechten. ⁶Dann wird die Entscheidung auf dieser Grundlage in einem nicht ausschließlich automatisierten Verfahren erneut geprüft. ⁷Artikel 28 Absatz 1 dieser Verhaltensregeln gilt entsprechend.

(7) Der Einsatz automatisierter Entscheidungsverfahren wird dokumentiert.

(8) ¹Die Unternehmen stellen sicher, dass technische und organisatorische Maßnahmen getroffen werden, damit Faktoren, die zu unrichtigen personenbezogenen Daten führen, korrigiert werden können und das Risiko von Fehlern minimiert wird. ²In Hinblick auf Gesundheitsdaten werden auch die gesetzlichen Vorgaben der §§ 37 Abs. 2, 22 Abs. 2 BDSG beachtet.

Art. 14 Hinweis- und Informationssystem (HIS)

(1) ¹Die Unternehmen der deutschen Versicherungswirtschaft – mit Ausnahme der privaten Krankenversicherer – nutzen ein Hinweis- und Informationssystem (HIS) zur Unterstützung der Risikobeurteilung im Antragsfall, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung der missbräuchlichen Erlangung von Versicherungsleistungen. ²Der Betrieb und die Nutzung des HIS erfolgen auf Basis von Interessenabwägungen und festgelegten Einmeldekriterien.

(2) ¹Das HIS wird getrennt nach Versicherungssparten betrieben. ²In allen Sparten wird der Datenbestand in jeweils zwei Datenpools getrennt verarbeitet: in einem Datenpool für die Abfrage zur Risikoprüfung im Antragsfall (A-Pool) und in einem Pool für die Abfrage zur Leistungsprüfung (L-Pool). ³Die Unternehmen richten die Zugriffsberechtigungen für ihre Mitarbeiter entsprechend nach Sparten und Aufgaben getrennt ein.

(3) ¹Die Unternehmen melden Daten zu Fahrzeugen, Immobilien oder Personen an den Betreiber des HIS, wenn ein erhöhtes Risiko vorliegt oder wenn eine Auffälligkeit festgestellt wurde, soweit dies zur gegenwärtigen oder künftigen Aufdeckung oder zur Verhinderung der missbräuchlichen Erlangung von Versicherungsleistungen erforderlich ist und nicht überwiegende schutzwürdige Rechte und Freiheiten der betroffenen Personen dagegen sprechen. ²Eine Einwilligung der betroffenen Personen ist nicht erforderlich. ³Vor einer Einmeldung von Daten zu Personen erfolgt eine Abwägung der Interessen der Unternehmen und des Betroffenen. ⁴Bei Vorliegen der festgelegten Meldekriterien ist regelmäßig von einem überwiegenden berechtigten Interesse des Unternehmens an der Einmeldung auszugehen. ⁵Die Abwägung ist hinreichend aussagekräftig zu dokumentieren. ⁶Besondere Kategorien personenbezogener Daten, wie z. B. Gesundheitsdaten, werden nicht an das HIS gemeldet. ⁷Wenn erhöhte Risiken in der Personenversicherung als „Erschweris“ gemeldet werden, geschieht dies ohne die Angabe, ob sie auf Gesundheitsdaten oder einem anderen Grund, z. B. einem gefährlichen Beruf oder Hobby, beruhen. ⁸Personenbezogene Daten über strafrechtliche Verurteilungen und Straftaten werden ebenfalls nicht an das HIS gemeldet, es sei denn, die Verarbeitung wird unter behördlicher Aufsicht vorgenommen oder dies ist nach dem Unionsrecht oder dem nationalen Recht, das geeignete Garantien für die Rechte und Freiheiten der betroffenen Personen vorsieht, zulässig.

(4) ¹Die Unternehmen informieren die Versicherungsnehmer bereits bei Vertragsabschluss in allgemeiner Form über das HIS unter Angabe des Verantwortlichen mit dessen Kontaktdaten. ²Sie benachrichtigen spätestens anlässlich der Einmeldung die betroffenen Personen mit den nach Art. 8 Absatz 3 relevanten Informationen. ³Eine Benachrichtigung kann in den Fällen des Art. 8 Abs. 5 dieser Verhaltensregelungen unterbleiben.

(5) ¹Ein Abruf von Daten aus dem HIS kann bei Antragstellung und im Leistungsfall erfolgen, nicht jedoch bei Auszahlung einer Kapitallebensversicherung im Erlebensfall. ²Der Datenabruf ist nicht die alleinige Grundlage für eine Entscheidung im Einzelfall. ³Die Informationen werden lediglich als Hinweis dafür gewertet, dass der Sachverhalt einer näheren Prüfung bedarf. ⁴Alle Datenabrufe erfolgen im automatisierten

Abrufverfahren und werden protokolliert für Revisionszwecke und den Zweck, stichprobenartig deren Berechtigung prüfen zu können.

(6) ¹Soweit zur weiteren Sachverhaltsaufklärung erforderlich, können im Leistungsfall auch Daten zwischen dem einmeldenden und dem abrufenden Unternehmen ausgetauscht werden, wenn kein Grund zu der Annahme besteht, dass die betroffene Person ein schutzwürdiges Interesse am Ausschluss der Übermittlung hat. ²So werden beispielsweise Daten und Gutachten über Kfz- oder Gebäude-Schäden bei dem Unternehmen angefordert, welches einen Schaden in das HIS eingemeldet hatte. ³Der Datenaustausch wird dokumentiert. ⁴Soweit der Datenaustausch nicht gemäß Artikel 15 dieser Verhaltensregeln erfolgt, werden die betroffenen Personen über den Datenaustausch informiert. ⁵Eine Information ist nicht erforderlich, solange die Aufklärung des Sachverhalts dadurch gefährdet würde oder wenn die betroffenen Personen auf andere Weise Kenntnis vom Datenaustausch erlangt haben.

(7) ¹Die im HIS gespeicherten Daten werden spätestens am Ende des 4. Jahres nach dem Vorliegen der Voraussetzung für die Einmeldung gelöscht. ²Zu einer Verlängerung der Speicherdauer auf maximal 10 Jahre kommt es in der Lebensversicherung im Leistungsbereich oder bei erneuter Einmeldung innerhalb der regulären Speicherzeit gemäß Satz 1. ³Daten zu Anträgen, bei denen kein Vertrag zustande gekommen ist, werden im HIS spätestens am Ende des 3. Jahres nach dem Jahr der Antragstellung gelöscht.

(8) Der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft gibt unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben einen detaillierten Leitfaden zur Nutzung des HIS an die Unternehmen heraus.

Art. 15 Aufklärung von Widersprüchlichkeiten

(1) ¹Die Unternehmen können jederzeit bei entsprechenden Anhaltspunkten prüfen, ob bei der Antragstellung oder bei Aktualisierungen von Antragsdaten während des Versicherungsverhältnisses unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde oder ob falsche oder unvollständige Sachverhaltsangaben bei der Feststellung eines entstandenen Schadens gemacht wurden. ²Zu diesem Zweck nehmen die Unternehmen Datenerhebungen und -verarbeitungen vor, soweit dies zur Aufklärung der Widersprüchlichkeiten erforderlich ist. ³Bei der Entscheidung, welche Daten die Unternehmen benötigen, um ihre Entscheidung auf ausreichender Tatsachenbasis zu treffen, kommt ihnen ein Beurteilungsspielraum zu.

(2) ¹Im Leistungsfall kann auch ohne Vorliegen von Anhaltspunkten die Prüfung nach Abs. 1 erfolgen. ²Dies umfasst die Einholung von Vorinformationen (z. B. Zeiträume, in denen Behandlungen oder Untersuchungen stattfanden), die es dem Unternehmen ermöglichen einzuschätzen, ob und welche Informationen im Weiteren tatsächlich für die Prüfung relevant sind.

(3) ¹Datenverarbeitungen zur Überprüfung der Angaben zur Risikobeurteilung bei Antragstellung erfolgen nur innerhalb von fünf Jahren, bei Krankenversicherungen innerhalb von drei Jahren nach Vertragsschluss. ²Die Angaben können auch nach Ablauf dieser Zeit noch überprüft werden, wenn der Versicherungsfall vor Ablauf der Frist eingetreten ist. ³Für die Prüfung, ob der Versicherungsnehmer bei der Antragstellung vorsätzlich oder arglistig unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht hat, verlängert sich dieser Zeitraum auf 10 Jahre.

