



Allgemeine Bedingungen für die Risikolebensversicherung

Produktlinien: RLV Classic, RLV Premium, RLV Premium Plus,
RLVW Classic, RLVW Premium, RLVW Premium Plus,
RLVF Classic, RLVF Premium, RLVF Premium Plus

RLV 2024.01 V1

In diesen Bedingungen beschreiben wir alle Produktlinien. Regelungen ohne besondere Kennzeichnung durch „Premium Schutz“ oder „Premium Plus Schutz“ gelten für alle Produktlinien. Welche Produktlinie für Ihren Vertrag gilt, finden Sie in den Vertragsunterlagen.

Bitte beachten Sie: Zu Gunsten einer besseren Lesbarkeit sehen wir davon ab, die Sprachformen weiblich, männlich und divers (w/m/d) gleichzeitig zu nennen. Mit unseren Formulierungen wenden wir uns gleichermaßen an alle Geschlechter.

Versicherungsmathematischer Hinweis:

Bei der Tarifikalkulation haben wir eine unternehmensindividuelle, geschlechtsunabhängige Sterbetafel verwendet. Als Rechnungszins haben wir 0,25 % angesetzt.

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Welche Leistungen erbringen wir?
- § 2 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?
- § 3 Wann beginnt und wann endet Ihr Versicherungsschutz?
- § 4 Was gilt bei Polizei- oder Wehrdienst, Unruhen oder Krieg?
- § 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 Was sind die Konditionen für eine vorgezogene Todesfallleistung?
- § 9 Was gilt für die Einmalleistung bei schweren Krankheiten?
- § 10 Wann können Sie den Bau-Bonus in Anspruch nehmen?
- § 11 Wann können Sie den Kinder-Bonus in Anspruch nehmen?
- § 12 Wann können Sie den Hochzeits-Bonus in Anspruch nehmen?
- § 13 Wann können Sie die Verlängerungs-Option in Anspruch nehmen?
- § 14 Unter welchen Voraussetzungen können Sie den Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung erhöhen?
- § 15 Wie können Sie die Risikolebensversicherung nach Tilgungsplan anpassen?
- § 16 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?
- § 17 Wer erhält die Leistung?
- § 18 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
- § 19 Was gilt bei Abschluss einer Start Police?
- § 20 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
- § 21 Wann und mit welchen Folgen können Sie Ihre Versicherung kündigen, Ihren Beitrag reduzieren oder Ihre Versicherung beitragsfrei stellen?
- § 22 Wie verrechnen wir die Kosten Ihrer Versicherung?
- § 23 Was gilt bei Vereinbarung des Nichtraucher tarifs?
- § 24 Was gilt bei Vereinbarung des Raucher tarifs?
- § 25 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?
- § 26 Welche Kosten und Gebühren dürfen wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen?
- § 27 Welches Recht gilt für den Vertrag und welche Sprache ist Vertragssprache?
- § 28 Wo ist der Gerichtsstand?
- § 29 Wann können wir Ihre Beiträge oder Leistungen anpassen?
- § 30 Was gilt bei Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen?
- § 31 Welche Regelungen gelten bei Sonderkonditionen auf Grund einer kollektivrechtlichen Vereinbarung?
- § 32 Was gilt für das Beschwerdemanagement?

§ 1 – Welche Leistungen erbringen wir?

(1) Es besteht weltweiter Versicherungsschutz.

(2) Tarifbeschreibung

Tarif RLV: Risikolebensversicherung

Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme, wenn die versicherte Person während der Dauer dieser Versicherung stirbt.

Tarif RLW: Risikolebensversicherung für zwei

Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme, wenn eine der versicherten Personen während der Dauer dieser Versicherung stirbt. Bei gleichzeitigem Tod beider Versicherten zahlen wir die vereinbarte Versicherungssumme nur einmal.

Tarif RLVF: Risikolebensversicherung nach Tilgungsplan

Wir zahlen die jeweils aktuelle vereinbarte Versicherungssumme, wenn die versicherte Person während der Dauer dieser Versicherung stirbt.

Die Versicherungssumme fällt jährlich. Erstmals fällt die Versicherungssumme zum ersten Versicherungsjahrestag am Ende der gewählten tilgungsfreien Zeit. Ab diesem Zeitpunkt hängt die jeweilige Höhe der Versicherungssumme von den getroffenen Vereinbarungen – unter anderem Zins- und Tilgungssatz – ab. Den bei Vertragsbeginn vereinbarten genauen Verlauf der Versicherungssumme finden Sie in Ihrem Versicherungsschein.

Sie können die jeweils gültige Versicherungssumme anpassen. Weitere Informationen dazu finden Sie in § 15.

(3) Vorgezogene Todesfalleistung

Haben Sie den **Premium Schutz** oder den **Premium Plus Schutz** abgeschlossen, zahlen wir unter bestimmten Voraussetzungen die aktuelle vereinbarte Versicherungssumme bereits vor dem Tod der versicherten Person. Näheres dazu finden Sie in § 8.

(4) Einmalleistung bei schweren Krankheiten

Haben Sie den **Premium Plus Schutz** abgeschlossen, zahlen wir unter bestimmten Voraussetzungen eine einmalige Leistung in Höhe von 10 Prozent der jeweils aktuellen vereinbarten Versicherungssumme, maximal jedoch 10.000 Euro. Näheres dazu finden Sie in § 9.

- (5) Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.
- (6) Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen beteiligen wir Sie an Überschüssen. Dadurch können zusätzliche Leistungen entstehen. Weitere Informationen dazu finden Sie in § 2.

§ 2 – Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

- (1) Wir beteiligen Sie an dem Überschuss und an den Bewertungsreserven. Dies nennen wir Überschussbeteiligung. Die Leistung aus der Überschussbeteiligung kann auch Null Euro betragen.

