

Allgemeine Bedingungen für die Restkreditversicherung (Tarif KRF)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Inhaltsverzeichnis:

§ 1	Welche Leistungen erbringen wir?	1
§ 2	Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	1
§ 3	Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	3
§ 4	Was gilt bei Wehrdienst, Unruhen, Krieg oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen/-Stoffen?	3
§ 5	Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?	3
§ 6	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?	3
§ 7	In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	4
§ 8	Wann ist der Einmalbeitrag zu zahlen?	4
§ 9	Was geschieht, wenn der Einmalbeitrag nicht rechtzeitig gezahlt wird?	4
§ 10	Wann kann die Versicherung gekündigt werden?	4
§ 11	Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird?	4
§ 12	Wer erhält die Versicherungsleistung?	5
§ 13	Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift oder Ihres Namens?	5
§ 14	Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?	5
§ 15	Welche Gebühren und Abgaben stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?	5
§ 16	Bis wann müssen uns gegenüber versicherungsvertragliche Ansprüche spätestens geltend gemacht werden?	5
§ 17	Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?	5
§ 18	Wo ist der Gerichtsstand?	5
§ 19	Welche außergerichtliche Verbraucherschlichtungs-stelle können Sie in Anspruch nehmen?	5
§ 20	Wann können die Beiträge und Leistungen angepasst werden?	6
§ 21	Wann können diese Bedingungen angepasst werden?	6

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

Restkreditversicherung mit fallender Versicherungssumme

Die Anfangsversicherungssumme fällt monatlich um einen gleich bleibenden Betrag. Wir zahlen die jeweils versicherte Summe bei Tod der versicherten Person während der Versicherungsdauer.

§ 2 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

(1) Ihr Vertrag erhält eine Überschussbeteiligung. Diese richtet sich nach § 153 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in der jeweils zum Zeitpunkt einer Zuteilung geltenden Fassung. Die Überschussbeteiligung umfasst nach der derzeitigen Fassung des § 153 VVG eine Beteiligung an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven. Die Überschüsse und die Bewertungsreserven ermitteln wir nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches und veröffentlichen sie jährlich im Geschäftsbericht.

Wir erläutern Ihnen,

- wie wir die Überschussbeteiligung der Verträge in ihrer Gesamtheit ermitteln (Absatz 2)

- wie die Überschussbeteiligung Ihres konkreten Vertrages erfolgt (Absatz 3) und
- warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren können (Absatz 4).

(2) Wie ermitteln wir die Überschussbeteiligung der Verträge in ihrer Gesamtheit?

Wir informieren Sie

- 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 die Verträge 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 Verträge insgesamt mindestens den dort genannten prozentualen Anteil. In der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben. Aus diesem Betrag werden zunächst die Mittel entnommen, die zur Finanzierung der vereinbarten Leistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung.

Die Beiträge einer Restkreditversicherung sind allerdings so kalkuliert, wie sie zur Deckung des Sterblichkeitsrisikos 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 Restkreditversicherung ist der wichtigste Einflussfaktor auf die Überschüsse die Entwicklung des versicherten Risikos (Sterblichkeitsrisikos). Überschüsse entstehen, wenn die Aufwendungen für das Sterblichkeitsrisiko niedriger sind als die bei der Tarifikalkulation zugrunde gelegten. In diesem Fall müssen wir weniger Leistungen als ursprünglich angenommen zahlen und können daher die Verträge an dem entstehenden Risikoergebnis beteiligen. An diesen Überschüssen werden die Verträge nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 90 % beteiligt.

(cc) Übriges Ergebnis

Am übrigen Ergebnis werden die Verträge 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.

- (b) Die auf die Verträge entfallenden Überschüsse führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu oder schreiben sie unmittelbar den überschussberechtigten Verträgen gut (Direktgutschrift).

Diese Rückstellung dient dazu, eine möglichst gleichmäßige Überschusszuteilung im Zeitablauf zu erreichen. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Verträge verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach den jeweils geltenden gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften abweichen. Dies dürfen wir, soweit die Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt.

Nach der derzeitigen Fassung des § 140 VAG können wir im Interesse der Versicherten die Rückstellung für Beitragsrückerstattung heranziehen, um

- einen drohenden Notstand abzuwenden,
- unvorhersehbare Verluste aus den überschussberechtigten Verträgen auszugleichen, die auf

allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder

- die Deckungsrückstellung zu erhöhen, wenn die Rechnungsgrundlagen auf Grund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen. (Eine Deckungsrückstellung müssen wir bilden, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können.)

Wenn wir die Rückstellung für Beitragsrückerstattung 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 ausgewiesen sind. Die Bewertungsreserven, die nach den jeweils geltenden gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ordnen wir den Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig rechnerisch zu (siehe Absatz 3a).
Die Höhe dieser Bewertungsreserven ermitteln wir jährlich neu, zusätzlich auch für den Zeitpunkt der Beendigung eines Vertrages.

(3) Wie erfolgt die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages?

- (a) Wir haben gleichartige Versicherungen (z. B. Rentenversicherungen, Risikoversicherungen) zu Abrechnungsverbänden zusammengefasst. Abrechnungsverbände bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen. Innerhalb der Abrechnungsverbände haben wir nach engeren Gleichartigkeitskriterien Untergruppen gebildet; diese werden Gewinnverbände genannt. Die Überschüsse verteilen wir auf die einzelnen Gewinnverbände nach einem verursachungsorientierten Verfahren und zwar so, wie die Gewinnverbände zur Entstehung der Überschüsse beigetragen haben. Wenn ein Gewinnverband nicht zur Entstehung von Überschüssen beigetragen hat, weisen wir ihm keine Überschüsse zu.

Ihr Vertrag gehört zum Gewinnverband Restkreditversicherungen nach Tarifwerk 2017 im Abrechnungsverband Kapitalversicherungen des Neubestandes.

In Abhängigkeit von dieser Zuordnung erhält Ihre Versicherung jährlich Überschussanteile. Die Höhe der Überschussanteilsätze wird jährlich vom Vorstand auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Diesen können Sie bei uns anfordern.

- (b) Jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres wird eine Überschussbeteiligung in Form einer zusätzlichen Todesfalleistung (Todesfallbonus) zugesagt. Diese wird im Leistungsfall zusammen mit der jeweils versicherten Summe fällig. Der Todesfallbonus wird in Prozent der jeweils versicherten Summe bemessen.

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

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab, die nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar sind. Wichtigster Einflussfaktor ist die Entwicklung des versicherten Risikos. Aber auch die Entwicklung der Kosten ist von Bedeutung. Die

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

§ 3 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn der Einmalbeitrag bei dem Kreditinstitut oder bei uns eingegangen ist. Vor dem im Versicherungsantrag angegebenen Beginn der Versicherung und vor Auszahlung der Kreditsumme besteht jedoch kein Versicherungsschutz. Versicherungsschutz besteht ebenfalls nicht, wenn der Versicherungsnehmer vom Kreditvertrag zurückgetreten ist. Mit Beginn des Versicherungsschutzes ist der Einmalbeitrag zu zahlen (vgl. § 8). Ist der Einmalbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet (vgl. § 9).

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

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Versicherungsschutz besteht insbesondere auch dann, wenn die versicherte Person in Ausübung des Wehr- oder Polizeidienstes oder bei inneren Unruhen den Tod findet.

(2) Bei Ableben der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit Kriegsereignissen beschränkt sich unsere Leistungspflicht allerdings auf die Auszahlung des für den Todestag berechneten Deckungskapitals gemäß § 10 Absatz 2.

Die Einschränkung unserer Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn die versicherte Person während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit Kriegsereignissen stirbt, an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

(3) Bei Ableben der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen beschränkt sich unsere Leistungspflicht auf die Auszahlung des für den Todestag berechneten Deckungskapitals gemäß § 10 Absatz 2, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Absatz 2 Satz 2 bleibt unberührt.

§ 5 Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?