(4) Ist die Erhebung und Verarbeitung von besonderen Kategorien personenbezogener Daten, insbesondere von Daten über die Gesundheit, nach Absatz 1 erforderlich, werden die betroffenen Personen entsprechend ihrer Erklärung im Versicherungsantrag vor einer Datenerhebung bei Dritten nach § 213 Abs. 2 VVG unterrichtet und auf ihr Widerspruchsrecht hingewiesen oder von den betroffenen Personen wird zuvor eine eigenständige Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung eingeholt.

(5) ¹Die Möglichkeit, die Abgabe der Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung zu verweigern, bleibt unbenommen und das Unternehmen informiert die betroffene Person diesbezüglich. ²Verweigert die betroffene Person die Abgabe der Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung, obliegt es der betroffenen Person als Voraussetzung für die Schadenregulierung alle erforderlichen Informationen zu beschaffen und dem Unternehmen zur Verfügung zu stellen. ³Das Unternehmen hat in diesem Fall darzulegen, welche Informationen es bei Verweigerung der Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung für erforderlich hält.

Art. 16 Datenaustausch mit anderen Versicherern

(1) ¹Ein Datenaustausch zwischen einem Vorversicherer und seinem nachfolgenden Versicherer wird zur Erhebung tarifrelevanter oder

leistungsrelevanter Angaben unter Beachtung des Artikels 8 Abs. 1 vorgenommen. ²Dies ist insbesondere der Fall, wenn die Angaben erforderlich sind:

1. bei der Risikoeinschätzung zur Überprüfung von Schadenfreiheitsrabatten, insbesondere der Schadenfreiheitsklassen in der Kfz-Haftpflichtversicherung und Vollkaskoversicherung,
2. zur Übertragung von Ansprüchen auf Altersvorsorge bei Anbieter- oder Arbeitgeberwechsel,
3. zur Übertragung von Altersrückstellungen in der Krankenversicherung auf den neuen Versicherer,
4. zur Ergänzung oder Verifizierung der Angaben der Antragsteller oder Versicherten.

³In den Fällen der Nummern 1 und 4 ist der Datenaustausch zum Zweck der Risikoprüfung nur zulässig, wenn die betroffenen Personen bei Datenerhebung im Antrag über den möglichen Datenaustausch und dessen Zweck und Gegenstand informiert werden. ⁴Nach einem Datenaustausch zum Zweck der Leistungsprüfung werden die betroffenen Personen vom Daten erhebenden Unternehmen über einen erfolgten Datenaustausch im gleichen Umfang informiert. ⁵Artikel 15 dieser Verhaltensregeln bleibt unberührt.

(2) Ein Datenaustausch mit anderen Versicherern außerhalb der für das Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS) getroffenen Regelungen erfolgt darüber hinaus, soweit dies zur Antrags- und Leistungsprüfung und -erbringung, einschließlich der Regulierung von Schäden bei gemeinsamer, mehrfacher oder kombinierter Absicherung von Risiken, des gesetzlichen Übergangs einer Forderung gegen eine andere Person oder zur Regulierung von Schäden zwischen mehreren Versicherern über bestehende Teilungs- und Regressverzichtsabkommen erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass ein überwiegendes schutzwürdiges Interesse der betroffenen Person dem entgegensteht.

(3) Der Datenaustausch wird dokumentiert.

Art. 17 Datenübermittlung an Rückversicherer

(1) ¹Um jederzeit zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen aus den Versicherungsverhältnissen in der Lage zu sein, geben Unternehmen einen Teil ihrer Risiken aus den Versicherungsverträgen an Rückversicherer weiter. ²Zum weiteren Risikoausgleich bedienen sich in einigen Fällen diese Rückversicherer ihrerseits weiterer Rückversicherer. ³Zur ordnungsgemäßen Begründung, Durchführung oder Beendigung des Rückversicherungsvertrages werden in anonymisierter oder – soweit dies für die vorgenannten Zwecke nicht ausreichend ist – pseudonymisierter Form Daten aus dem Versicherungsantrag oder –verhältnis, insbesondere Versicherungsnummer, Beitrag, Art und Höhe des Versicherungsschutzes und des Risikos sowie etwaige Risikozuschläge weitergegeben.

(2) ¹Personenbezogene Daten erhalten die Rückversicherer nur, soweit dies

- a) für den Abschluss oder die Erfüllung des Versicherungsvertrages erforderlich ist oder
- b) zur Sicherstellung der Erfüllbarkeit der Verpflichtungen des Unternehmens aus den Versicherungsverhältnissen erfolgt und kein Grund zu der Annahme besteht, dass ein überwiegendes schutzwürdiges Interesse der betroffenen Person dem Unternehmensinteresse entgegensteht.

²Dies kann der Fall sein, wenn im Rahmen des konkreten Rückversicherungsverhältnisses die Übermittlung personenbezogener Daten an Rückversicherer aus folgenden Gründen erfolgt:

- a) Die Rückversicherer führen z. B. bei hohen Vertragssummen oder bei einem schwer einzustufenden Risiko im Einzelfall die Risikoprüfung und die Leistungsprüfung durch.
- b) Die Rückversicherer unterstützen die Unternehmen bei der Risiko- und Schadenbeurteilung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen.
- c) Die Rückversicherer erhalten zur Bestimmung des Umfangs der Rückversicherungsverträge einschließlich der Prüfung, ob und in welcher Höhe sie an ein und demselben Risiko beteiligt sind (Kumulkontrolle) sowie zu Abrechnungszwecken Listen über den Bestand der unter die Rückversicherung fallenden Verträge.
- d) Die Risiko- und Leistungsprüfung durch den Erstversicherer wird von den Rückversicherern stichprobenartig oder in Einzelfällen kontrolliert zur Prüfung ihrer Leistungspflicht gegenüber dem Erstversicherer.

(3) ¹Die Unternehmen vereinbaren mit den Rückversicherern, dass personenbezogene Daten von diesen nur zu den in Absatz 2 genannten Zwecken sowie mit diesen kompatiblen Zwecken (z. B. Statistiken und wissenschaftliche Forschung) verwendet werden. ²Außerdem vereinbaren sie, ob der Rückversicherer eine gesetzlich erforderliche Information an die betroffene Person selbst vornimmt oder ob das Unternehmen die Information des Rückversicherers an die betroffene Person weiterleitet. ³Im Fall der Weiterleitung vereinbaren sie auch, wie die Information erfolgt. ⁴Soweit die Unternehmen einer Verschwiegenheitspflicht gemäß § 203 StGB unterliegen, verpflichten sie die Rückversicherer hinsichtlich der Daten, die sie nach Absatz 2 erhalten, Verschwiegenheit zu wahren und weitere Rückversicherer sowie Stellen, die für sie tätig sind, zur Verschwiegenheit zu verpflichten.

(4) Besondere Kategorien personenbezogener Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, erhalten die Rückversicherer nur, wenn die Voraussetzungen des Artikels 6 dieser Verhaltensregeln erfüllt sind.

VI. VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN FÜR VERTRIEBSZWECKE UND ZUR MARKT- UND MEINUNGSFORSCHUNG

Art. 18 Verwendung von Daten für Zwecke der Werbung

(1) Personenbezogene Daten werden für Zwecke der Werbung nur auf der Grundlage von Artikel 6 Abs. 1 lit. a) oder f) Datenschutz-Grundverordnung und unter Beachtung von § 7 UWG verarbeitet.

(2) ¹Betroffene Personen können der Verwendung ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung widersprechen. ²Die personenbezogenen Daten werden dann nicht mehr für diese Zwecke verarbeitet. ³Das Unternehmen trifft zur Umsetzung geeignete technische und organisatorische Maßnahmen.

Art. 19 Marktumfragen

(1) Die Unternehmen führen Markt- und Meinungsumfragen unter besonderer Berücksichtigung der schutzwürdigen Interessen der betroffenen Personen durch.