Nachfolgend beantworten wir Ihnen diese Fragen:

- Wie ermitteln wir den Überschuss des Geschäftsjahres und wie verwenden wir diesen? Lesen Sie dazu Absatz 2.
- Wie beteiligen wir Ihren Vertrag am Überschuss? Lesen Sie dazu die Absätze 3 bis 5.
- Wie entstehen Bewertungsreserven und wie ordnen wir diese Ihrem Vertrag zu? Lesen Sie dazu Absatz 6.
- Wie führen wir die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags konkret durch? Lesen Sie dazu die Absätze 7 und 8.
- Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung Ihres Vertrags nicht garantieren? Lesen Sie dazu Absatz 9.
- Wie informieren wir Sie über die Überschussbeteiligung? Lesen Sie dazu Absatz 10.

Wie ermitteln wir den Überschuss des Geschäftsjahres und wie verwenden wir diesen?

- (2) Den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens (Rohüberschuss) ermitteln wir nach handels- und aufsichtsrechtlichen Vorschriften.

Den für die Überschussbeteiligung festgelegten Teil des Rohüberschusses

- schreiben wir unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungsverträgen gut (Direktgutschrift) oder
- führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) zu (Mindestzuführung).

Dabei beachten wir insbesondere die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung). Nach der aktuell geltenden Fassung kann diese Mindestzuführung zur RfB mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde BaFin in Ausnahmefällen reduziert werden.

Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB)

Die RfB dient vorrangig dazu, Schwankungen der Ertragslage über mehrere Jahre auszugleichen.

Die RfB dürfen wir grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwenden. Nur in gesetzlich festgelegten Ausnahmefällen können wir hiervon mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde abweichen.

Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Überschussbeteiligung Ihres Vertrags ergeben sich weder aus der Zuführung noch aus der Höhe der Rückstellung für Beitragsrückerstattung.

Wie beteiligen wir Ihren Vertrag am Überschuss?

- (3) Gleichartige Versicherungen fassen wir zu einzelnen Bestandsgruppen zusammen. Bestandsgruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen.

Innerhalb einer Bestandsgruppe unterscheiden wir die Überschussbeteiligung je nach Tarif und nach einer gegebenenfalls angewendeten Sonderkondition.

- (4) Den Überschuss verteilen wir auf die einzelnen Bestandsgruppen nach einem verursachungsorientierten Verfahren. Dies bedeutet, dass jede Bestandsgruppe Überschüsse derart erhält, wie sie zur Entstehung von Überschüssen beigetragen hat.

Ihre Versicherung ordnen wir der Bestandsgruppe der Risikolebensversicherungen zu. Den Tarif und eine gegebenenfalls angewendete Sonderkondition finden Sie in Ihrem Versicherungsschein.

Die Höhe der Überschussanteilsätze legen wir jedes Jahr fest. Wir veröffentlichen sie in unserem Geschäftsbericht. Den zu Ihrer Versicherung gehörenden Überschussanteilsatz finden Sie dort unter Ihrem Tarif und Ihrer gegebenenfalls angewendeten Sonderkondition. Den Geschäftsbericht können Sie bei uns anfordern und finden Sie auf unserer Website.

- (5) Der Vorstand legt jedes Jahr die Überschussanteilsätze auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars fest. Dies nennen wir Überschussdeklaration. Dabei unterscheidet er je nach Bestandsgruppe, Tarif und Sonderkondition.

Die für Ihren Vertrag benötigten Mittel werden durch die Direktgutschrift beziehungsweise durch eine Entnahme aus der RfB finanziert.

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

- (6) Wir ermitteln die Bewertungsreserven, indem wir den Marktwert der Kapitalanlagen mit dem Bilanzwert der Kapitalanlagen vergleichen. Ist der Marktwert höher als der Bilanzwert, gibt es Bewertungsreserven.

Da es sich bei dieser Versicherung um eine Risikoversicherung handelt, stehen keine oder nur geringfügige Beträge zur Verfügung, um Kapital zu bilden. Dadurch entstehen auch keine oder nur geringfügige Bewertungsreserven.

Wir ordnen die Bewertungsreserven den berechtigten Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig rechnerisch zu. Voraussetzung dafür ist:

- Es entstehen Bewertungsreserven.
- Die Bewertungsreserven sind nach gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen.

Die Höhe der Bewertungsreserven ermitteln wir jährlich neu. Zusätzlich ermitteln wir diesen Wert für den Zeitpunkt der Beendigung eines Vertrags.

Wie führen wir die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags konkret durch?

(7) 1. Laufende Überschussanteile

Versicherungen mit gleichbleibender Versicherungssumme und laufender Beitragszahlung erhalten laufende Risikoüberschussanteile. Wir teilen diese zu jeder Fälligkeit des Beitrags zu.

Den Risikoüberschuss berechnen wir in Prozent der Summe der Risiko-, Spar- und Kostenbeiträge einer Versicherungsperiode. Eventuelle Risikozuschläge oder Zusatzbeiträge für Zusatzversicherungen berücksichtigen wir dabei nicht.

2. Beteiligung an Bewertungsreserven

Zusätzlich teilen wir Ihrem Vertrag bei Beendigung den für diesen Zeitpunkt aktuell zugeordneten Anteil an den Bewertungsreserven zu. Dabei halten wir uns an die jeweils geltende gesetzliche Regelung. Aktuell sieht § 153 Absatz 3 VVG eine Beteiligung in Höhe der Hälfte der zugeordneten Bewertungsreserven vor.

Die Höhe der Bewertungsreserven ist von der Wertentwicklung der Kapitalanlagen abhängig und ist Schwankungen unterworfen. Sie kann demnach auch Null sein. Außerdem können aufsichtsrechtliche Regelungen dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

- (8) Die Überschussbeteiligung ist abhängig davon, ob Sie Beiträge zahlen:
- Im Zeitabschnitt, in dem Sie Beiträge zahlen, werden die laufenden Überschussanteile mit den laufenden Beiträgen verrechnet.
 - Im Zeitabschnitt, in dem Sie keine Beiträge zahlen, besteht die Überschussbeteiligung aus einem Todesfallbonus.