(1) Bei Selbsttötung leisten wir, wenn seit Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. seit Wiederherstellung der Versicherung zwei Jahre vergangen sind.

(2) Bei Selbsttötung vor Ablauf der Zweijahresfrist besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist. Anderenfalls zahlen wir das für den Todestag berechnete Deckungskapital gemäß § 10 Absatz 2 aus.

(3) Vereinbart der Versicherungsnehmer mit uns nachträglich eine Erhöhung der Versicherungssumme, gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend.

§ 6 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

(1) Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Abschluss des Versicherungsvertrages gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht).

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

Rücktritt

(3) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person (vgl. Absatz 2) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

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

(5) Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir das Deckungskapital gemäß § 10 Absatz 2. Darüber hinaus zahlen wir den Teil des laufenden Beitrags zurück, der auf den Teil der laufenden Versicherungsperiode nach Wirksamwerden der Rücktrittserklärung entfällt. Die Rückzahlung der gesamten Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

(6) Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Haben weder Sie noch die versicherte Person die Anzeigepflichtverletzung zu vertreten, verzichten wir auf unser Kündigungsrecht.

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

Rückwirkende Vertragsanpassung

(8) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben weder Sie noch die versicherte Person die Anzeigepflichtverletzung zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil; auf dieses Recht verzichten wir.

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

Ausübung unserer Rechte

(10) Wir müssen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der

Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben.

- (11) Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
- (12) Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von fünf Jahren seit Abschluss des Vertrages ausüben, bei Eintritt des Versicherungsfalles während der ersten fünf Jahre auch nach Ablauf dieser Frist. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

- (13) Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmehentscheidung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Absatz 5 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

- (14) Die Absätze 1 bis 13 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen nach Absatz 12 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

Erklärungsempfänger

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

§ 7 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- (1) Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf die der versicherten Person bekannten schweren Erkrankungen, wegen derer sie in den letzten 12 Monaten vor Antragsunterzeichnung ärztlich beraten oder behandelt wurde. Diese Einschränkung gilt nur, wenn der Versicherungsfall innerhalb der ersten 24 Monate nach Antragsunterzeichnung eintritt und mit einer schweren Erkrankung gemäß Satz 1 in ursächlichem Zusammenhang steht. Als schwere Erkrankung sind folgende Krankheiten definiert: Erkrankung der Herzkranzgefäße/des Herzmuskels (koronare Herzkrankheit, Angina Pectoris/Brustenge, Kardiomyopathie), Herzinsuffizienz, Herzmuskelentzündung, Herzklappenfehler, Herzinfarkt, Herzklappenersatz, Bypass, Stent, Herzschrittmacher, Hirnschlag/Schlaganfall, Schizophrenie, Depressionen, Multiple Sklerose, Parkinsonsche Krankheit, Alzheimer, Psychotische Störungen, Alkohol- oder Drogensucht, Leberzirrhose, Hepatitis ab Typ C, Krebs (einschließlich aller bösartigen Tumore und Geschwülste, Leukämie), Insulinpflichtiger Diabetes, chronische Bauchspeicheldrüsenentzündung, Niereninsuffizienz, Mukoviszidose, Transplantationen (Orga-

ne, Knochenmark), HIV(AIDS)-Infektion (positiver HIV-Test).

- (2) Vereinbart der Versicherungsnehmer mit uns nachträglich eine Erhöhung der Versicherungssumme, gilt Absatz 1 entsprechend.
- (3) Ist bei Tod der versicherten Person der Versicherungsschutz nach Absatz 1 ausgeschlossen, zahlen wir das Deckungskapital gemäß § 10 Absatz 2. Die Rückzahlung des Einmalbeitrags kann der Versicherungsnehmer nicht verlangen.

§ 8 Wann ist der Einmalbeitrag zu zahlen?

Der Einmalbeitrag wird unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsantrag angegebenen Versicherungsbeginn.

§ 9 Was geschieht, wenn der Einmalbeitrag nicht rechtzeitig gezahlt wird?

- (1) Wenn der Einmalbeitrag nicht rechtzeitig gezahlt wird, können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass der Versicherungsnehmer die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten hat.
- (2) Ist der Einmalbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass der Versicherungsnehmer die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

§ 10 Wann kann die Versicherung gekündigt werden?

Kündigung und Auszahlung des Deckungskapitals

- (1) Der Versicherungsnehmer kann die Versicherung jederzeit mit einer Frist von zwei Wochen zum Schluss eines jeden Monats ganz oder teilweise in Textform kündigen.
- (2) Nach Kündigung wird das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechnete Deckungskapital für die vereinbarten Versicherungsleistungen gezahlt.

Beitragsrückzahlung

- (3) Die Rückzahlung des Einmalbeitrags kann der Versicherungsnehmer nicht verlangen.

§ 11 Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird?

- (1) Der Tod der versicherten Person ist uns unverzüglich anzuzeigen. An Unterlagen sind uns einzureichen
- eine Durchschrift des Versicherungsantrags,
 - eine amtliche, Alter und Geburtsort enthaltende Sterbeurkunde,
 - ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache sowie über Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tode der versicherten Person geführt hat.
- (2) Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen.
- (3) Die mit den Nachweisen verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Versicherungsleistung beansprucht.
- (4) Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.

§ 12 Wer erhält die Versicherungsleistung?

Die Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an den Kreditgeber als alleinigen unwiderruflich Bezugsberechtigten.

§ 13 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift oder Ihres Namens?

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

§ 14 Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?

(1) Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung 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 Nachfrage 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) Derzeit bestehen insbesondere folgende Mitteilungspflichten aufgrund gesetzlicher Regelungen:

(a) Steuer:

Sie müssen uns alle Umstände mitteilen, die für die Beurteilung

- Ihrer persönlichen Steuerpflicht,
- der Steuerpflicht dritter Personen, die Rechte an ihrem Vertrag haben und
- der Steuerpflicht des Leistungsempfängers maßgebend sein können.

Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, können für Sie Nachteile entstehen, beispielsweise Meldung an Steuerbehörden unabhängig von einer tatsächlichen Steuerpflicht.

(b) Geldwäsche-Gesetz:

- Sie müssen offen legen, ob Sie den Vertrag für einen Dritten abschließen oder eine Zahlung für einen Dritten vornehmen.
- Sie müssen uns aktiv darüber informieren, wenn die Beiträge von einem Konto eingezogen werden sollen, dessen Inhaber nicht Sie als Versicherungsnehmer sind (fremde Beitragszahlung). Als fremde Beitragszahlung gelten dabei z. B. auch Lastschriften von Konten, für die Sie lediglich Kontovollmacht besitzen, sowie Zahlungen von Geschäftskonten, durch Vermittler oder durch den Arbeitgeber, sofern diese nicht Versicherungsnehmer sind.
- Die aktive Informationspflicht besteht für sämtliche Zahlungen während der Vertragslaufzeit (z. B. Überweisungen, Zuzahlungen, Darlehen, Kontoänderungen).

Kommen Sie Ihrer Offenlegungs- und Informationspflicht nicht oder nicht wahrheitsgemäß nach, müssen wir dies dem Financial Intelligence Unit (FIU), Köln melden.

§ 15 Welche Gebühren und Abgaben stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

(1) Falls aus besonderen, vom Versicherungsnehmer veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag (Gebühr) gesondert in Rechnung stellen. Dies gilt beispielsweise bei Durchführung von Vertragsänderungen.

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

(3) Alle etwaigen öffentlichen Abgaben, die für die Versicherung erhoben werden, sind uns zu erstatten.

§ 16 Bis wann müssen uns gegenüber versicherungsvertragliche Ansprüche spätestens geltend gemacht werden?

(1) Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren innerhalb der gesetzlichen Frist von 3 Jahren (§ 195 Bürgerliches Gesetzbuch). Die Verjährungsfrist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist.

(2) Lässt der Anspruchserhebende die Verjährungsfrist verstreichen, ohne dass er den Anspruch gerichtlich geltend macht, sind Ansprüche, soweit sie nicht bereits von uns anerkannt sind, ausgeschlossen.