(2) ¹Soweit die Unternehmen andere Stellen mit Markt- und Meinungsumfragen beauftragen, ist diese Stelle unter Nachweis der Einhaltung der Datenschutzstandards auszuwählen. ²Vor der Datenweitergabe sind die Einzelheiten des Vorhabens vertraglich nach den Vorgaben der Artikel 21, 22 oder 22a dieser Verhaltensregeln zu regeln. ³Dabei ist insbesondere festzulegen:

a) dass die übermittelten und zusätzlich erhobenen Daten frühestmöglich pseudonymisiert und sobald nach dem Zweck der Umfrage möglichst anonymisiert werden,

b) dass die Auswertung der Daten sowie die Übermittlung der Ergebnisse der Markt- und Meinungsumfragen an die Unternehmen in möglichst anonymisierter oder in pseudonymisierter Form, wenn dies für die Zwecke erforderlich ist (z. B. Folgebefragungen), erfolgen.

(3) ¹Soweit die Unternehmen selbst personenbezogene Daten zum Zweck der Durchführung von Markt- und Meinungsumfragen verarbeiten oder nutzen, werden die Daten frühestmöglich pseudonymisiert und sobald nach dem Zweck der Umfrage möglichst anonymisiert. ²Die Ergebnisse werden ausschließlich in möglichst anonymisierter oder in pseudonymisierter Form, wenn dies für die Zwecke erforderlich ist (z. B. Folgebefragungen), gespeichert oder genutzt.

(4) Soweit im Rahmen der Markt- und Meinungsumfragen geschäftliche Handlungen vorgenommen werden, die als Werbung zu werten sind, beispielsweise wenn bei der Datenerhebung auch absatzfördernde Äußerungen erfolgen, richtet sich die Verarbeitung personenbezogener Daten dafür nach den in Artikel 18 dieser Verhaltensregeln getroffenen Regelungen.

Art. 20 Datenübermittlung an selbstständige Vermittler

(1) ¹Eine Übermittlung personenbezogener Daten erfolgt an den betreuenden Vermittler nur, soweit es zur bedarfsgerechten Vorbereitung oder Bearbeitung eines konkreten Antrags bzw. Vertrags oder zur ordnungsgemäßen Durchführung der Versicherungsangelegenheiten der betroffenen Personen erforderlich ist. ²Die Vermittler werden auf ihre besonderen Verschwiegenheitspflichten hingewiesen.

(2) ¹Vor der erstmaligen Übermittlung personenbezogener Daten an einen Versicherungsvertreter oder im Falle eines Wechsels vom betreuenden Versicherungsvertreter auf einen anderen Versicherungsvertreter informiert das Unternehmen die Versicherten oder Antragsteller vorbehaltlich der Regelung des Absatz 3 möglichst frühzeitig, mindestens aber zwei Wochen vor der Übermittlung ihrer

personenbezogenen Daten über den bevorstehenden Datentransfer, die Identität (Name, Sitz) des neuen Versicherungsvertreters und ihr Widerspruchsrecht. ²Die Benachrichtigung erfolgt nicht, wenn der Wechsel von der betroffenen Person selbst gewünscht ist. ³Eine Information durch den bisherigen Versicherungsvertreter steht einer Information durch das Unternehmen gleich. ⁴Im Falle eines Widerspruchs findet die Datenübermittlung grundsätzlich nicht statt. ⁵In diesem Fall wird die Betreuung durch einen anderen Versicherungsvertreter oder das Unternehmen selbst angeboten.

(3) Eine Ausnahme von Absatz 2 besteht, wenn die ordnungsgemäße Betreuung der Versicherten im Einzelfall oder wegen des unerwarteten Wegfalls der Betreuung der Bestand der Vertragsverhältnisse gefährdet ist.

(4) ¹Personenbezogene Daten von Versicherten oder Antragstellern dürfen an einen Versicherungsmakler oder eine Dienstleistungsgesellschaft von Versicherungsmaklern übermittelt werden, wenn die Versicherten oder Antragsteller dem Makler dafür eine Maklervollmacht oder eine vergleichbare Bevollmächtigung erteilt haben, die die Datenübermittlung abdeckt. ²Für den Fall des Wechsels des Maklers gilt zudem Absatz 2 entsprechend.

(5) ¹Eine Übermittlung von Gesundheitsdaten durch das Unternehmen an den betreuenden Vermittler erfolgt grundsätzlich nicht, es sei denn, es liegt eine Einwilligung der betroffenen Personen vor. ²Gesetzliche Übermittlungsbefugnisse bleiben hiervon unberührt.

VII. DATENVERARBEITUNG DURCH AUFTRAGSVERARBEITER, DIENSTLEISTER UND GEMEINSAM VERANTWORTLICHE

Art. 21 Pflichten bei der Verarbeitung im Auftrag

(1) ¹Sofern ein Unternehmen personenbezogene Daten gemäß Artikel 28 Datenschutz-Grundverordnung im Auftrag verarbeiten lässt (z. B. elektronische Datenverarbeitung, Scannen und Zuordnung von Eingangspost, Adressverwaltung, Antrags- und Vertragsbearbeitung, Schaden- und Leistungsbearbeitung, Sicherstellung der korrekten Verbuchung von Zahlungseingängen, Zahlungsausgang, Entsorgung von Dokumenten), wird der Auftragnehmer mindestens gemäß Art. 28 Abs. 3 Datenschutz-Grundverordnung verpflichtet. ²Es wird nur ein solcher Auftragnehmer ausgewählt, der hinreichende Garantien dafür bietet, dass geeignete technische und organisatorische Maßnahmen so durchgeführt werden, dass die Verarbeitung im Einklang mit der Datenschutz-Grundverordnung erfolgt und den Schutz der Rechte der betroffenen Personen gewährleistet. ³Das Unternehmen verlangt alle erforderlichen Informationen zum Nachweis und zur Überprüfung der Einhaltung der beim Auftragnehmer getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen, zum Beispiel durch geeignete Zertifikate. ⁴Die Ergebnisse werden dokumentiert.

(2) ¹Jede Datenverarbeitung beim Auftragsverarbeiter erfolgt nur für die Zwecke und im Rahmen der dokumentierten Weisungen des Unternehmens. ²Vertragsklauseln sollen den Beauftragten für den Datenschutz vorgelegt werden, die bei Bedarf beratend mitwirken.

(3) ¹Das Unternehmen hält eine aktuelle Liste der Auftragnehmer bereit. ²Ist die automatisierte Verarbeitung personenbezogener Daten nicht Hauptgegenstand des Auftrags oder werden viele verschiedene Auftragnehmer (z. B. Dienstleister zur Aktenvernichtung an verschiedenen Unternehmensstandorten oder regionale Werkstätten) mit gleichartigen Aufgaben betraut, können die Auftragsverarbeiter – unbeschadet interner Dokumentationspflichten – in Kategorien zusammengefasst werden unter Bezeichnung ihrer Aufgabe. ³Dies gilt auch für Auftragnehmer, die nur gelegentlich tätig werden. ⁴Die Liste wird in geeigneter Form bekannt gegeben. ⁵Werden personenbezogene Daten bei den betroffenen Personen erhoben, sind sie grundsätzlich bei Erhebung über die Liste zu unterrichten.

(4) Ein Vertrag oder ein anderes Rechtsinstrument im Sinne von Art. 28 Abs. 3 und 4 Datenschutz-Grundverordnung zur Verarbeitung im Auftrag ist schriftlich abzufassen, was auch in einem elektronischen Format erfolgen kann.

Art. 22 Datenverarbeitung durch Dienstleister ohne Auftragsverarbeitung

(1) ¹Ohne Vereinbarung einer Auftragsverarbeitung können personenbezogene Daten an Dienstleister zur eigenverantwortlichen Aufgabenerfüllung übermittelt und von diesen verarbeitet werden, soweit dies für die Zweckbestimmung des Versicherungsverhältnisses mit den Betroffenen erforderlich ist. ²Das ist insbesondere möglich, wenn Sachverständige mit der Begutachtung eines Versicherungsfalles beauftragt sind oder wenn Dienstleister zur Ausführung der vertraglich vereinbarten Versicherungsleistungen, die eine Sachleistung

beinhalten, eingeschaltet werden, z. B. Krankentransportdienstleister, Haushaltshilfen, Schlüsseldienste und ähnliche Dienstleister.