Den Todesfallbonus geben wir in Prozent der jeweiligen Versicherungssumme an. Wir veröffentlichen ihn jährlich im Geschäftsbericht. Der Todesfallbonus wird fällig

- bei Tod der versicherten Person oder
- mit der vorgezogenen Todesfallleistung. Dabei gilt der Todesfallbonus zum Zeitpunkt des Antrags auf vorgezogene Todesfallleistung.

Ihr Todesfallbonus reduziert sich, wenn wir die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags während der Vertragsdauer absenken. In diesem Fall können Sie Ihre Versicherungssumme gegen eine Erhöhung Ihres Beitrags entsprechend anpassen. Dabei entfällt eine erneute Risikoprüfung. Möchten Sie Ihr Recht zur Anpassung nutzen, müssen Sie uns dies innerhalb von sechs Monaten, nachdem wir Sie auf die Überschusssenkung hingewiesen haben, in Textform mitteilen.

Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

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

Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung können wir also nicht garantieren. Sie kann jeweils auch Null Euro betragen.

Wie informieren wir Sie über die Überschussbeteiligung?

- (10) Wir veröffentlichen jährlich im Geschäftsbericht:

- den Überschuss und die zum Bilanzstichtag vorhandenen Bewertungsreserven des Unternehmens. Diese Werte ermitteln wir nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches (HGB).
- die festgelegten Überschussanteilsätze. Die zu Ihrer Versicherung gehörenden Überschussanteilsätze finden Sie dort unter Ihrem Tarif und Ihrer gegebenenfalls angewendeten Sonderkondition.

Den Geschäftsbericht können Sie bei uns anfordern. Sie finden ihn auch auf unserer Website.

Über den Stand Ihrer Ansprüche informieren wir Sie jährlich. Dabei berücksichtigen wir die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags.

§ 3 – Wann beginnt und wann endet Ihr Versicherungsschutz ?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie den Vertrag mit uns abgeschlossen haben. Vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung besteht kein Versicherungsschutz. Unsere Leistungspflicht kann entfallen, wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen. Das heißt, Sie können in diesem Fall Ihren Versicherungsschutz verlieren. Weitere Informationen finden Sie in § 18 Absatz 2 und 3 sowie § 20.

Ihre Versicherung beginnt um 0.00 Uhr des ersten Tages und endet um 24.00 Uhr des letzten Tages der vereinbarten Dauer des Vertrags.

§ 4 – Was gilt bei Polizei- oder Wehrdienst, Unruhen oder Krieg?

- (1) Unsere Leistungspflicht gilt grundsätzlich unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht.

Wir leisten auch in den folgenden Fällen:

- Die versicherte Person stirbt in Ausübung des Polizei- oder Wehrdienstes.
 - Die versicherte Person stirbt bei inneren Unruhen.
- (2) Stirbt die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen, besteht kein Versicherungsschutz.

Dieser Ausschluss gilt in folgendem Fall nicht: Die versicherte Person war kriegerischen Auseinandersetzungen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und nicht aktiv an ihnen beteiligt.

§ 5 – Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?

- (1) Bei vorsätzlicher Selbsttötung leisten wir, wenn seit Abschluss des Vertrags drei Jahre vergangen sind.
- (2) Bei vorsätzlicher Selbsttötung vor Ablauf der dreijährigen Frist besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn uns Folgendes nachgewiesen wird:

Die Tat wurde in einem den freien Willen ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen.

- (3) Wurde die Leistungspflicht durch eine Änderung des Vertrags erweitert oder wieder in Kraft gesetzt, beginnt die dreijährige Frist neu. Die neue Frist bezieht sich dann nur auf den geänderten Teil des Vertrags.

§ 6 – Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

- (1) Um unsere Tarife angemessen und fair zu berechnen, müssen wir auf bestimmte Risiken achten. Um die Risiken in Erfahrung zu bringen, stellen wir Fragen nach gefahrerheblichen Umständen. Umstände sind gefahrerheblich, wenn sie für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, von Bedeutung sind. Sie haben die Pflicht, uns die Fragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Diese Pflicht heißt Anzeigepflicht. Nachdem Sie die Fragen im Antrag beantwortet haben, reichen Sie den Antrag bei uns ein. Dieses nennen wir „Abgabe der Vertragserklärung“. Wir prüfen die Vertragserklärung und stellen Ihnen gegebenenfalls weitere Fragen.

Die Anzeigepflicht gilt für Fragen, die wir Ihnen vor und nach Ihrer Vertragserklärung in Textform stellen. Sie schließt gefahrerhebliche Umstände ein, die erst nach Ihrer Vertragserklärung eintreten. Die Pflicht zur Beantwortung der Fragen zur Anzeigepflicht endet mit der „Annahme des Vertrags“.

- (2) Soll das Leben einer anderen Person versichert werden, muss auch diese unsere Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- (3) Im folgenden Fall werden Sie behandelt, als hätten Sie selbst von den gefahrerheblichen Umständen Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt:
- Eine andere Person hat die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet.
 - Diese Person kennt den gefahrerheblichen Umstand oder handelt arglistig.

Rechtsfolgen der Verletzung der Anzeigepflicht

- (4) Bei einer Verletzung der Anzeigepflicht haben wir grundsätzlich folgende Möglichkeiten:
- Wir können vom Vertrag zurücktreten.
 - Wir können den Vertrag kündigen.
 - Wir können den Vertrag ändern.
 - Wir können den Vertrag anfechten.
- Im Folgenden informieren wir Sie, welche der Möglichkeiten wann in Betracht kommt.

Rücktritt

- (5) Wird die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt, können wir vom Vertrag zurücktreten.

Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie uns Folgendes nachweisen:

- Die vorvertragliche Anzeigepflicht ist nicht vorsätzlich verletzt worden.
- Die vorvertragliche Anzeigepflicht ist nicht grob fahrlässig verletzt worden.