§ 17 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 18 Wo ist der Gerichtsstand?

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

(2) Sind Sie eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.

(3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts, Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung in das Ausland, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

§ 19 Welche außergerichtliche Verbraucherschlichtungsstelle können Sie in Anspruch nehmen?

(1) Ansprechpartner bei Beschwerden

Sind Sie mit unseren Leistungen, Produkten oder Services nicht zufrieden? Bei Anregungen, Problemen oder Beschwerden wenden Sie sich bitte an Ihren Berater oder direkt an die Sparkassen-Versicherung Sachsen:

Telefonisch 0351 4235-680
Fax 0351 4235-555
E-Mail beschwerde@sv-sachsen.de
Internet www.sv-sachsen.de/beschwerde
Brief An der Flutrinne 12, 01139 Dresden

(2) **Versicherungsombudsmann**

Wir nehmen am Streitbeilegungsverfahren vor dem Versicherungsombudsmann als allgemeine Schlichtungsstelle teil. Wenn Sie Verbraucher sind, können Sie das kostenlose, außergerichtliche Streitbeilegungsverfahren in Anspruch nehmen und Ihre Beschwerde an den Versicherungsombudsmann richten. Es gilt die Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns. Unabhängig von einer Entscheidung dieser Streit-schlichtungsstelle steht Ihnen weiterhin der Weg zum Gericht offen.

Den Versicherungsombudsmann können Sie über folgende Wege erreichen:
Versicherungsombudsmann e. V.,
Postfach 080632, 10006 Berlin,
Internet: www.versicherungsombudsmann.de.

(3) **Europäische Online-Streitbeilegungsplattform**

Sofern Sie als Verbraucher den Versicherungsvertrag mit uns online (z. B. über unsere Webseite, mobile Anwendungen oder via E-Mail) abgeschlossen haben, können Sie für Ihre Beschwerde auch die von der Europäischen Kommission eingerichtete Online-Streitbeilegungsplattform nutzen. Ihre Beschwerde wird von dort an den zuständigen Ombudsmann weitergeleitet werden.

Weitere Informationen über das EU-Portal "Ihr Europa" und Zugang zur Online-Streitbeilegungsplattform erhalten Sie im Internet unter:

www.ec.europa.eu/consumers/odr

Geben Sie bitte im Beschwerdeformular folgende E-Mail-adresse unseres Unternehmens an:

beschwerde@sv-sachsen.de

§ 20 Wann können die Beiträge und Leistungen angepasst werden?

- (1) Wir sind gemäß § 163 VVG zu einer Neufestsetzung des vereinbarten Beitrags berechtigt, wenn
- sich der Leistungsbedarf nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den Rechnungsgrundlagen des vereinbarten Beitrags geändert hat,
 - der nach den berechtigten Rechnungsgrundlagen neu festgesetzte Beitrag angemessen und erforderlich ist, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistung zu gewährleisten, und

- ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die vorstehenden Voraussetzungen überprüft und bestätigt hat.

Eine Neufestsetzung des Beitrags ist insoweit ausgeschlossen, als die Versicherungsleistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies insbesondere anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen hätte erkennen müssen.

- (2) Sie können verlangen, dass anstelle einer Erhöhung des Beitrags nach Absatz 1 die Versicherungsleistungen entsprechend herabgesetzt werden. Bei einer beitragsfreien Versicherung sind wir unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 zur Herabsetzung der Versicherungsleistungen berechtigt.
- (3) Die Neufestsetzung des Beitrags und die Herabsetzung der Versicherungsleistungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung oder der Herabsetzung und der hierfür maßgeblichen Gründe an Sie folgt.

§ 21 Wann können diese Bedingungen angepasst werden?

- (1) Ist eine Bestimmung in unseren Versicherungsbedingungen durch höchstgerichtliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie gemäß § 164 VVG durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.
- (2) Die neue Regelung nach Absatz 1 wird zwei Wochen, nachdem wir Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt haben, Vertragsbestandteil.
- (3) Sollte eine Bestimmung dieses Bedingungswerkes ganz oder teilweise unwirksam sein, berührt dies die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht.

* Im Neubestand werden Versicherungen geführt, welche mit vom Verantwortlichen Aktuar unseres Unternehmens festgestellten Rechnungsgrundlagen kalkuliert werden, wobei die Einhaltung der Grundsätze des § 138 VAG sichergestellt wird.

Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Restkreditversicherung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Inhaltsverzeichnis:

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

§ 1 Was ist vorläufig versichert?

- (1) Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich auf die für den Todesfall beantragten Leistungen.
- (2) Aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes zahlen wir höchstens 60.000 EUR, auch wenn Sie höhere Leistungen beantragt haben. Diese Begrenzung gilt auch dann, wenn mehrere Anträge auf das Leben derselben Person bei uns gestellt worden sind.
- (3) Sind mehrere Anträge auf das Leben derselben Person gestellt worden, bemessen sich unsere Leistungen im Rahmen des vorläufigen Versicherungsschutzes für den einzelnen Antrag nach dem Verhältnis, wie die beantragte maßgebliche Todesfallleistung im Verhältnis zu der gesamten beantragten Todesfallleistung steht.

§ 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz ist, dass

- a) der beantragte Versicherungsbeginn der nächste Monatserste nach Unterzeichnung des Antrages ist;
- b) der Einlösungsbeitrag für die beantragte Versicherung gezahlt oder uns eine Ermächtigung 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 angebotenen Tarifen und Bedingungen abweicht;

Es besteht kein vorläufiger Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer vom Kreditvertrag zurückgetreten bzw. der Kreditvertrag nicht zustande gekommen ist.

§ 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

- (1) Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag, an dem die Auszahlung der Kreditsumme an den Kreditnehmer erfolgt ist.

- (2) Der vorläufige Versicherungsschutz endet spätestens zum nächsten Monatsersten nach seinem Beginn.

Der vorläufige Versicherungsschutz endet vor Ablauf dieser Fristen, wenn

- a) der Versicherungsschutz aus der beantragten Versicherung begonnen hat;
- b) wir Ihren Antrag abgelehnt haben;
- c) Sie Ihren Antrag angefochten bzw. zurückgenommen haben;
- d) Sie von Ihrem Widerrufsrecht nach § 8 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) Gebrauch gemacht haben;
- e) der Einzug des Einlösungsbeitrags aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht möglich war oder dem Einzug widersprochen worden ist;
- f) der Kredit zurückgezogen wurde.

§ 4 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- (1) Unsere Leistungspflicht erstreckt sich nicht auf die der versicherten Person bekannten schweren Erkrankungen, wegen derer sie in den letzten 12 Monaten vor Antragsunterzeichnung ärztlich beraten oder behandelt wurde. Dies gilt unabhängig davon, ob diese im Antrag angegeben wurden. Als schwere Erkrankungen sind folgende Krankheiten definiert:

Erkrankung der Herzkranzgefäße/des Herzmuskels (koronare Herzkrankheit, Angina Pectoris/Brustenge, Kardiomyopathie), Herzinsuffizienz, Herzmuskelentzündung, Herzklappenfehler, Herzinfarkt, Herzklappenersatz, Bypass, Stent, Herzschrittmacher, Hirnschlag/Schlaganfall, Schizophrenie, Depressionen, Multiple Sklerose, Parkinsonsche Krankheit, Alzheimer, Psychotische Störungen, Alkohol- oder Drogensucht, Leberzirrhose, Hepatitis ab Typ C, Krebs (einschließlich aller bösartigen Tumore und Geschwülste, Leukämie), Insulinpflichtiger Diabetes, chronische Bauchspeicheldrüsenentzündung, Niereninsuffizienz, Mukoviszidose, Transplantationen (Organe, Knochenmark), HIV(AIDS)-Infektion (positiver HIV-Test).