(2) ¹Die Übermittlung von personenbezogenen Daten an Dienstleister und deren Verarbeitung zur eigenverantwortlichen Erfüllung von Datenverarbeitungs- oder sonstigen Aufgaben kann auch dann erfolgen, wenn dies zur Wahrung der berechtigten Interessen des Unternehmens erforderlich ist und die schutzwürdigen Interessen der betroffenen Personen nicht überwiegen. ²Das kann zum Beispiel der Fall sein, wenn Dienstleister Aufgaben übernehmen, die der Geschäftsabwicklung des Unternehmens dienen, wie beispielsweise die Risikoprüfung, Schaden- und Leistungsbearbeitung und Inkasso, sofern dies keine Auftragsverarbeitung ist und die Voraussetzungen der Absätze 4 bis 8 erfüllt sind.

(3) ¹Die Übermittlung von personenbezogenen Daten an Dienstleister nach Absatz 2 unterbleibt, soweit die betroffene Person aus Gründen, die sich aus ihrer besonderen persönlichen Situation ergeben, dieser widerspricht und eine Prüfung ergibt, dass seitens des übermittelnden Unternehmens keine zwingenden schutzwürdigen Gründe für die Verarbeitung beim Dienstleister vorliegen, die die Interessen der betroffenen Person überwiegen. ²Die Übermittlung an den Dienstleister erfolgt trotz des Widerspruchs auch dann, wenn sie der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen dient. ³Die betroffenen Personen werden in geeigneter Weise auf ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

(4) Das Unternehmen schließt mit den Dienstleistern, die nach Absatz 2 tätig werden, eine vertragliche Vereinbarung, die mindestens folgende Punkte enthalten muss:

- Eindeutige Beschreibung der Aufgaben des Dienstleisters;
- Sicherstellung, dass die übermittelten Daten nur im Rahmen der vereinbarten Zweckbestimmung verarbeitet oder genutzt werden;
- Gewährleistung eines Datenschutz- und Datensicherheitsstandards, der diesen Verhaltensregeln entspricht;
- Verpflichtung des Dienstleisters, dem Unternehmen alle Auskünfte zu erteilen, die zur Erfüllung einer beim Unternehmen verbleibenden Auskunftspflicht erforderlich sind oder der betroffenen Person direkt Auskunft zu erteilen.

(5) Diese Aufgabenauslagerungen nach Absatz 2 werden dokumentiert.

(6) ¹Unternehmen und Dienstleister vereinbaren in den Fällen des Absatzes 2 zusätzlich, dass betroffene Personen, welche durch die Übermittlung ihrer Daten an den Dienstleister oder die Verarbeitung ihrer Daten durch diesen einen Schaden erlitten haben, berechtigt sind, von beiden Parteien Schadenersatz zu verlangen. ²Vorrangig tritt gegenüber den betroffenen Personen das Unternehmen für den Ersatz des Schadens ein. ³Die Parteien vereinbaren, dass sie gesamtschuldnerisch haften und sie nur von der Haftung befreit werden können, wenn sie nachweisen, dass keine von ihnen für den erlittenen Schaden verantwortlich ist.

(7) ¹Das Unternehmen hält eine aktuelle Liste der Dienstleister nach Absatz 2 bereit, an die Aufgaben im Wesentlichen übertragen werden. ²Ist die automatisierte Verarbeitung personenbezogener Daten nicht Hauptgegenstand des Vertrages, können die Dienstleister in Kategorien zusammengefasst werden unter Bezeichnung ihrer Aufgabe. ³Dies gilt auch für Stellen, die nur einmalig tätig werden. ⁴Die Liste wird in geeigneter Form bekannt gegeben. ⁵Werden personenbezogene Daten bei den Betroffenen erhoben, sind sie grundsätzlich bei Erhebung über die Liste zu unterrichten.

(8) Das Unternehmen stellt sicher, dass die Rechte der betroffenen Personen gemäß Artikel 23 bis 24c durch die Einschaltung des Dienstleisters nach Absatz 2 nicht geschmälert werden.

(9) Übermittlungen von personenbezogenen Daten an Rechtsanwälte, Steuerberater und Wirtschaftsprüfer im Rahmen von deren Aufgabenerfüllungen bleiben von den zuvor genannten Regelungen unberührt.

(10) ¹Besondere Arten personenbezogener Daten dürfen in diesem Rahmen nur verarbeitet werden, wenn die betroffenen Personen eingewilligt haben oder eine gesetzliche Grundlage vorliegt. ²Soweit die Unternehmen einer Verschwiegenheitspflicht gemäß § 203 StGB unterliegen, verpflichten sie die Dienstleister hinsichtlich der Daten, die sie nach den Absätzen 1 und 2 erhalten, Verschwiegenheit zu wahren und weitere Dienstleister sowie Stellen, die für sie tätig sind, zur Verschwiegenheit zu verpflichten.

Art. 22a Gemeinsam verantwortliche Stellen

(1) Eine Gruppe von Versicherungs- und Finanzdienstleistungsunternehmen kann für gemeinsame Geschäftszwecke gemeinsame Datenverarbeitungsverfahren nach Maßgabe des Art. 26 Datenschutz-Grundverordnung einrichten.

(2) ¹Die Unternehmen legen bei gemeinsamen Datenverarbeitungsverfahren mit zwei oder mehr Verantwortlichen in einer vertraglichen Vereinbarung in transparenter Form fest, wer von ihnen welche Verpflichtung gemäß der Datenschutz-Grundverordnung erfüllt, insbesondere welche Stelle welche Funktionen zur Erfüllung der Rechte der betroffenen Personen übernimmt. ²Geregelt werden auch die Verantwortlichkeiten für die Information der betroffenen Personen.

(3) Das Unternehmen hält eine aktuelle Liste der Zwecke der gemeinsamen Datenverarbeitungsverfahren mit den jeweils verantwortlichen Unternehmen bereit und gibt sie den betroffenen Personen in geeigneter Form bekannt.

(4) Betroffene Personen können ihre datenschutzrechtlich begründeten Rechte gegenüber jedem einzelnen Verantwortlichen geltend machen.

VIII. RECHTE DER BETROFFENEN PERSONEN

Art. 23 Auskunftsanspruch

(1) Betroffene Personen haben das Recht zu erfahren, ob sie betreffende personenbezogene Daten verarbeitet werden und sie können Auskunft über die beim Unternehmen über sie gespeicherten Daten verlangen.

(2) Verarbeitet ein Unternehmen eine große Menge von Informationen über die betroffene Person oder wird ein Auskunftersuchen im Hinblick auf die zu beauskunftenden personenbezogenen Daten unspezifisch gestellt, erteilt das Unternehmen zunächst Auskunft über die zur betroffenen Person gespeicherten Stammdaten sowie zusammenfassende Informationen über die Verarbeitung und bittet die betroffene Person zu präzisieren, auf welche Information oder welche Verarbeitungsvorgänge sich ihr Verlangen bezieht.

(3) ¹Der betroffenen Person wird entsprechend ihrer Anfrage Auskunft erteilt. ²Die Auskunft wird so erteilt, dass sich die betroffene Person über Art und Umfang der Verarbeitung bewusst werden und ihre Rechtmäßigkeit überprüfen kann. ³Es wird sichergestellt, dass die betroffene Person alle gesetzlich vorgesehenen Informationen erhält. ⁴Im Falle einer (geplanten) Weitergabe wird der betroffenen Person auch über die Empfänger oder die Kategorien von Empfängern, an die ihre Daten weitergegeben werden (sollen), Auskunft erteilt.

(4) ¹Es wird sichergestellt, dass nur die berechnigte Person die Auskunft erhält. ²Daher wird die Auskunft, auch wenn ein Bevollmächtigter sie verlangt, der betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter erteilt.