Wenn Sie uns einen der folgenden Punkte nachweisen, können wir bei einer grob fahrlässigen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nicht zurücktreten:

- Wir hätten den Vertrag auch bei Kenntnis der uns nicht mitgeteilten Umstände geschlossen.
- Wir hätten den Vertrag zu anderen Bedingungen geschlossen.

- (6) Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn wir vom Vertrag zurücktreten.

Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalles zurück, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung trotzdem bestehen: Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der

- nicht den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles und
- nicht die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht verursacht hat.

Unsere Leistungspflicht entfällt im vorstehend genannten Fall, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt wurde.

- (7) Der Vertrag endet, ohne dass ein Rückkaufswert anfällt, wenn er durch Rücktritt aufgehoben wird. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

- (8) Beruht die Verletzung der Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit, ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen. In diesem Fall können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Haben Sie die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten, verzichten wir auf unser Kündigungsrecht.
- (9) Wir können nicht kündigen, wenn Sie uns einen der folgenden Punkte nachweisen:
- Wir hätten den Vertrag auch bei Kenntnis der uns nicht mitgeteilten Umstände geschlossen.
 - Wir hätten den Vertrag zu anderen Bedingungen geschlossen.
- (10) Kündigen wir die Versicherung, wird sie zu einer beitragsfreien Versicherung. Die Grundsätze zur Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung können Sie in § 21 Absätze 3 bis 9 dieser Bedingungen nachlesen.

Vertragsanpassung

- (11) Hätten wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände geschlossen, wenn auch zu anderen Bedingungen, können wir nicht zurücktreten oder kündigen. Die anderen Bedingungen werden jedoch dann auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten, verzichten wir auf unser Recht, den Vertrag zu anderen Bedingungen fortzuführen.
- (12) Nachdem Sie unsere Mitteilung über die Anpassung des Vertrags erhalten haben, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats fristlos kündigen. Dieses Recht auf Kündigung besteht nur, wenn die Anpassung des Vertrags zu einer der folgenden Änderungen führt:
- Der Beitrag erhöht sich um mehr als 10 %.
 - Der Versicherungsschutz für einen nicht angezeigten Umstand wird ausgeschlossen.

Auf dieses Kündigungsrecht werden wir Sie in der Mitteilung über die Anpassung des Vertrags hinweisen.

Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

In den folgenden Absätzen 13 bis 16 sind mit Rechten stets die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung nach den Absätzen 5 bis 12 gemeint.

- (13) Unsere Rechte stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht hingewiesen haben.
- (14) Wir haben keines der Rechte, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
- (15) Innerhalb eines Monats müssen wir unsere Rechte schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem uns die Verletzung der Anzeigepflicht bekannt wird, die das von uns geltend gemachte Recht begründet. 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 Vertragsabschluss erlöschen unsere Rechte. 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, so können wir Ihnen gegenüber den Vertrag anfechten, auch wenn Sie die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nicht kannten. Absatz 7 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

- (18) Die Absätze 1 bis 17 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert oder wiederhergestellt wird. Die Fristen nach Absatz 16 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung des Vertrags bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

Erklärungsempfänger

- (19) Unsere Rechte nach den Absätzen 5 bis 12 sowie zur Anfechtung üben wir durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben. Nach Ihrem Tod geben wir unsere Erklärung gegenüber folgenden Personen ab:
- Haben Sie uns eine Person als Bevollmächtigte genannt, erhält diese unsere Erklärung.
 - Falls der Aufenthalt dieser Person nicht ermittelt werden kann oder von Ihnen niemand benannt wurde, erhält ein Bezugsberechtigter unsere Erklärung.
 - Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht zu ermitteln, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins als bevollmächtigt ansehen, die Erklärung entgegenzunehmen.

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

- (1) Die Person, die eine Leistung verlangt, muss uns den Tod der versicherten Person unverzüglich mitteilen. Uns müssen folgende Dokumente eingereicht werden:
- der Versicherungsschein
 - ein Zeugnis über den Tag der Geburt der versicherten Person
 - eine amtliche, Alter und Geburtsort enthaltende Sterbeurkunde
 - eine ausführliche ärztliche oder amtliche Bescheinigung über die Todesursache
- Hat eine Krankheit zum Tod der versicherten Person geführt, müssen sich aus der Bescheinigung Beginn und Verlauf der Krankheit ergeben.
- (2) Haben Sie den **Premium Schutz** oder den **Premium Plus Schutz** abgeschlossen, benötigen wir gegebenenfalls weitere Nachweise. Dies gilt besonders für den Bau-Bonus, den Kinder-Bonus, den Hochzeits-Bonus und die Einmalleistung bei schweren Krankheiten. Weitere Informationen finden Sie in den § 9, 10, 11 und 12.
- (3) Um zu klären, ob wir eine Leistung erbringen müssen, können wir weitere Nachweise und Auskünfte verlangen. Die Kosten dafür muss diejenige Person tragen, die die Leistung verlangt.
- (4) Unsere Leistungen sind fällig, nachdem wir die notwendigen Erhebungen abgeschlossen haben. Als notwendig gelten Erhebungen, für die Folgendes gilt:
- Sie sind zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig.
 - Sie begründen unsere Leistungspflicht.
- (5) Für das Erheben von Daten und Einholen von Auskünften nach Absatz 3 haben Sie folgende Möglichkeiten:

Die versicherte Person kann

- eine umfassende Einwilligung erteilen.
- jederzeit verlangen, dass wir die notwendigen Auskünfte nur nach vorheriger einzelner Einwilligung einholen.
- die erforderlichen Daten selbst beschaffen.

Sie können der Erhebung solcher Daten widersprechen oder eine bereits erteilte Einwilligung für die Zukunft widerrufen.