- (2) Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf:
- a) die Selbsttötung der versicherten Person,
 - b) Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.
 - c) Unfälle durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
 - d) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse verursacht sind; Wir werden jedoch leisten, wenn sich der Unfall während eines Aufenthalts der versicherten Person außerhalb der Europäischen Union ereignet hat und sie an den kriegerischen Ereignissen nicht aktiv beteiligt war.
 - e) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen verursacht sind, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Buchstabe d bleibt unberührt.

§ 5 Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir keinen besonderen Beitrag. Erbringen wir jedoch Leistungen aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes, behalten wir ein Entgelt ein. Das Entgelt entspricht dem Einlösungsbeitrag. Bei Einmalbeitragsversicherungen ist dies der einmalige Beitrag. Wir berechnen Ihnen jedoch nicht mehr als den Tarifbeitrag für die Höchstsumme gemäß § 1 Absatz 2. Bereits gezahlte Beträge 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 die Allgemeinen und Besonderen Bedingungen für die beantragte Versicherung Anwendung. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse.
- (2) Ein im Antrag für Leistungen im Todesfall festgelegtes Bezugsrecht gilt auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

Verbraucherinformationen zur Überschussermittlung und -beteiligung

- Risikoversicherung

- Restkreditversicherung

- Berufsunfähigkeitsversicherung

- Erwerbsminderungsversicherung

einschließlich Zusatzversicherungen

Verbraucherinformationen zur Überschussermittlung und -beteiligung

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

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

Wie entstehen 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. Ggf. 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 für das Sicherungsvermögen. Bei der Berechnung der Deckungsrückstellung wird ein fester Zinssatz 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.

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 erfolgt die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer?

Die von uns erwirtschafteten Überschüsse kommen zum überwiegenden Teil den Versicherungsnehmern zugute. Der übrige Teil wird an die Aktionäre ausgeschüttet bzw. den Rücklagen

des Unternehmens zugeführt. Die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung legt die Beteiligung der Versicherungsnehmer an den Überschüssen fest. An den Überschüssen aus dem Risiko- und dem Kostenergebnis beteiligen wir die Versicherungsnehmer nach der genannten Verordnung in angemessener Weise. Außerdem stehen den Versicherungsnehmern nach der derzeitigen Fassung der Verordnung mindestens 90 % der Nettoerträge (Bruttoerträge abzüglich Aufwendungen) aus denjenigen Kapitalanlagen zu, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind. Soweit die Versicherungsnehmer diese Erträge nicht über die oben erwähnte Mindestverzinsung erhalten, werden die Erträge für die Überschussbeteiligung verwendet.

Da die verschiedenen Versicherungsarten in unterschiedlichem Umfang zum Überschuss beitragen, fassen wir gleichartige Versicherungen zu Gruppen zusammen. Kriterium für die Bildung einer solchen Gruppe ist vor allem das versicherte Risiko. Danach werden z. B. Risikoversicherungen, Berufsunfähigkeitsversicherungen, Erwerbsminderungsversicherungen, Restkreditversicherungen, kapitalbildende Lebensversicherungen und Rentenversicherungen jeweils eigenen Gruppen, den Abrechnungsverbänden, zugeordnet. Die Verteilung des Überschusses auf die einzelnen Abrechnungsverbände orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben.

Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu. Die Rückstellung darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur ausnahmsweise können wir die Rückstellung im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines Notstandes (z. B. Verlustabdeckung) heranziehen. Hierfür benötigen wir die Zustimmung der Aufsichtsbehörde.

Wie erfolgt die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages?

Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen desjenigen Abrechnungsverbandes, der in Ihren Versicherungsbedingungen genannt ist. Die Mittel für die Überschussanteile werden der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars für das Folgejahr festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Den Geschäftsbericht können Sie bei uns jederzeit anfordern.

Nähere Informationen zu den Bemessungsgrößen der einzelnen Überschussanteile finden Sie in den "Bestimmungen zur Überschussbeteiligung", die Bestandteil unserer Bedingungen sind.

Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann nicht garantiert werden!

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

ALLGEMEINE BEDINGUNGEN ZUR ARBEITSUNFÄHIGKEITSVERSICHERUNG

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
mit den nachfolgenden Bedingungen möchten wir Sie über die Regelungen informieren, die für dieses Vertragsverhältnis gelten.

§ 1 Versicherungsumfang

1. Was ist Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

- (1) Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person aufgrund von Krankheit oder Unfall ihre zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund
 - a) vorübergehend nicht mehr ausüben kann, sie auch nicht ausübt, oder
 - b) für die vereinbarte Restlaufzeit dieses Versicherungsvertrages dauerhaft zu mindestens 50 Prozent nicht mehr ausüben kann und auch keine andere, ihrer bisherigen wirtschaftlichen und sozialen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit ausüben kann.

Der Versicherungsfall gilt mit dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit als eingetreten. Eine während der Behandlung neu eingetretene und behandelte Krankheit oder Unfallfolge, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, begründet nur dann einen neuen Versicherungsfall, wenn sie mit der ersten Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang steht.

- (2) Bei einer selbstständigen Tätigkeit oder bei Angestellten mit Unternehmensleitungsbefugnis (z. B. Geschäftsführer) ist für eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Nr. 1. (1) b zusätzlich nachzuweisen, dass die versicherte Person auch bei möglicher und zumutbarer betrieblicher Umorganisation zu mindestens 50 Prozent außerstande sein wird, ihrer zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Zumutbar ist eine Umorganisation (z. B. durch eine qualifizierte Vertreterregelung), wenn sie für das Unternehmen betrieblich zweckmäßig und nicht mit wesentlich höheren Personalkosten verbunden ist und die versicherte Person bei einem Wechsel des Aufgabengebietes eine unternehmensleitende Stellung behält, die der bisherigen wirtschaftlichen und sozialen Lebensstellung entspricht.
- (3) Die Arbeitsunfähigkeit ist uns durch eine Bescheinigung eines in Deutschland zugelassenen und praktizierenden Arztes unter Angabe der genauen Krankheitsbezeichnung nachzuweisen.

2. Welche Leistung erbringt die Versicherung?

- (1) Im Versicherungsfall zahlen wir nach Maßgabe dieser Bedingungen die im Versicherungsvertrag ausgewiesene Versicherungssumme (versicherte Rate). Für jeden nachgewiesenen Monat der Arbeitsunfähigkeit erbringen wir jeweils rückwirkend die versicherte Leistung.
- (2) Der Anspruch auf Zahlung der Versicherungssumme entsteht bei andauerndem Fortbestand der Arbeitsunfähigkeit mit Ablauf einer Karenzzeit, wird jedoch nicht vor Beendigung der zur Feststellung notwendigen Erhebungen fällig. Die Karenzzeit beträgt 42 Tage ab dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit. Mit Eintritt jedes weiteren Versicherungsfalls beginnt die Karenzzeit erneut. § 1 Nr. 2 (3) bleibt davon unberührt.
- (3) Wird uns ein Versicherungsfall später als drei Monate nach Eintritt in Textform mitgeteilt, so entsteht bei andauerndem Fortbestand der Anspruch auf die Versicherungsleistung erst mit dem Beginn des Monats der Mitteilung.
- (4) Sofern mehrere Versicherungsfälle gleichzeitig bestehen (z. B. bei gleichzeitiger Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit), wird für diesen Zeitraum die Versicherungssumme gemäß Absatz 1 insgesamt nur einmal erbracht.
- (5) Der Anspruch auf Versicherungsleistung für Arbeitsunfähigkeit gemäß Nr. 2 (1) erlischt, wenn die Arbeitsunfähigkeit endet oder mit Beendigung des Versicherungsvertrages gemäß § 3 Nr. 3.
- (6) Hält sich die versicherte Person länger als drei Monate ununterbrochen außerhalb der europäischen Gebiete der Mitgliedstaaten der Europäischen Union oder der Schweiz auf, besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, solange dieser Aufenthalt andauert.