(5) ¹Eine Auskunft erfolgt schriftlich oder in anderer Form, insbesondere auch elektronisch, beispielsweise in einem Kundenportal. ²Im Falle einer elektronischen Antragstellung werden die Informationen in einem gängigen elektronischen Format zur Verfügung gestellt. ³Dies erfolgt nicht, wenn etwas anderes gewünscht ist oder die Authentizität des Empfängers oder die sichere Übermittlung nicht gewährleistet werden kann. ⁴Sie kann auf Verlangen der betroffenen Personen auch mündlich erfolgen, aber nur sofern die Identität der betroffenen Personen nachgewiesen wurde.

(6) ¹Durch die Auskunft dürfen nicht die Rechte und Freiheiten weiterer Personen beeinträchtigt werden. ²Geschäftsgeheimnisse des Unternehmens können berücksichtigt werden.

(7) ¹Eine Auskunft kann unterbleiben, wenn die Daten nach einer Rechtsvorschrift oder ihrem Wesen nach, insbesondere wegen des überwiegenden berechtigten Interesses eines Dritten geheim gehalten werden müssen oder wenn das Bekanntwerden der Information die Strafverfolgung gefährden würde. ²Eine Auskunft unterbleibt ferner über Daten, die nur deshalb gespeichert sind, weil sie aufgrund gesetzlicher oder satzungsmäßiger Aufbewahrungsvorschriften nicht gelöscht werden dürfen oder die ausschließlich Zwecken der Datensicherung oder Datenschutzkontrolle dienen, wenn die Auskunftserteilung einen unverhältnismäßigen Aufwand erfordern würde sowie eine Verarbeitung zu anderen Zwecken durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen ausgeschlossen ist. ³Ein Beispiel sind wegen Aufbewahrungspflichten in der Verarbeitung eingeschränkte Daten und zugriffsgeschützte Sicherungskopien (Backups).

(8) ¹In Fällen des Absatzes 7 werden die Gründe der Auskunftsverweigerung dokumentiert. ²Die Ablehnung der Auskunftserteilung wird gegenüber der betroffenen Person begründet. ³Die Begründung erfolgt nicht, soweit durch die Mitteilung der tatsächlichen oder rechtlichen Gründe für die Auskunftsverweigerung der damit verfolgte Zweck gefährdet würde, insbesondere wenn die Mitteilung der Gründe die überwiegenden berechtigten Interessen Dritter oder die Strafverfolgung beeinträchtigen würde.

(9) Im Falle einer Rückversicherung (Artikel 17), Datenverarbeitung durch Dienstleister ohne Auftragsverarbeitung (Artikel 22) oder einer Verarbeitung durch gemeinsam Verantwortliche (Artikel 22a) nimmt das Unternehmen die Auskunftsverlangen entgegen und erteilt auch alle Auskünfte, zu denen der Rückversicherer, Dienstleister oder alle Verantwortlichen verpflichtet sind oder es stellt die Auskunftserteilung durch diese sicher.

Art. 23a Recht auf Datenübertragbarkeit

(1) Die betroffene Person bekommt vom Unternehmen die von ihr bereitgestellten personenbezogenen Daten übertragen, wenn deren Verarbeitung auf ihrer Einwilligung oder auf einem Vertrag mit ihr beruht und die Verarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren erfolgt.

(2) ¹Das Recht umfasst die Daten, die die betroffene Person gegenüber dem Unternehmen angegeben oder bereitgestellt hat. ²Das sind insbesondere die Daten, die von der betroffenen Person in Anträgen angegeben wurden, wie Name, Adresse und die zum zu versichernden Risiko erfragten Angaben sowie alle weiteren im Laufe des Versicherungsverhältnisses gemachten personenbezogenen Angaben, zum Beispiel bei Schadenmeldungen bereitgestellte Daten.

(3) Die betroffene Person erhält die Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format.

(4) Die betroffenen Personen können auch verlangen, dass die personenbezogenen Daten vom Unternehmen direkt an einen anderen Verantwortlichen übermittelt werden, soweit dies technisch machbar ist und die Anforderungen an die Sicherheit der Übermittlung erfüllt werden können.

(5) Die Daten werden nicht direkt einem anderen Verantwortlichen zur Verfügung gestellt, wenn die Rechte und Freiheiten anderer Personen beeinträchtigt würden.

Art. 24 Anspruch auf Berichtigung

Erweisen sich die gespeicherten personenbezogenen Daten als unrichtig oder unvollständig, werden diese berichtigt.

Art. 24a Anspruch auf Einschränkung der Verarbeitung

(1) Das Unternehmen schränkt auf Verlangen der betroffenen Personen die Verarbeitung von deren Daten ein:

- a) solange die Richtigkeit bestrittener Daten überprüft wird,
- b) wenn die Verarbeitung unrechtmäßig ist und die betroffenen Personen die weitere Speicherung der Daten verlangen,
- c) wenn das Unternehmen die personenbezogenen Daten für die Zwecke der Verarbeitung nicht länger benötigt, die betroffenen Personen sie jedoch zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen benötigen oder
- d) wenn die betroffenen Personen der Verarbeitung widersprochen haben, solange nicht feststeht, ob die berechtigten Gründe des Unternehmens gegenüber denen der betroffenen Personen überwiegen.

(2) Machen die betroffenen Personen ihr Recht auf Einschränkung der Verarbeitung geltend, werden die Daten währenddessen nur noch verarbeitet:

- a) mit Einwilligung der betroffenen Personen,
 - b) zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen,
 - c) zum Schutz der Rechte einer anderen natürlichen oder juristischen Person oder
 - d) aus Gründen eines wichtigen öffentlichen Interesses der Europäischen Union oder eines ihrer Mitgliedstaaten.
- (3) Betroffene Personen, die eine Einschränkung der Verarbeitung erwirkt haben, werden vom Unternehmen unterrichtet, bevor die Einschränkung aufgehoben wird.

Art. 24b Löschung

(1) ¹Personenbezogene Daten werden unverzüglich gelöscht, wenn die Erhebung oder Verarbeitung von Anfang an unzulässig war, die Verarbeitung sich auf Grund nachträglich eingetretener Umstände als unzulässig erweist oder die Kenntnis der Daten durch das Unternehmen zur Erfüllung des Zwecks der Verarbeitung nicht mehr erforderlich ist. ²Eine Löschung erfolgt auch, wenn sie zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung erforderlich ist oder wenn die personenbezogenen Daten in Bezug auf angebotene Dienste der Informationsgesellschaft an ein Kind gemäß Art. 8 Abs. 1 der Datenschutz-Grundverordnung erhoben worden sind.

(2) ¹Die Prüfung des Datenbestandes auf die Notwendigkeit einer Löschung nach Absatz 1 erfolgt in regelmäßigen Abständen, mindestens

einmal jährlich. ²Auf Verlangen der betroffenen Person wird unverzüglich geprüft, ob die von dem Verlangen erfassten Daten zu löschen sind.

(3) ¹Eine Löschung nach Absatz 2 erfolgt nicht, soweit die Daten erforderlich sind:

- a) zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung des Unternehmens, insbesondere zur Erfüllung gesetzlicher Aufbewahrungspflichten,
- b) für die in Artikel 10 genannten Verarbeitungen für statistische Zwecke,
- c) für im öffentlichen Interesse liegende Archivzwecke, wissenschaftliche oder historische Forschungszwecke (z. B. zur Aufarbeitung des Holocaust) oder
- d) zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.

²Eine Löschung von Daten unterbleibt auch dann, wenn die Daten nicht automatisiert verarbeitet werden, sie wegen der besonderen Art der Speicherung nicht oder nur mit unverhältnismäßigem Aufwand gelöscht werden können und das Interesse der betroffenen Personen an der Löschung als gering anzusehen ist. ³In diesem Fall oder wenn personenbezogene Daten nur noch zur Erfüllung gesetzlicher Aufbewahrungspflichten gespeichert werden müssen, wird deren Verarbeitung nach dem Grundsatz der Datenminimierung eingeschränkt.