Übt die versicherte Person eines oder mehrere dieser Rechte aus oder erhalten wir die in den Absätzen 1 und 2 genannten Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig, kann das folgende Auswirkungen haben:

- Leistungen werden nicht fällig. Grund dafür ist: Wir können nicht feststellen, ob und in welchem Umfang wir zur Leistung verpflichtet sind.
- Leistungen werden verspätet fällig. Grund dafür ist: Wir benötigen wegen des erhöhten Aufwands mehr Zeit für das Erheben der Daten.

Einmalleistung bei schweren Krankheiten

- (6) Für eine Einmalleistung bei schweren Krankheiten nach § 9 ist ein vereinfachter Nachweis der Krankheit möglich: Ihrem Antrag müssen Sie einen ausführlichen, ärztlichen Bericht eines Facharztes der entsprechenden Fachrichtung beifügen. Der Bericht muss folgende Angaben erfüllen:

- den Zeitpunkt der ersten Diagnose
- Beginn, Art und Verlauf der Krankheit nach § 3 Absatz 4
- Befunde von Untersuchungen belegen die Leistungsvoraussetzungen.
- im Falle einer Krebserkrankung den Behandlungsplan sowie die Tumorklassifikation
- im Falle eines Herzinfarkts und Schlaganfalls den Befund der Verlaufskontrolle im Abstand von mindestens 14 Tagen nach der Erstdiagnose.

Die Einmalleistung bei schweren Krankheiten können Sie innerhalb von sechs Monaten nach der ersten Diagnose beantragen.

Haben wir die notwendigen Angaben erhalten, entscheiden wir, ob wir die schnelle Hilfe erbringen. Wir entscheiden uns innerhalb von fünf Arbeitstagen.

§ 8 – Was sind die Konditionen für eine vorgezogene Todesfalleistung?

- (1) Haben Sie den **Premium Schutz** oder den **Premium Plus Schutz** abgeschlossen, zahlen wir auf Antrag die zum Zeitpunkt Ihres Antrags aktuelle, vereinbarte Versicherungssumme bereits vor dem Tod der versicherten Person. Dazu muss die Person, die eine Leistung verlangt, die vorgezogene Leistung spätestens zwölf Monate vor Ablauf der Dauer dieser Versicherung in Textform beantragt haben. Folgende Voraussetzungen müssen außerdem erfüllt sein:

1. Die versicherte Person erkrankt während der Dauer dieser Versicherung an einer fortschreitenden, unheilbaren Krankheit.

Diese führt nach Ansicht

- des behandelnden Facharztes,
- unseres Gesellschaftsarztes und
- in Zweifelsfällen eines weiteren unabhängigen Facharztes

innerhalb von zwölf Monaten zum Tod. Die zwölf Monate werden ab Eingang des Leistungsantrags bei uns gerechnet.

2. Die Krankheit im Sinne von Nummer 1 wird nur noch palliativ (symptomlindernd) behandelt.
3. Die Krankheit im Sinne von Nummer 1 kann nicht auf die in § 4 und § 5 genannten Umstände zurückgeführt werden.
4. Die Krankheit im Sinne von Nummer 1 kann nicht auf Umstände, deren Nichtanzeige uns zum Rücktritt oder Kündigung nach § 6 berechtigt, zurückgeführt werden.
5. Wir können den Vertrag nicht nach § 6 anfechten.

- (2) Zusammen mit dem Antrag auf eine vorgezogene Leistung im Todesfall muss die Person, die eine Leistung verlangt, ausführliche fachärztliche Berichte über

- Ursache,
- Beginn,
- Art und
- Verlauf

der in Nummer 1 genannten schweren Krankheit zusenden. Zusätzlich muss sie uns eine Prognose über die verbleibende Lebenserwartung der versicherten Person zukommen lassen. Die Berichte und die Prognose müssen von den Ärzten, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln oder behandelt und untersucht haben, verfasst sein. Die dadurch entstehenden Kosten trägt die Person, die eine Leistung verlangt.

Weiterhin muss die Person, die eine Leistung verlangt, uns zusammen mit dem Antrag den Versicherungsschein vorlegen.

- (3) Außer den in Absatz 2 genannten Unterlagen können wir weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte, sowie notwendige Nachweise verlangen. Dies schließt vor allem zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen ein. Die Kosten dafür tragen wir. Die versicherte Person muss

- Ärzte,
- Krankenhäuser und
- sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime,

bei denen sie in Behandlung war oder ist, ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu geben. Gleiches gilt für

- Pflegepersonen,
- andere Personenversicherer,
- gesetzliche Krankenkassen,
- Berufsgenossenschaften und
- Behörden.

- (4) Mit der Zahlung der vereinbarten Versicherungssumme endet dieser Vertrag rückwirkend bezogen auf das Eingangsdatum Ihres Leistungsantrags.

- (5) Für die in den Absätzen 2 und 3 geforderten Daten, Auskünfte und Unterlagen gilt § 7 Absatz 5 entsprechend.

§ 9 – Was gilt für die Einmalleistung bei schweren Krankheiten?

- (1) Haben Sie den **Premium Plus Schutz** abgeschlossen erbringen auf Antrag eine einmalige Leistung in Höhe von 10 Prozent der jeweils aktuellen vereinbarten Versicherungssumme, maximal jedoch 10.000 Euro, wenn die versicherte Person nach Absatz 5 erkrankt.

- (2) Die Leistung kann während der Versicherungsdauer insgesamt nur einmal in Anspruch genommen werden.

- (3) Stirbt die versicherte Person während der Dauer der Versicherung innerhalb von 28 Tagen nach der Diagnose von Krebs, eines Herzinfarkts oder Schlaganfalls nach Absatz 5, erbringen wir nur die Versicherungssumme, jedoch nicht die Leistung nach Absatz 1. Haben wir in diesem Fall bereits eine Leistung nach Absatz 1 erbracht, verrechnen wir diese mit der Versicherungssumme.