3. In welchen Fällen von Arbeitsunfähigkeit ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- (1) Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf die der versicherten Person bekannten und in Satz 3 namentlich benannten schweren Erkrankungen, wegen derer sie in den letzten 12 Monaten vor Antragsunterzeichnung ärztlich beraten oder behandelt wurde. Diese Einschränkung gilt nur, wenn der Versicherungsfall innerhalb der ersten 24 Monate nach Antragsunterzeichnung eintritt und mit einer schweren Erkrankung gemäß Satz 1 in ursächlichem Zusammenhang steht.

Schwere Erkrankungen im Sinne dieser Klausel sind ausschließlich: Krebserkrankung, Herzinfarkt, koronare Herzerkrankung, Angina Pectoris, Hirninfarkt, Hirnblutung, psychische Erkrankungen, Epilepsie, Multiple Sklerose, Diabetes mellitus Typ I und II, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, allergisches Asthma und Asthma bronchiale, Schlafapnoe, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Hepatitis A, B, C, Bandscheibenvorfall, Spinalkanalstenose, Meniskusriß, Gonarthrose, Koxarthrose, Gelenkschaden mit Implantateinsatz, Fibromyalgie.

Wird mit uns nachträglich eine Erhöhung der Versicherungsleistung vereinbart, so gilt Absatz 1 entsprechend nur für den Erhöhungsbetrag.

- (2) Keine Versicherungsleistung wird gezahlt bei Arbeitsunfähigkeit verursacht durch:
 - a) Krankheiten, Kräfteverfall und Selbstverletzungen, die auf Vorsatz beruhen, sowie versuchte Selbsttötung und vorsätzlich herbeigeführte Unfälle einschließlich ihrer Folgen. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;

- b) Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht oder durch innere Unruhen verursacht wurden, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- c) Krankheiten und Unfallfolgen durch Sucht (z. B. Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch) oder die auf eine durch Alkohol- oder Drogenkonsum bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind, sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- d) Strahlung, Kontamination oder radioaktive Einwirkungen, egal aus welcher Quelle;
- e) die vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;
- f) Unfälle als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt wird, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges, bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit oder bei der Benutzung von Raumfahrzeugen;
- g) Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

Außerdem sind Leistungen während des Mutterschutzes (vgl. MuSchG § 3 Nr. 2 und § 6 Nr. 1) sowie während der Elternzeit (vgl. BEEG §§ 15 ff.) im dort nach der jeweils gültigen Fassung geregelten zeitlichen Umfang ausgeschlossen.

4. Nicht versicherbare Personen

Nicht versicherbar sind solche Personen, die auf Dauer keine Berufstätigkeit ausüben. Der für nicht versicherbare Personen entrichtete Beitrag für die Arbeitsunfähigkeitsversicherung ist von uns zurückzuzahlen.

§ 2 Versicherungsfall

1. Wie wird der Versicherungsfall gemeldet und welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten?

- (1) Der Eintritt des Versicherungsfalles ist uns spätestens nach Ablauf der Karenzzeit unverzüglich in Textform anzuzeigen. Für die Geltendmachung sind die hierfür bestimmten Meldeformulare zu verwenden, die von uns oder über den Vermittler bezogen werden können. Zusammen mit den Meldeformularen sind uns die benötigten und durch uns angeforderten Nachweise einzureichen.
- (2) Ansprüche auf monatliche Folgezahlungen sind im Falle des § 1 Nr. 1 (1) a innerhalb von 90 Tagen für jeden Monat, für den eine Versicherungsleistung beansprucht wird, erneut geltend zu machen. Entsprechende Folgeformulare werden von uns mit der Auszahlung der Versicherungsleistung zur Verfügung gestellt. Die benötigten und durch uns angeforderten Nachweise sind mit einzureichen.

2. Wer trägt die Kosten für die benötigten Nachweise?

- (1) Die benötigten Unterlagen (§ 2 Nr. 1) sind auf Kosten des Anspruchstellers einzureichen.
- (2) Wir können - dann allerdings auf unsere Kosten - weitere Nachweise, auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen, sowie zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen oder ärztliche Untersuchungen verlangen. Dabei werden jedoch etwaige Kosten, die der versicherten Person durch eine Anreise aus dem Ausland entstehen, nicht von uns erstattet.

3. Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?

- (1) Wird eine Obliegenheit nach Nr. 1 vorsätzlich verletzt, so sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in dem Verhältnis zu kürzen, das der Schwere des Verschuldens entspricht. Das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit ist uns nachzuweisen.
- (2) Außer im Falle einer arglistigen Obliegenheitsverletzung sind wir jedoch zur Leistung verpflichtet, soweit uns nachgewiesen wird, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistung ursächlich ist.
- (3) Wird eine nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehende Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit verletzt, so sind wir nur dann vollständig oder teilweise leistungsfrei, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 3 Versicherungsdauer

1. Wann beginnt die Versicherung?

Die Versicherung beginnt vorbehaltlich der Regelungen des § 4 zu dem im Versicherungsantrag angegebenen Zeitpunkt, jedoch nicht vor Ablauf der Wartezeit (vgl. § 3 Nr. 2).

2. Welche Wartezeit gilt es zu beachten?

- (1) Für Versicherungsfälle, die vor Ablauf einer Wartezeit eintreten, werden keine Leistungen erbracht. Wird mit uns nachträglich eine Erhöhung der Versicherungssumme vereinbart bzw. diese Leistungsart später zuge-

wählt, so gilt Satz 1 entsprechend nur für den Erhöhungsbetrag bzw. die zugewählte Leistungsart.

- (2) Die Wartezeit beträgt 90 Tage und beginnt mit dem im Antrag genannten Versicherungsbeginn.
- (3) Wird die Versicherung zeitgleich mit einer abzusichernden Finanzierung beantragt, entfällt die Wartezeit. Die Wartezeit entfällt außerdem, wenn die Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall der versicherten Person hervorgerufen wird.

3. Wann endet die Versicherung?

- (1) Der Vertrag wird für die im Versicherungsvertrag angegebene Zeit abgeschlossen.
 - a) Ein Versicherungsverhältnis, das für eine Dauer von mehr als drei Jahren eingegangen wurde, kann zum Ende des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten gekündigt werden.
 - b) Gemäß Absatz a) kann auch nur die Kündigung des Risikos Arbeitslosigkeit verlangt werden, sofern dieses bei Vertragsschluss mit beantragt wurde.
- (2) Nach dem Eintritt eines Versicherungsfalles kann jede Vertragspartei den Versicherungsvertrag kündigen. Die Kündigung ist in Textform zu erklären. Sie muss der anderen Vertragspartei spätestens einen Monat nach Auszahlung oder Ablehnung der Leistung zugegangen sein.
- (3) Die Versicherung endet ggf. auch vorzeitig mit Ablauf des Monats, in dem das versicherte Interesse nach dem Beginn der Versicherung wegfällt, u. a. bei:
 - a) Beendigung des abgesicherten Finanzierungsvertrags, worunter auch das Wirksamwerden einer vorzeitigen Kündigung nebst Gesamtfälligkeit zu verstehen ist;
 - b) Ableben der versicherten Person.
 Darüber hinaus endet die Versicherung mit Beendigung einer ggf. tariflich zugrunde liegenden Todesfallversicherung.
 Diese Veränderungen sind uns durch die versicherte Person bzw. ihre Erben in Textform anzuzeigen.
- (4) Im Falle einer vorzeitigen Beendigung des Versicherungsvertrages steht dem Versicherer der Beitragsanteil zu, den er hätte beanspruchen können, wenn die Versicherung nur bis zu dem Zeitpunkt beantragt worden wäre, zu dem der Versicherer vom Beendigungsgrund Kenntnis erlangt hat (§ 80 Abs. 2 VVG).

§ 4 Versicherungsbeitrag

1. Wie ist der Versicherungsbeitrag zu zahlen?

Die Beiträge zu dieser Versicherung werden in einem einzigen Beitrag (Einmalbeitrag) entrichtet.

Die Zahlung kann auch an den Versicherungsvermittler erfolgen, sofern dies mit uns im Versicherungsantrag vereinbart wurde.