Art. 24c Benachrichtigungen über Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung und Löschung

(1) ¹Das Unternehmen benachrichtigt alle Empfänger, insbesondere Rückversicherer und Versicherungsvertreter über eine auf Verlangen der betroffenen Person erforderliche Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung oder Löschung der Daten, es sei denn, dies erweist sich als unmöglich oder ist mit einem unverhältnismäßigen Aufwand verbunden. ²Das ist zum Beispiel auch der Fall, wenn der Empfänger die Daten aufgrund einer vertraglichen Vereinbarung bereits gelöscht haben muss. ³Auf Verlangen unterrichtet das Unternehmen die betroffene Person über diese Empfänger.

(2) Soweit die Berichtigung, Löschung oder Sperrung der Daten aufgrund eines Verlangens der betroffenen Personen erfolgte, werden diese nach der Ausführung hierüber unterrichtet.

(3) Sonstige Mitteilungspflichten bei Berichtigungen oder Löschungen personenbezogener Daten sowie bei Einschränkungen der Verarbeitung ohne Verlangen der betroffenen Person bleiben hiervon unberührt.

Art. 24d Frist

¹Das Unternehmen kommt den Rechten gemäß Art. 23 bis 24b dieser Verhaltensregeln möglichst unverzüglich, jedenfalls innerhalb eines Monats nach Eingang des Antrags auf Ausübung des Rechts der betroffenen Person nach. ²Die Frist kann um weitere 2 Monate verlängert werden, wenn dies unter Berücksichtigung der Komplexität und der Anzahl von Anträgen erforderlich ist. ³In diesem Fall unterrichtet das Unternehmen die betroffene Person innerhalb eines Monats nach Eingang des Antrags über die Fristverlängerung und nennt die Gründe für die Verzögerung.

IX. EINHALTUNG UND KONTROLLE

Art. 25 Verantwortlichkeit

(1) Die Unternehmen gewährleisten als Verantwortliche, dass die Anforderungen des Datenschutzes und der Datensicherheit beachtet werden.

(2) ¹Beschäftigte, die mit der Verarbeitung personenbezogener Daten betraut sind, werden zur Vertraulichkeit hinsichtlich personenbezogener Daten, zur Einhaltung des Datenschutzes und der diesbezüglichen Weisungen des Unternehmens sowie zur Wahrung gesetzlicher Geheimhaltungspflichten verpflichtet. ²Sie werden darüber unterrichtet, dass Verstöße gegen datenschutzrechtliche Vorschriften auch als Ordnungswidrigkeit geahndet oder strafrechtlich verfolgt werden und Schadensersatzansprüche nach sich ziehen können. ³Verletzungen datenschutzrechtlicher Vorschriften durch Beschäftigte können entsprechend dem jeweils geltenden Recht arbeitsrechtliche Sanktionen nach sich ziehen.

(3) Die Verpflichtung der Beschäftigten nach Absatz 2 Satz 1 gilt auch über das Ende des Beschäftigungsverhältnisses hinaus.

Art. 26 Transparenz

(1) ¹Texte, die sich an betroffene Personen richten, werden informativ, transparent, verständlich und präzise sowie in klarer und einfacher

Sprache formuliert. ²Sie werden den betroffenen Personen in leicht zugänglicher Form zur Verfügung gestellt.

(2) ¹Die Unternehmen führen ein Verzeichnis über die eingesetzten Datenverarbeitungsverfahren (Verarbeitungsverzeichnis). ²Sie machen es den Datenschutz-Aufsichtsbehörden auf Anforderung zugänglich. ³Überdies ist das Verzeichnis eine interne Grundlage der Unternehmen zur Erfüllung der Informations- und Auskunftspflichten gegenüber den betroffenen Personen.

Art. 26a Datenschutz-Folgenabschätzung

(1) Die Unternehmen prüfen insbesondere vor dem erstmaligen oder maßgeblich erweiterten Einsatz folgender Verarbeitungen die Erforderlichkeit einer Datenschutz-Folgenabschätzung:

- a) Verfahren mit automatisierten Einzelentscheidungen, die sich auf Verfahren zur systematischen und umfassenden Auswertung mehrerer persönlicher Merkmale der betroffenen Personen stützen, wenn sie eine Rechtswirkung gegenüber den betroffenen Personen entfalten oder diese in ähnlicher Weise erheblich beeinträchtigen, wie beispielsweise Verfahren zur automatisierten Risiko- oder Leistungsprüfung.
- b) Verfahren mit umfangreichen Verarbeitungen besonderer Kategorien von personenbezogenen Daten, zum Beispiel Verfahren zur Risiko- oder Leistungsprüfung in der Krankenversicherung, zur Risikoprüfung in der Lebensversicherung oder zur Leistungsprüfung in der Berufsunfähigkeitsversicherung oder
- c) Verfahren zur Prämienberechnung unter Verwendung verhaltensbasierter Daten betroffener Personen (z. B. für sog. Telematiktarife in der Kraftfahrtversicherung oder mit Daten aus Wearables).

(2) ¹Die Entscheidung darüber, ob eine Datenschutzfolgenabschätzung vorgenommen wird oder nicht und die Gründe dafür werden dokumentiert. ²Die Unternehmen stellen durch geeignete organisatorische Maßnahmen sicher, dass bei der Durchführung der Datenschutz-Folgenabschätzungen der Rat der Beauftragten für den Datenschutz eingeholt wird.

Art. 27 Beauftragte für den Datenschutz

(1) ¹Die Unternehmen oder eine Gruppe von Versicherungs- und Finanzdienstleistungsunternehmen benennen entsprechend den gesetzlichen Vorschriften Beauftragte für den Datenschutz. ²Sie sind weisungsunabhängig und überwachen die Einhaltung der anwendbaren nationalen und internationalen Datenschutzvorschriften sowie dieser Verhaltensregeln. ³Das Unternehmen trägt der Unabhängigkeit vertraglich Rechnung.

(2) Die Beauftragten überwachen die Einhaltung der Datenschutz-Grundverordnung und anderer datenschutzrechtlicher Vorschriften einschließlich der im Unternehmen bestehenden Konzepte für den Schutz personenbezogener Daten und werden zu diesem Zweck vor der Einrichtung oder nicht nur unbedeutenden Veränderung eines Verfahrens zur automatisierten Verarbeitung personenbezogener Daten rechtzeitig unterrichtet und wirken hieran beratend mit.

(3) ¹Dazu können sie in Abstimmung mit der jeweiligen Unternehmensleitung alle Unternehmensbereiche zu den notwendigen Datenschutzmaßnahmen veranlassen. ²Insoweit haben sie ungehindertes Kontrollrecht im Unternehmen.

(4) Die Beauftragten für den Datenschutz unterrichten und beraten die Unternehmen und die bei der Verarbeitung personenbezogener Daten tätigen Beschäftigten über die jeweiligen besonderen Erfordernisse des Datenschutzes.

(5) ¹Daneben können sich alle betroffenen Personen jederzeit mit Anregungen, Anfragen, Auskunftersuchen oder Beschwerden im Zusammenhang mit Fragen des Datenschutzes oder der Datensicherheit auch an die Beauftragten für den Datenschutz wenden. ²Anfragen, Ersuchen und Beschwerden werden vertraulich behandelt. ³Die für die Kontaktaufnahme erforderlichen Daten werden in geeigneter Form bekannt gegeben.

(6) Die für den Datenschutz verantwortlichen Geschäftsführungen der Unternehmen unterstützen die Beauftragten für den Datenschutz bei der Ausübung ihrer Tätigkeit und arbeiten mit ihnen vertrauensvoll zusammen, um die Einhaltung der anwendbaren nationalen und internationalen Datenschutzvorschriften und dieser Verhaltensregeln zu gewährleisten.

(7) Die Unternehmen stellen den Datenschutzbeauftragten die für die Aufgabenerfüllung und die zur Erhaltung des Fachwissens erforderlichen Ressourcen zur Verfügung.

(8) ¹Die Datenschutzbeauftragten arbeiten mit der für das Unternehmen zuständigen Aufsichtsbehörde zusammen. ²Sie können sich dazu jederzeit mit der jeweils zuständigen datenschutzrechtlichen

Aufsichtsbehörde vertrauensvoll beraten und stehen der Aufsichtsbehörde in allen Angelegenheiten des Datenschutzes als Ansprechpartner zur Verfügung.