- (4) Sie erhalten die schnelle Hilfe nicht, wenn der Vertrag zum Zeitpunkt der Diagnose der Krankheit nach Absatz 5 weniger als sechs Monate besteht. Diese Frist gilt auch für Erhöhungen. Sie gilt nicht für Erhöhungen aus einer Dynamik.

- (5) Eine Krankheit der versicherten Person ist versichert, wenn sie während der Dauer dieser Versicherung an

- Krebs
- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Querschnittslähmung

erkrankt.

Eine Definition der Krankheiten finden Sie unter den Buchstaben a) bis d).

a) **Krebs**

Eine bösartige Krebserkrankung ist versichert, wenn mindestens einer der folgenden Fälle vorliegt: Die versicherte Person hat wegen dieser Krankheit

- eine Chemotherapie begonnen oder diese ist terminiert.
- eine Strahlentherapie begonnen oder diese ist terminiert. Nicht versichert sind lokale Strahlentherapien von Hauttumoren.
- mindestens eine Lymphknotenmetastase.
- eine palliative Therapie begonnen.

b) **Herzinfarkt**

Ein Herzinfarkt ist versichert, wenn

- der Herzinfarkt die Herzleistung anhaltend einschränkt und
- die Herzleistung ist so stark eingeschränkt, dass ein Facharzt eine Reduktion der Ejektionsfraktion auf weniger als 35 Prozent feststellt. Diese Reduktion hält mindestens 14 Tage an. Sie liegt trotz medikamentöser Behandlung vor.

c) **Schlaganfall**

Ein Schlaganfall ist versichert, wenn

- der Schlaganfall der versicherten Person zu einer Lähmung einer Körperhälfte mit einem Kraftverlust führt und
- der Kraftverlust durch den Schlaganfall so stark ist, dass ein Facharzt ein Kraftgrad von maximal zwei nach Janda feststellt. Der Kraftverlust hält über mindestens 14 Tage hinweg an.

d) Querschnittslähmung

Eine Querschnittslähmung ist versichert, wenn die versicherte Person wegen einer Querschnittslähmung auf einen Rollstuhl angewiesen ist.

§ 10 – Wann können Sie den Bau-Bonus in Anspruch nehmen?

- (1) Haben Sie den **Premium Plus Schutz** abgeschlossen, erhalten Sie einen zusätzlichen Versicherungsschutz ohne Erhöhung des Beitrags, wenn die versicherte Person ein Darlehen aufnimmt.

Das nennen wir Bau-Bonus. Um diesen zu erhalten, müssen Sie uns nachweisen, dass das Darlehen zur Finanzierung des Baues oder Erwerbs einer selbstgenutzten Wohnimmobilie dient. Die Höhe des Darlehens muss mindestens 100.000 Euro betragen.

- (2) Die Höhe des Bau-Bonus beträgt einmalig 20 Prozent der bei Vertragsbeginn gültigen Versicherungssumme. Diese ist in Ihrem Versicherungsschein dokumentiert.
- (3) Der Bau-Bonus gilt für zwölf Monate ab dem Tag der Unterzeichnung des Kreditvertrags.
- (4) Liegen die Voraussetzungen für den Bau-Bonus vor, gilt dieser mit Beantragung der Leistung als beantragt.
- (5) Die Absätze 3 bis 5 des § 7 gelten entsprechend.

§ 11 – Wann können Sie den Kinder-Bonus in Anspruch nehmen?

- (1) Haben Sie den **Premium Plus Schutz** abgeschlossen, erhalten Sie einen zusätzlichen Versicherungsschutz ohne Erhöhung des Beitrags, wenn bezogen auf die versicherte Person eines der folgenden Ereignisse eintritt:

- Geburt eines Kindes
- Adoption eines minderjährigen Kindes

Das nennen wir Kinder-Bonus. Um diesen zu erhalten, müssen Sie uns den Eintritt eines der oben genannten Ereignisse nachweisen. Dies können Sie zum Beispiel durch eine Geburtsurkunde oder einen Adoptionsbeschluss des Familiengerichts.

- (2) Die Höhe des Kinder-Bonus beträgt pro Geburt oder pro Adoption 20 Prozent der bei Vertragsbeginn gültigen Versicherungssumme. Diese ist in Ihrem Versicherungsschein dokumentiert. Bei Mehrlingsgeburten oder Adoption mehrerer Kinder zum gleichen Zeitpunkt wird der Kinder-Bonus nur einmalig gewährt.
- (3) Der Kinder-Bonus gilt für zwölf Monate ab dem Tag der Geburt beziehungsweise der Adoption des Kindes.

Bei Mehrlingsgeburten verlängert sich dieser Zeitraum nicht.

Bei Adoption von mehr als einem Kind zum gleichen Zeitpunkt verlängert sich dieser Zeitraum nicht.

Bei weiteren Geburten oder Adoptionen innerhalb der ursprünglichen zwölfmonatigen Frist, beginnt diese mit Zeitpunkt der weiteren Geburt oder Adoption neu.

- (4) Liegen die Voraussetzungen für den Kinder-Bonus vor, gilt dieser mit Beantragung der Leistung als beantragt.
- (5) Die Absätze 3 bis 5 des § 7 gelten entsprechend.

§ 12 – Wann können Sie den Hochzeits-Bonus in Anspruch nehmen?

- (1) Haben Sie den **Premium Plus Schutz** abgeschlossen, erhalten Sie einen zusätzlichen Versicherungsschutz ohne Erhöhung des Beitrags, wenn bezogen auf die versicherte Person eines der folgenden Ereignisse eintritt:

- Heirat
- Gründung einer Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz

Das nennen wir Hochzeits-Bonus. Um diesen zu erhalten, müssen Sie uns den Eintritt eines der oben genannten Ereignisse nachweisen. Dies können Sie zum Beispiel durch eine Heirats- oder Lebenspartnerschaftsurkunde des Standesamtes.