2. Wann ist der Beitrag zu zahlen und was geschieht, wenn dieser nicht rechtzeitig gezahlt wird?

- (1) Der Beitrag ist - unabhängig von dem Bestehen eines Widerrufsrechts - nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem im Versicherungsantrag angegebenen Versicherungsbeginn.
- (2) Wird der Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt, so sind wir berechtigt, solange die Zahlung noch nicht bewirkt ist, vom Vertrag zurückzutreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass der Beitragspflichtige die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten hat.
- (3) Ist der Beitrag bei Eintritt eines Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, so sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass der Beitragspflichtige die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.

3. Wann kann der Versicherungsbeitrag angepasst werden?

- (1) Eine Beitragsanpassung führen wir durch, wenn dies aus versicherungstechnischen Gründen auf Basis einer Neukalkulation notwendig ist. Notwendig ist eine solche Neukalkulation nur bei einer dauerhaften und nicht vorhersehbaren Veränderung des Bruttoschadenbedarfs für gleichartige Risiken, der sich aus dem direkt zurechenbaren Schadenaufwand und den damit verbundenen Kosten zusammensetzt. Unternehmensübergreifende Daten dürfen für den Fall herangezogen werden, dass eine ausreichende Grundlage unternehmenseigener Daten nicht zur Verfügung steht.

Für Teile des Gesamtbestandes, die nach objektiven, risikobezogenen Kriterien abgrenzbar sind (wie z. B. Arbeiter und Angestellte, Selbstständige), kann zur Ermittlung des Anpassungsbedarfs mittels mathematisch-statistischer Verfahren eine Zusammenfassung erfolgen und für diese gesondert kalkuliert werden.

Die Voraussetzungen für eine Beitragsanpassung werden von einem Aktuar geprüft und bestätigt.

- (2) Im Falle der Erhöhung sind wir berechtigt, im Falle der Ermäßigung verpflichtet, den Beitrag für bestehende Versicherungsverträge anzupassen. Im Falle der Erhöhung ist diese begrenzt auf einen vergleichbaren Versicherungsschutz im Neugeschäft, höchstens jedoch 30 Prozent.

Bei Einmalbeitragsversicherungen erfolgt eine Beitragsanpassung in Form einer Nachberechnung bzw. Rückvergütung. Der Versicherungsnehmer kann jedoch die Fortsetzung der Versicherung ohne Nachberechnung bzw. Rückvergütung verlangen, dafür aber mit entsprechend verringerten bzw. erhöhten Versicherungsleistungen.

Liegt die Veränderung unter fünf Prozent, entfällt eine Beitragsangleichung. Diese Veränderung ist jedoch in den folgenden Jahren zu berücksichtigen.

- (3) Auf eine Anpassung des Beitrags weisen wir (z. B. mit der Beitragsrechnung) hin, bei einer Erhöhung einen Monat vor Wirksamwerden.

Der Versicherungsvertrag kann innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung einer Beitragserhöhung in Textform gekündigt oder eine Umstellung auf einen Tarif des Neugeschäftes mit den entsprechenden Bedingungen verlangt werden.

Die Kündigung kann frühestens zu dem Zeitpunkt erfolgen, in dem die Erhöhung des Beitrags wirksam werden soll.

Weitere Bestimmungen

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

- (1) Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets in Textform erfolgen. Für uns bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie uns zugegangen sind.
- (2) Eine Änderung der Anschrift ist uns unverzüglich mitzuteilen. Andernfalls können Nachteile für den Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person entstehen, da eine an ihn zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an die uns zuletzt bekannte Anschrift gesandt werden kann; unsere Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen.
- (3) Bei einer Namensänderung gilt Nr. 2 entsprechend.
- (4) Hält sich der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person für längere Zeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland auf, sollte uns eine im Inland ansässige Person benannt werden, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen entgegenzunehmen.

§ 6 Wann können die Versicherungsbedingungen angepasst werden?

- (1) Ist eine Bestimmung in diesen Versicherungsbedingungen durch höchststrichliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, so können wir sie durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrages notwendig ist.
- (2) Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange des Versicherungsnehmers und der versicherten Person angemessen berücksichtigt.
- (3) Auf die notwendige Änderung der Versicherungsbedingungen weisen wir in Textform hin. Die neue Regelung nach Nr. 1 wird zwei Wochen nach dem Hinweis auf die Änderung und die hierfür maßgeblichen Gründe Vertragsbestandteil.

§ 7 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren nach drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches. Ist ein Anspruch auf Versicherungsleistung angezeigt worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem unsere Entscheidung dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

§ 8 Welches Recht findet auf den Vertrag Anwendung?

Auf den Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 9 Welches Gericht ist zuständig?

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (2) Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer müssen bei dem Gericht erhoben werden, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

ALLGEMEINE BEDINGUNGEN ZUR ARBEITSLOSIGKEITSVERSICHERUNG

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
mit den nachfolgenden Bedingungen möchten wir Sie über die Regelungen informieren, die für dieses Vertragsverhältnis gelten.

§ 1 Versicherungsumfang

1. Was ist Arbeitslosigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

- (1) Eine Arbeitslosigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person
 - a) ein versichertes Beschäftigungsverhältnis aufgrund einer Kündigung oder unwiderruflichen Freistellung durch den Arbeitgeber, die nicht in dem Verhalten der versicherten Person begründet liegt, verliert und für die Arbeitsvermittlung zur Verfügung steht. Versichert ist zudem eine einvernehmliche Aufhebung des Arbeitsverhältnisses im Rahmen der vergleichsweise Erledigung des Kündigungsschutzprozesses oder zur Abwendung einer betriebsbedingten Kündigung.
 - b) eine versicherte selbstständige Tätigkeit aus wirtschaftlichem Grund oder wegen Insolvenz einstellt. Ein wirtschaftlicher Grund im Sinne dieser Bedingungen ist bereits dann gegeben, wenn das Einkommen vor Steuern aus der aufgegebenen selbstständigen Tätigkeit in den letzten 6 Monaten vor der Aufgabe negativ oder im Monatsdurchschnitt geringer als 20 Prozent zzgl. 5 Prozent je unterhaltspflichtiger Person der im Zeitpunkt der Aufgabe aktuellen, für den Wohnsitz maßgeblichen Jahresbeitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI) war.
- (2) Während der Arbeitslosigkeit muss die versicherte Person bei der Agentur für Arbeit¹ arbeitslos gemeldet sein, zur Vermittlung zur Verfügung stehen, sich aktiv um Arbeit bemühen und darf währenddessen nicht gegen Entgelt tätig sein. Ein Nebeneinkommen gemäß den Regelungen der geringfügig entlohnten Beschäftigung (§ 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV) zählt nicht als Tätigkeit gegen Entgelt.
- (3) Der Versicherungsfall gilt entweder mit dem Zeitpunkt des Zugangs der Kündigung, der unwiderruflichen Freistellung oder mit dem Datum des Abschlusses der Aufhebungsvereinbarung als eingetreten. Bei mehreren Ereignissen ist das zuerst eintretende maßgeblich.

Bei einer selbstständigen Tätigkeit gilt der Versicherungsfall mit dem Zeitpunkt der Einstellung aus wirtschaftlichem Grund, zu dem die erste Aktivität zur Einstellung der selbstständigen Tätigkeit (z. B. Gewerbeabmeldung, Kündigung der angemieteten Geschäftsräume, Verkauf von gewerblich genutzten Gegenständen) vorgenommen wird, im Falle der Insolvenz mit dem Datum der Feststellung der Zahlungsunfähigkeit bzw. Überschuldung gemäß §§ 17-19 InsO als eingetreten.

Für die Berechnung der Wartezeit (vgl. § 3 Nr. 2 AVB) ist der in diesem Absatz genannte Zeitpunkt des Eintritts eines Versicherungsfalles maßgeblich.