Art. 28 Beschwerden und Reaktion bei Verstößen

(1) ¹Die Unternehmen werden Beschwerden von Versicherten oder sonstigen betroffenen Personen wegen Verstößen gegen datenschutzrechtliche Regelungen sowie diese Verhaltensregeln unverzüglich bearbeiten und innerhalb einer Frist von einem Monat beantworten oder einen Zwischenbescheid geben. ²Ein Bericht über die ergriffenen Maßnahmen kann auch noch bis zu drei Monaten nach Antragstellung erteilt werden, wenn diese Fristverlängerung unter Berücksichtigung der Komplexität und der Anzahl von Anträgen erforderlich ist. ³Die für die Kontaktaufnahme erforderlichen Daten werden in geeigneter Form bekannt gegeben. ⁴Kann der verantwortliche Fachbereich nicht zeitnah Abhilfe schaffen, hat er sich umgehend an den Beauftragten für den Datenschutz zu wenden.

(2) Die Geschäftsführungen der Unternehmen werden bei begründeten Beschwerden so schnell wie möglich Abhilfe schaffen.

(3) ¹Sollte dies einmal nicht der Fall sein, können sich die Beauftragten für den Datenschutz an die zuständige Aufsichtsbehörde für den Datenschutz wenden. ²Sie teilen dies den betroffenen Personen unter Benennung der zuständigen Aufsichtsbehörde mit.

Art. 29 Meldung von Verletzungen des Schutzes personenbezogener Daten

(1) ¹Im Falle einer Verletzung des Schutzes personenbezogener Daten, z. B. wenn sie unrechtmäßig übermittelt worden oder Dritten unrechtmäßig zur Kenntnis gelangt sind, informieren die Unternehmen unverzüglich und möglichst binnen 72 Stunden, nachdem ihnen die Verletzung bekannt wurde, die zuständige Aufsichtsbehörde, es sei denn, die Verletzung führt voraussichtlich nicht zu einem Risiko für die Rechte und Freiheiten der betroffenen Personen. ²Risiken für die Rechte und Freiheiten betroffener Personen bestehen insbesondere dann, wenn zu befürchten ist, dass die Verletzung zu einem Identitätsdiebstahl, einem finanziellen Verlust oder einer Rufschädigung führt.

(2) ¹Das Unternehmen dokumentiert Verletzungen des Schutzes personenbezogener Daten einschließlich aller im Zusammenhang damit stehenden Fakten, Auswirkungen und ergriffenen Abhilfemaßnahmen. ²Diese Dokumentation ermöglicht der Aufsichtsbehörde die Überprüfung der Einhaltung der Bestimmungen dieses Artikels.

(3) ¹Die betroffenen Personen werden benachrichtigt, wenn die Datenschutzverletzung voraussichtlich ein hohes Risiko für ihre persönlichen Rechte und Freiheiten zur Folge hat. ²Dies erfolgt unverzüglich. ³Dabei wird entsprechend der Gefahrenlage entschieden, ob zunächst Maßnahmen zur Sicherung der Daten oder zur Verhinderung künftiger Verletzungen ergriffen werden. ⁴Würde eine Benachrichtigung unverhältnismäßigen Aufwand erfordern, z. B. wegen der Vielzahl der betroffenen Fälle oder wenn eine Feststellung der betroffenen Personen nicht in vertretbarer Zeit oder mit vertretbarem technischem Aufwand möglich ist, tritt an ihre Stelle eine Information der Öffentlichkeit.

(4) ¹Die Benachrichtigung der betroffenen Personen unterbleibt, wenn der Verantwortliche durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen sichergestellt hat, dass das hohe Risiko für die Rechte und Freiheiten der betroffenen Personen aller Wahrscheinlichkeit nach nicht oder nicht mehr besteht. ²Die Benachrichtigung der betroffenen Personen unterbleibt auch, soweit durch die Benachrichtigung Informationen offenbart würden, die nach einer Rechtsvorschrift oder ihrem Wesen nach, insbesondere wegen der überwiegenden berechtigten Interessen eines Dritten, geheim gehalten werden müssen, es sei denn, dass die Interessen der betroffenen Personen an der Benachrichtigung, insbesondere unter Berücksichtigung drohender Schäden, gegenüber dem Geheimhaltungsinteresse überwiegen.

(5) Die Benachrichtigung der betroffenen Personen beschreibt in klarer einfacher Sprache die Art der Verletzung des Schutzes personenbezogener Daten und enthält zumindest:

- a) den Namen und die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten oder einer sonstigen Anlaufstelle für weitere Informationen,
 - b) eine Beschreibung der wahrscheinlichen Folgen der Verletzung des Schutzes personenbezogener Daten,
 - c) eine Beschreibung der vom Unternehmen ergriffenen oder vorgeschlagenen Maßnahmen zur Behebung der Verletzung des Schutzes personenbezogener Daten und gegebenenfalls Maßnahmen zur Abmilderung ihrer möglichen nachteiligen Auswirkungen.
- (6) Die Unternehmen verpflichten ihre Auftragsverarbeiter, sie unverzüglich über Vorfälle nach Absatz 1 bei diesen zu unterrichten.

(7) ¹Die Unternehmen erstellen ein Konzept für den Umgang mit Verletzungen des Schutzes personenbezogener Daten. ²Sie stellen sicher, dass alle Verletzungen den betrieblichen Datenschutzbeauftragten zur Kenntnis gelangen. ³Die betrieblichen Datenschutzbeauftragten berichten unmittelbar der höchsten Managementebene des Unternehmens.

X. FORMALIA

Art. 30 Beitritt

(1) ¹Die Unternehmen, die diesen Verhaltensregeln beigetreten sind, verpflichten sich zu deren Einhaltung ab dem Zeitpunkt des Beitritts. ²Der Beitritt der Unternehmen wird vom GDV dokumentiert und in geeigneter Form bekanntgegeben.

(2) Versicherungsnehmer, deren Verträge vor dem Beitritt des Unternehmens zu diesen Verhaltensregeln bereits bestanden, werden über den Beitritt zu diesen Verhaltensregeln über den Internetauftritt des Unternehmens sowie spätestens mit der nächsten Vertragspost in Textform informiert.

(3) ¹Hat ein Unternehmen seinen Beitritt zu diesen Verhaltensregeln erklärt, ist die jeweils gültige Fassung wirksam. ²Eine Rücknahme des Beitritts ist jederzeit möglich durch Erklärung gegenüber dem GDV. ³Wenn ein Unternehmen die Rücknahme des Beitritts erklärt, wird dies durch die Löschung des Unternehmens in der Beitrittsliste vom GDV dokumentiert und in Form einer aktualisierten Beitrittsliste in geeigneter Weise bekannt gegeben. ⁴Das Unternehmen wird zudem die für das Unternehmen zuständige Datenschutzbehörde und die Versicherten über die Rücknahme informieren.

Art. 31 Evaluierung

Diese Verhaltensregeln werden bei jeder ihren Regelungsgehalt betreffenden Rechtsänderung in Bezug auf diese, spätestens aber drei Jahre nach Anwendungsbeginn der DatenschutzGrundverordnung insgesamt evaluiert.

Art. 32 Inkrafttreten

Diese Fassung der Verhaltensregeln gilt ab dem 1. August 2018 und ersetzt die Fassung vom 7. September 2012.