- (2) Die Höhe des Hochzeits-Bonus beträgt pro Ereignis 20 Prozent der bei Vertragsbeginn gültigen Versicherungssumme. Diese ist in Ihrem

Versicherungsschein dokumentiert. Finden bei Verträgen mit zwei versicherten Personen versicherte Ereignisse nach Absatz 1 zum gleichen Zeitpunkt statt, wird der Hochzeits-Bonus nur einmalig gewährt. Darunter verstehen wir auch eine Heirat oder Gründung einer Lebenspartnerschaft der versicherten Personen miteinander.

- (3) Der Hochzeits-Bonus gilt für zwölf Monate ab dem Tag der Heirat beziehungsweise der Gründung der Lebenspartnerschaft.

Bei weiteren Heiraten oder Gründungen von Lebenspartnerschaften innerhalb der ursprünglichen zwölfmonatigen Frist, beginnt diese mit Zeitpunkt der weiteren Heirat oder Gründung einer Lebenspartnerschaft neu.

- (4) Liegen die Voraussetzungen für den Hochzeits-Bonus vor, gilt dieser mit Beantragung der Leistung als beantragt.
- (5) Die Absätze 3 bis 5 des § 7 gelten entsprechend.

§ 13 – Wann können Sie die Verlängerungs-Option in Anspruch nehmen?

- (1) Haben Sie den **Premium Schutz** oder den **Premium Plus Schutz** abgeschlossen, können Sie einmalig eine Verlängerung des Versicherungsschutzes ohne erneute Risikoprüfung verlangen. Das nennen wir Verlängerungs-Option. Sie gilt nicht für eventuell eingeschlossene Unfall-Zusatzversicherungen.

- (2) Für die Ausübung der Verlängerungs-Option müssen alle der folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

- Die Versicherungsdauer wird um volle Jahre verlängert.
- Sie üben die Verlängerungs-Option bis drei Jahre vor Ablauf Ihrer Versicherung aus.
- Die maximale Verlängerung beträgt 15 Jahre.
- Die gesamte Dauer dieser Versicherung einschließlich Laufzeit der Verlängerung darf die maximale Dauer von 50 Jahren nicht überschreiten.
- Der Vertrag darf nicht nach dem Kalenderjahr enden, in dem die versicherte Person das 85. Lebensjahr vollendet.
- Die ursprüngliche Dauer dieser Versicherung darf sich höchstens verdoppeln.
- Für den Vertrag werden zum Zeitpunkt der Ausübung der Option laufende Beiträge gezahlt.
- Für die **Risikolebensversicherung nach Tilgungsplan** gilt zusätzlich: Die Versicherung endet spätestens dann, wenn die Versicherungssumme auf Null gefallen ist. Nach Verlängerung des Versicherungsschutzes darf dieser Termin nicht vor dem Ende der Versicherungsdauer liegen.

- (3) Haben Sie die Verlängerungs-Option ausgeübt, berechnen wir den Beitrag zur nächsten Beitragsfälligkeit neu. Dabei berücksichtigen wir

- den für Ihren Vertrag gültigen Tarif,
- das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter der versicherten Person,
- die verbleibende Dauer dieser Versicherung einschließlich Laufzeit der Verlängerung und
- einen eventuell vereinbarten Beitragszuschlag.

Vereinbarte Einschränkungen der Leistung gelten weiter.

§ 14 – Unter welchen Voraussetzungen können Sie den Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung erhöhen?

Erhöhungsoption bei bestimmten Ereignissen

- (1) Sie können den Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung erhöhen. Dies ist möglich, solange Sie Beiträge für diese Versicherung zahlen. Außerdem muss bezogen auf die versicherte Person eines der folgenden Ereignisse eintreten:

1. Geburt eines Kindes
2. Adoption eines minderjährigen Kindes
3. Erwerb und Finanzierung einer selbst bewohnten Immobilie mit einem Finanzierungsbetrag von mindestens 50.000 Euro

Haben Sie den **Premium Schutz** oder den **Premium Plus Schutz** abgeschlossen, können Sie zusätzlich bei Eintritt eines der folgenden

Ereignisse den Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung erhöhen:

4. Heirat oder Begründung einer Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz
5. Wechsel in die berufliche Selbstständigkeit als Hauptberuf
6. berufliche Veränderung mit nachhaltiger, nachweislicher Einkommenssteigerung
 - Bei Angestellten muss dazu das monatlich erzielte Bruttoeinkommen aus nicht selbstständiger Arbeit um mindestens 10 % in einem Schritt steigen.
 - Bei Besoldungsempfängern muss eine Erhöhung der Besoldung um mindestens 10 % als Folge einer Beförderung in eine höhere Laufbahngruppe in einem Schritt erfolgen.
7. Scheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft
8. Abschluss einer Berufsausbildung oder eines (Promotions-) Studiums und Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit, die der Qualifikation dieses Abschlusses entspricht, innerhalb von sechs Monaten nach diesem Abschluss
9. nachhaltige Steigerung des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern für selbstständige Versicherte

Der Gewinn muss in den vier Jahren vor Optionsausübung durchschnittlich um mindestens 30 % höher liegen als im Jahr, in dem Sie den Antrag gestellt haben.
10. erstmaliges Überschreiten der jährlichen Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung mit dem Bruttoeinkommen aus nichtselbstständiger Tätigkeit
11. Reduzierung oder Wegfall des Invaliditätsschutzes aus einer der folgenden Versicherungen:
 - gesetzliche Rentenversicherung
 - vom Arbeitgeber finanzierte betriebliche Altersvorsorge, sofern garantierte Werte reduziert werden oder wegfallen
 - berufsständisches Versorgungswerk, in dem die versicherte Person wegen einer Kammerzugehörigkeit pflichtversichert ist
12. Erwerb eines der folgenden Abschlüsse:
 - Meistertitel
 - geprüfte/r Fachwirt/in
 - geprüfte/r Operativer Professional
 - geprüfte/r Fachkauffrau/mann
13. Erhalt einer akademischen Weiterqualifikation zusammen mit einer nachweislichen, nachhaltigen Steigerung des monatlich erzielten Bruttoeinkommens aus nichtselbstständiger Arbeit um mindestens 10 % in einem Schritt

- (2) Sie können die Erhöhung innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt eines der vorgenannten Ereignisse in Textform bei uns beantragen.
- (3) Die Option, die versicherte Leistung bei bestimmten Ereignissen zu erhöhen, besteht nur, bis die ältere versicherte Person das 49. Lebensjahr vollendet hat.