2. Welche Leistung erbringt die Versicherung?

- (1) Im Versicherungsfall zahlen wir nach Maßgabe dieser Bedingungen die im Versicherungsvertrag ausgewiesene Versicherungssumme (versicherte Rate). Für jeden nachgewiesenen Monat der Arbeitslosigkeit erbringen wir jeweils rückwirkend die versicherte Leistung.
 - (2) Der Anspruch auf Zahlung der Versicherungssumme entsteht bei andauerndem Fortbestand der Arbeitslosigkeit mit Ablauf einer Karenzzeit, wird jedoch nicht vor Beendigung der zur Feststellung notwendigen Erhebungen fällig. Die Karenzzeit beträgt 60 Tage ab dem ersten Tag der Arbeitslosigkeit. Mit Eintritt jedes weiteren Versicherungsfalles beginnt die Karenzzeit erneut. § 1 Nr. 2 (3) bleibt davon unberührt.
 - (3) Wird uns ein Versicherungsfall später als drei Monate nach Eintritt in Textform mitgeteilt, so entsteht bei andauerndem Fortbestand der Anspruch auf die Versicherungsleistung erst mit dem Beginn des Monats der Mitteilung.
 - (4) Sofern mehrere Versicherungsfälle gleichzeitig bestehen (z. B. bei gleichzeitiger Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit), wird für diesen Zeitraum die Versicherungssumme gemäß Absatz 1 insgesamt nur einmal erbracht.
 - (5) Der Anspruch auf Versicherungsleistung gemäß Nr. 2 (1) erlischt – auch rückwirkend –, wenn die Arbeitslosigkeit endet, die vereinbarte Leistungsdauer abläuft oder mit Beendigung des Versicherungsvertrages gemäß § 3 Nr. 3.
 - (6) Mehrfache Arbeitslosigkeit ist versichert. Im Falle einer erneuten Arbeitslosigkeit müssen die Voraussetzungen gemäß Nr. 4 erfüllt sein, um einen erneuten Anspruch wegen Arbeitslosigkeit geltend machen zu können.
- Erfüllt eine Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit, die unmittelbar einem im Sinne dieser Bedingungen anerkannten Fall der Arbeitslosigkeit folgt, diese Voraussetzungen nicht, erbringen wir nur Leistungen für die nicht verbrauchte Leistungsdauer des vorherigen Versicherungsfalles.
- (7) Hält sich die versicherte Person länger als drei Monate ununterbrochen außerhalb der europäischen Gebiete der Mitgliedstaaten der Europäischen Union oder der Schweiz auf, besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, solange dieser Aufenthalt fort dauert.

3. In welchen Fällen von Arbeitslosigkeit ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Es wird keine Versicherungsleistung erbracht, wenn

- (1) die Arbeitslosigkeit unmittelbar oder mittelbar auf kriegerische Ereignisse, innere Unruhen, vorsätzlich herbeigeführte Krankheiten, Kräfteverfall, Selbstverletzung, Unfälle einschließlich ihrer Folgen, versuchte Selbsttötung und Sucht (z. B. Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch) sowie Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren zurückzuführen ist oder

- (2) bei Vertragsabschluss die versicherte Person bereits Kenntnis von der bevorstehenden Beendigung der versicherten Tätigkeit hatte bzw. bei Beginn des Versicherungsschutzes bereits ein gerichtliches Verfahren im Zusammenhang mit dem Arbeitsverhältnis rechtshängig war oder
- (3) die Arbeitslosigkeit auf ein Beschäftigungsverhältnis bei einem Ehepartner, einem eingetragenen Lebenspartner, einem Partner, mit dem die versicherte Person in eheähnlicher Gemeinschaft lebt, oder einem in direkter Linie Verwandten sowie Verwandten zweiten Grades bzw. bei einem Unternehmen, das von dem zuvor genannten Personenkreis oder von der versicherten Person selbst beherrscht wird (mehr als 50 Prozent der Geschäftsanteile), folgt. Hiervon ausgenommen besteht Versicherungsschutz, wenn es sich um eine betriebsbedingte Kündigung handelt und innerhalb von zwei Wochen zumindest ein weiterer Arbeitnehmer ebenfalls von einer solchen Kündigung betroffen ist, bei dem die besonderen Voraussetzungen im Hinblick auf das Beschäftigungsverhältnis im Sinne des vorhergehenden Absatzes nicht vorliegen.
- (4) die Arbeitslosigkeit durch Ablauf eines befristeten Arbeitsvertrages eingetreten ist.

4. Welche Tätigkeiten sind im Rahmen dieser Bedingungen versichert?

- (1) Ein versicherbares Beschäftigungsverhältnis liegt vor, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt der Kündigung, Freistellung bzw. der Aufhebung länger als 6 Monate ohne Unterbrechung bei ein und demselben Arbeitgeber einer bezahlten Beschäftigung von mindestens 15 Stunden pro Woche nachgeht. Die Beschäftigung muss der Beitragspflicht zur Agentur für Arbeit¹ unterliegen. Ausgeschlossene Beschäftigungsverhältnisse sind Saisonarbeiten sowie Arbeiten, die eine der in § 1 Abs. 2 Schwarzarbeitsgesetz genannten Voraussetzungen für Schwarzarbeit erfüllen.
- (2) Eine versicherbare selbstständige Tätigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person aus einer nicht sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit (z. B. Gewerbe oder freier Beruf) seinen Lebensunterhalt erwirtschaftet. Der Lebensunterhalt gilt nur dann als aus selbstständiger Tätigkeit erwirtschaftet, wenn während der Betrachtungszeit aus demselben Unternehmen oder Betrieb bei mindestens 2 Einkommensteuerbescheiden ein Jahreseinkommen vor Steuern in Höhe von mindestens 40 Prozent der im jeweiligen Steuerjahr gültigen Jahresbeitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI) erzielt wird. Die Betrachtungszeit umfasst den Zeitraum vom 1. Januar des vorletzten Kalenderjahres vor Beginn des Versicherungsschutzes bis zum 31. Dezember des Kalenderjahres unmittelbar vor Eintritt des Versicherungsfalles.
- (3) Liegen die Voraussetzungen aus Nr. 4. (1) oder 4. (2) nicht vor, ist die versicherte Person nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert; der entrichtete Beitrag ist von uns zurückzuzahlen.

§ 2 Versicherungsfall

1. Wie wird der Versicherungsfall gemeldet und welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten?

- (1) Der Eintritt des Versicherungsfalles ist uns spätestens nach Ablauf der Karenzzeit unverzüglich in Textform anzuzeigen. Für die Geltendmachung sind die hierfür bestimmten Meldeformulare zu verwenden, die von uns oder über den Vermittler bezogen werden können. Zusammen mit den Meldeformularen sind uns die benötigten und durch uns angeforderten Nachweise einzureichen.
- (2) Ansprüche auf monatliche Folgezahlungen sind innerhalb von 90 Tagen für jeden Monat, für den eine Versicherungsleistung beansprucht wird, erneut geltend zu machen. Entsprechende Folgeformulare werden von uns mit der Auszahlung der Versicherungsleistung zur Verfügung gestellt. Die in den benötigten und durch uns angeforderten Nachweise sind mit einzureichen.

2. Wer trägt die Kosten für die benötigten Nachweise?

- (1) Die benötigten Unterlagen (§ 2 Nr. 1) sind auf Kosten des Antragstellers einzureichen.
- (2) Wir können – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere Nachweise, auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen, sowie zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen oder ärztliche Untersuchungen verlangen. Dabei werden jedoch etwaige Kosten, die der versicherten Person durch eine Anreise aus dem Ausland entstehen, nicht von uns erstattet.

3. Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?

- (1) Wird eine Obliegenheit nach Nr. 1 vorsätzlich verletzt, so sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in dem Verhältnis zu kürzen, das der Schwere des Verschuldens entspricht. Das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit ist uns nachzuweisen.
- (2) Außer im Falle einer arglistigen Obliegenheitsverletzung sind wir jedoch zur Leistung verpflichtet, soweit uns nachgewiesen wird, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistung ursächlich ist.
- (3) Wird eine nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehende Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit verletzt, so sind wir nur dann vollständig oder teilweise leistungsfrei, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 3 Versicherungsdauer

1. Wann beginnt die Versicherung?

Die Versicherung beginnt vorbehaltlich der Regelungen des § 4 zu dem im Versicherungsantrag angegebenen Zeitpunkt, jedoch nicht vor Ablauf der Wartezeit (vgl. § 3. Nr. 2).