Übersicht der Dienstleister der Generali Deutschland Lebensversicherung 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
ATLAS Dienstleistungen für Vermögensberatung GmbH	Dienstleistungen, z. B. Antragserfassung, Provisionsverteilung, Abrechnung für die Deutsche Vermögensberatung, IT-Betreuung
Deutsche Bausparkasse Badenia AG	– Immobilienkredite – Sicherungsvermögen – Darlehensgeschäft
European Bank for Fund Services GmbH	Depotführung
GDV Dienstleistungs-GmbH	– Datentransfer mit Vermittlern und Dienstleistern zur Erfüllung gesetzlicher Meldepflichten sowie – unterstützende Tätigkeit im Rahmen des Unfallmeldedienstes
Generali Deutschland AG	– Leistungsbearbeitung im Schadenfall – Schadenmanagement – Beratung und Unterstützung im Zusammenhang mit der Erbringung von IT- und Telekommunikations-Leistungen
Generali Deutschland Services GmbH	– Abwicklung Zahlungsverkehr – Druck, Versand und Logistik einschließlich Scannen der Eingangspost – Schriftverkehr mit Kunden und Vertriebspartnern – Unterstützung beim Kundenservice
Generali Operations Service Platform S.r.l., Zweigniederlassung Deutschland Diverse IT-Dienstleister	Erbringung von IT- und Telekommunikations-Leistungen, u. a. – Bereitstellung von Hard- und Software – Betrieb eines Rechenzentrums – Netzwerk-Betrieb – Telekommunikation – Beratung und Unterstützung
VVS Vertriebservice für Vermögensberatung GmbH	Vertriebsunterstützung und Verkaufsförderung
Adressermittler	Berichtigung Adressbestände
Akten- und Datenvernichter	Entsorgung von Akten und Datenträgern
IT- und Telekommunikationsunternehmen, IT-Berater	– IT- und Telekommunikations-Leistungen – Beratung
Letter-Shops, Post- und Paketdienste, Druckereien	– Serienbrief-Erstellung – Druck und Versand
Markt- und Meinungsforschungsunternehmen	– Kundenzufriedenheitsbefragungen – Markt- und Meinungsforschung – Marketingaktivitäten
Übersetzer	Übersetzungen
Wirtschaftsauskunfteien	Einholung von Auskünften bei Antragstellung und bei der Leistungsbearbeitung

Dienstleister, die für uns Datenverarbeitung ohne **Auftragsverarbeitung** erbringen:

Dienstleister	Gegenstand/Zweck der Beauftragung
Beratungsunternehmen	Unternehmensberatung
Generali Deutschland AG	Erbringung von Leistungen, u. a. – Konzernrevision – Recht und Datenschutzbeauftragter – Kundenmanagement und -marketing – Fachliche Systementwicklung – Controlling – Rechnungswesen
Ärzte, Psychologen, Psychiater, Rückversicherer und allgemeine Gutachter/Sachverständige	– (Sachverständigen-)Gutachten bei Antragsstellung, im Leistungsfall – Medizinische Untersuchungen
Inkasso-Unternehmen	Forderungseinzug
Rechtsanwälte	Anwaltliche Leistungen
Reha-Dienste, Dienstleister für Hilfs- und Pflegeleistungen, Krankenhäuser, Mobilitätsdienstleister	Assistance-Leistungen
Wirtschaftsprüfer	Buchprüfung
Europ Assistance Services GmbH	Vermittlung von Dienstleistungen in Zusammenhang mit Pflegefällen

Gemeinsame Verarbeitung von Daten innerhalb der Unternehmensgruppe

Konzerngesellschaften, die in gemeinsamen Datenbanken Ihre Stammdaten (z. B. Name und Anschrift) verarbeiten und die gemeinsame Datenverarbeitungsverfahren nutzen (Art. 9 der Verhaltensregeln zum Umgang mit personenbezogenen Daten):

- Advocard Rechtsschutzversicherung AG
- Deutsche Bausparkasse Badenia AG
- ENVIVAS Krankenversicherung AG
- Europ Assistance Service GmbH
- Generali Deutschland AG
- Generali Deutschland Gesellschaft für bAV mbH
- Generali Deutschland Krankenversicherung AG
- Generali Deutschland Pensor Pensionsfonds AG
- Generali Deutschland Services GmbH
- Generali Deutschland Unterstützungskasse e. V.
- Generali Deutschland Versicherung AG
- Generali Pensionsfonds AG
- Generali Pensions- und SicherungsManagement GmbH
- Generali Treuhand e. V.

Anlage zur Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Liste der Dienstleister

Die Generali Deutschland Lebensversicherung AG arbeitet unter Verwendung von Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten derzeit mit den folgenden Stellen (Unternehmen/Personen) zusammen:

Unternehmen/Dienstleister	Übertragene Aufgaben
ATLAS Dienstleistungen für Vermögensberatung GmbH	Dienstleistungen, z. B. Antragserfassung , Provisionsverteilung, Abrechnung für die Deutsche Vermögensberatung, IT-Betreuung
Deutsche Bausparkasse Badenia AG	– Immobilienkredite – Sicherungsvermögen – Darlehensgeschäft
Europ Assistance Services GmbH	Vermittlung von Dienstleistungen in Zusammenhang mit Pflegefällen
GDV Dienstleistungs-GmbH	– Datentransfer mit Vermittlern und Dienstleistern zur Erfüllung gesetzlicher Meldepflichten – unterstützende Tätigkeit im Rahmen des Unfallmeldedienstes
Generali Deutschland AG	Erbringung von Leistungen, u. a. – Konzernrevision – Recht und Datenschutzbeauftragter – Kundenmanagement & -marketing – Fachliche Systementwicklung – Controlling – Rechnungswesen – Erbringung von IT- und Telekommunikations-Leistungen, hier v. a. Beratung und Unterstützung
Generali Deutschland Gesellschaft für bAV mbH	Betriebliche Altersversorgung, z. B. versicherungsmathematische Gutachten zu Pensionszusagen, Ausarbeitung Versorgungsordnungen
Generali Operations Service Platform S.r.l., Zweigniederlassung Deutschland Diverse IT-Dienstleister	Erbringung von IT- und Telekommunikations-Leistungen, u. a. – Bereitstellung von Hard- und Software – Betrieb eines Rechenzentrums – Netzwerk-Betrieb – Telekommunikation – Beratung und Unterstützung
Generali Deutschland Krankenversicherung AG	Leistungsbearbeitung bei Krankentagegeld
Generali Deutschland Services GmbH	– Abwicklung Zahlungsverkehr – Druck, Versand und Logistik einschließlich Scannen der Eingangs- post – Schriftverkehr mit Kunden und Vertriebspartnern – Unterstützung beim Kundenservice
Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV)	Führen von Branchenstatistiken
VVS Vertriebsservice für Vermögensberatung GmbH	Vertriebsunterstützung und Verkaufsförderung
Nicht zum Konzern gehörende Versicherungsunternehmen	Konsortialgeschäft federführend und nicht-federführend – im Rahmen des Übertragungsabkommens bAV – im Rahmen des Versorgungsausgleichs

Darüber hinaus arbeitet die Generali Deutschland Lebensversicherung AG mit folgenden Stellen zusammen, die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten erheben, verarbeiten und nutzen:

Stellen	Tätigkeiten
Adressermittler	Berichtigung Adressbestände
Akten- und Datenvernichter	Entsorgung von Akten und Datenträgern
Ärzte, Psychologen, Psychiater, Rückversicherer und allgemeine Gutachter/Sachverständige	– (Sachverständigen-)Gutachten bei Antragstellung, im Leistungsfall – medizinische Untersuchungen
Behörden, z. B. Gericht, Finanzamt	– Verfahren im Rahmen des Versorgungsausgleichs – Abführung von Kapitalertragsteuer – Bearbeitung von Rentenbezugsmitteilungen
Beratungsunternehmen	Unternehmensberatung
IT- und Telekommunikations-Unternehmen, IT-Berater	– IT- und Telekommunikationsdienstleistungen – Beratung
Letter-Shops, Post- und Paketdienste, Druckereien	– Serienbrief-Erstellung – Druck und Versand
Markt- und Meinungsforschungsunternehmen	– Kundenzufriedenheitsbefragungen – Markt- und Meinungsforschung – Marketingaktivitäten
Rechtsanwälte	Anwaltliche Leistungen
Reha-Dienste, Dienstleister für Hilfs- und Pflegeleistungen, Krankenhäuser, Mobilitätsdienstleister	Assistance-Leistungen
Übersetzer	Übersetzungen
Wirtschaftsauskunfteien	Einholung von Auskünften bei Antragstellung und bei der Leistungsbearbeitung
Wirtschaftsprüfer	Buchführung