2. Welche Wartezeit gilt es zu beachten?

Für Versicherungsfälle, die vor Ablauf einer Wartezeit eintreten, werden keine Leistungen erbracht. Wird mit uns nachträglich eine Erhöhung der Versicherungssumme vereinbart, so gilt Satz 1 entsprechend für den Erhöhungsbetrag.

Die Wartezeit beträgt 90 Tage und beginnt mit dem im Antrag genannten Versicherungsbeginn.

Wird die Versicherung nicht zeitgleich mit einer abzusichernden Finanzierung beantragt bzw. diese Leistungsart später zugewählt, verlängert sich die Wartezeit um jeweils 90 Tage.

3. Wann endet die Versicherung?

(1) Der Vertrag wird für die im Versicherungsvertrag angegebene Zeit abgeschlossen.

Ein Versicherungsverhältnis, das für eine Dauer von mehr als drei Jahren eingegangen wurde, kann zum Ende des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten gekündigt werden.

(2) Nach dem Eintritt eines Versicherungsfalles kann jede Vertragspartei den Versicherungsvertrag kündigen. Die Kündigung ist in Textform zu erklären. Sie muss der anderen Vertragspartei spätestens einen Monat nach Auszahlung oder Ablehnung der Leistung zugegangen sein.

(3) Die Versicherung endet ggf. auch vorzeitig mit Ablauf des Monats, in dem das versicherte Interesse nach dem Beginn der Versicherung wegfällt, u. a. bei:

- a) Beendigung des abgesicherten Finanzierungsvertrags, worunter auch das Wirksamwerden einer vorzeitigen Kündigung nebst Gesamtfälligkeit zu verstehen ist;
- b) Ableben der versicherten Person.

Darüber hinaus endet die Versicherung mit Beendigung einer ggf. tariflich zugrunde liegenden Todesfallversicherung.

Diese Veränderungen sind uns durch die versicherte Person bzw. ihre Erben in Textform anzuzeigen.

(4) Im Falle einer vorzeitigen Beendigung des Versicherungsvertrages steht dem Versicherer der Beitragsanteil zu, den er hätte beanspruchen können, wenn die Versicherung nur bis zu dem Zeitpunkt beantragt worden wäre, zu dem der Versicherer vom Beendigungsgrund Kenntnis erlangt hat (§ 80 Abs. 2 VVG).

§ 4 Versicherungsbeitrag

1. Wie ist der Versicherungsbeitrag zu zahlen?

Die Beiträge zu dieser Versicherung werden in einem einzigen Beitrag (Einmalbeitrag) entrichtet.

Die Zahlung kann auch an den Versicherungsvermittler erfolgen, sofern dies mit uns im Versicherungsantrag vereinbart wurde.

2. Wann ist der Beitrag zu zahlen und was geschieht, wenn dieser nicht rechtzeitig gezahlt wird?

(1) Der Beitrag ist – unabhängig von dem Bestehen eines Widerrufsrechts – nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem im Versicherungsantrag angegebenen Versicherungsbeginn.

(2) Wird der Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt, so sind wir berechtigt, solange die Zahlung noch nicht bewirkt ist, vom Vertrag zurückzutreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass der Beitragspflichtige die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten hat.

(3) Ist der Beitrag bei Eintritt eines Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, so sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass der Beitragspflichtige die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.

3. Wann kann der Versicherungsbeitrag angepasst werden?

(1) Eine Beitragsanpassung führen wir durch, wenn dies aus versicherungstechnischen Gründen auf Basis einer Neukalkulation notwendig ist. Notwendig ist eine solche Neukalkulation nur bei einer dauerhaften und nicht vorhersehbaren Veränderung des Bruttoschadenbedarfs für gleichartige Risiken, der sich aus dem direkt zurechenbaren Schadenaufwand und den damit verbundenen Kosten zusammensetzt. Unternehmensübergreifende Daten dürfen für den Fall herangezogen werden, dass eine ausreichende Grundlage unternehmenseigener Daten nicht zur Verfügung steht.

Für Teile des Gesamtbestandes, die nach objektiven, risikobezogenen Kriterien abgrenzbar sind (wie z. B. Arbeiter und Angestellte, Selbstständige), kann zur

Ermittlung des Anpassungsbedarfs mittels mathematisch-statistischer Verfahren eine Zusammenfassung erfolgen und für diese gesondert kalkuliert werden.

Die Voraussetzungen für eine Beitragsanpassung werden von einem Aktuar geprüft und bestätigt.

(2) Im Falle der Erhöhung sind wir berechtigt, im Falle der Ermäßigung verpflichtet, den Beitrag für bestehende Versicherungsverträge anzupassen. Im Falle der Erhöhung ist diese begrenzt auf einen vergleichbaren Versicherungsschutz im Neugeschäft, höchstens jedoch 30 Prozent.

Bei Einmalbeitragsversicherungen erfolgt eine Beitragsanpassung in Form einer Nachberechnung bzw. Rückvergütung. Der Versicherungsnehmer kann jedoch die Fortsetzung der Versicherung ohne Nachberechnung bzw. Rückvergütung verlangen, dafür aber mit entsprechend verringerten bzw. erhöhten Versicherungsleistungen.

Liegt die Veränderung unter fünf Prozent, entfällt eine Beitragsangleichung. Diese Veränderung ist jedoch in den folgenden Jahren zu berücksichtigen.

(3) Auf eine Anpassung des Beitrags weisen wir (z. B. mit der Beitragsrechnung) hin, bei einer Erhöhung einen Monat vor Wirksamwerden.

Der Versicherungsvertrag kann innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung einer Beitragserhöhung in Textform gekündigt oder eine Umstellung auf einen Tarif des Neugeschäftes mit den entsprechenden Bedingungen verlangt werden.

Die Kündigung kann frühestens zu dem Zeitpunkt erfolgen, in dem die Erhöhung des Beitrages wirksam werden soll.

Weitere Bestimmungen

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

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

(2) Eine Änderung der Anschrift ist uns unverzüglich mitzuteilen. Andernfalls können Nachteile für den Versicherungsnehmer bzw. die versicherten Person entstehen, da eine an ihn zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an die uns zuletzt bekannte Anschrift gesandt werden kann; unsere Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen.

(3) Bei einer Namensänderung gilt Nr. 2 entsprechend.

(4) Hält sich der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person für längere Zeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland auf, sollte uns eine im Inland ansässige Person benannt werden, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen entgegenzunehmen.

§ 6 Wann können die Versicherungsbedingungen angepasst werden?

(1) Ist eine Bestimmung in diesen Versicherungsbedingungen durch höchstgerichtliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, so können wir sie durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrages notwendig ist.

(2) Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange des Versicherungsnehmers und der versicherten Person angemessen berücksichtigt.

(3) Auf die notwendige Änderung der Versicherungsbedingungen weisen wir in Textform hin. Die neue Regelung nach Nr. 1 wird zwei Wochen nach dem Hinweis auf die Änderung und die hierfür maßgeblichen Gründe Vertragsbestandteil.

§ 7 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren nach drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches. Ist ein Anspruch auf Versicherungsleistung angezeigt worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem unsere Entscheidung dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

§ 8 Welches Recht findet auf den Vertrag Anwendung?

Auf den Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 9 Welches Gericht ist zuständig?

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer müssen bei dem Gericht erhoben werden, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

¹ Sofern die versicherte Person ihren Wohnsitz in Deutschland hat und ihre Erwerbstätigkeit in einem Anrainerstaat gemäß § 1 Nr. 4 ausübt, muss die Meldung der Arbeitslosigkeit ggf. bei der im jeweiligen Staat zuständigen Behörde erfolgen.