Erhöhungsoption unabhängig von Ereignissen

- (4) Haben Sie den **Premium Schutz** oder den **Premium Plus Schutz** abgeschlossen, können Sie den Versicherungsschutz einmalig auch ohne Eintritt der in Absatz 1 aufgeführten Ereignisse erhöhen. Dafür müssen zwei Bedingungen erfüllt sein:
 - Der Vertragsabschluss liegt höchstens fünf Jahre zurück.
 - Die versicherte Person hat das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet.

Grenzen der Erhöhungsoption

- (5) Sie können die Nachversicherung innerhalb folgender Grenzen ausüben:
 - Sie erhöhen die Versicherungssumme um mindestens 5.000 Euro.
 - Sie erhöhen die Versicherungssumme um höchstens 25.000 Euro.
- (6) Nutzen Sie die Erhöhungsoption mehrfach, gelten auf die ursprüngliche Versicherungssumme bezogen zusätzlich folgende Grenzen:

- Die Versicherungssumme darf sich nicht um mehr als die ursprüngliche Versicherungssumme erhöhen.
- Die Versicherungssumme darf sich nicht um mehr als 100.000 Euro erhöhen.

Haben Sie eine dynamische Erhöhung der Leistung Ihrer Versicherung vereinbart, können diese Erhöhungen von Beitrag und Leistungen trotzdem weiter erfolgen. Dynamische Erhöhungen von Beitrag und Leistungen berücksichtigen wir in beiden Varianten bei den Höchstbeträgen nicht.

Weitere Hinweise zu Ihren Erhöhungsoptionen

- (7) Durch das Ausüben der Erhöhungsoptionen erhöht sich Ihr Beitrag zur nächsten Beitragsfälligkeit.
- (8) Die Erhöhungsoptionen können nicht mehr ausgeübt werden, wenn
 - die Versicherung beitragsfrei ist oder
 - eine vorgezogene Todesfalleistung nach § 8 beantragt wurde oder
 - Leistungen aus
 - einer Berufsunfähigkeits-(Zusatz)versicherung,
 - einer Arbeitsunfähigkeits-(Zusatz)versicherung oder
 - einer sonstigen Invaliditäts-(Zusatz)versicherung erbracht, anerkannt oder von Ihnen verlangt worden sind.

Wird ein Versicherungsfall wegen Berufsunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit oder aus sonstigen Invaliditätsversicherungen rückwirkend anerkannt, gilt: Erhöhungen der versicherten Leistung, die nach Eintritt des Versicherungsfalles erfolgen, sind unwirksam.

- (9) Für die Erhöhungen gilt Folgendes:
 - Vereinbarungen, die bei Abschluss der Versicherung getroffen wurden, gelten auch für die Erhöhungen.
 - Alle Fristen beginnen für die Erhöhung neu zu laufen. Das gilt beispielsweise auch für die Fristen bei Selbsttötung.
 - Das zur bestehenden Versicherung verfügte Bezugsrecht gilt auch für die Erhöhungen.
- (10) Bestehen bei der HUK-COBURG-Lebensversicherung AG weitere Risikolebensversicherungen der versicherten Person, können die Erhöhungsoptionen nur für eine einzige Versicherung in Anspruch genommen werden.

Prüfungsrecht und Pflicht zur Mitwirkung

- (11) Im Rahmen des Antrags auf Erhöhung müssen Sie uns eine der vereinbarten Voraussetzungen nachweisen. Sie müssen uns eine Prüfung, ob die Voraussetzung vorliegt, ermöglichen.

§ 15 – Wie können Sie die Risikolebensversicherung nach Tilgungsplan anpassen?

- (1) Sie können während der Vertragsdauer Ihrer Versicherung die getroffenen Vereinbarungen – unter anderem Zinssatz und Tilgungssatz – ändern. Damit bestimmen Sie, wie stark die Versicherungssumme an Ihren persönlichen Absicherungsbedarf beispielsweise an einen Kreditvertrag anpassen.

Sie können während der zu Beginn Ihrer Versicherung vereinbarten tilgungsfreien Zeit diese tilgungsfreie Zeit verlängern. Nach der zu Beginn Ihrer Versicherung vereinbarten tilgungsfreien Zeit, ist eine Verlängerung nicht mehr möglich. Die tilgungsfreie Zeit darf insgesamt fünf Jahre nicht überschreiten.

Mit Hilfe des geänderten Zinssatzes, des geänderten Tilgungssatzes und der geänderten Dauer der tilgungsfreien Zeit ermitteln wir den weiteren Verlauf der Höhe der Versicherungssumme. Dafür verwenden wir die bei Vertragsbeginn vereinbarten Rechnungsgrundlagen.

- (2) Die Anpassungen können zum jeweils nächsten Termin der Beitragsfälligkeit vorgenommen werden. Davon ausgenommen ist die Änderung der Dauer der tilgungsfreien Zeit. Diese kann nur zu einem Jahrestag Ihrer Versicherung geändert werden.
- (3) Durch das Anpassen des Verlaufs der Höhe der Versicherungssumme können sich die Beitragshöhe und die Versicherungsdauer ändern.

Die Versicherung endet spätestens dann, wenn die Versicherungssumme auf Null gefallen ist. Liegt dieser Termin

- vor dem Ende der bisherigen Versicherungsdauer verkürzen wir die neue Versicherungsdauer.
- nach dem Ende der bisherigen Versicherungsdauer, können Sie die Versicherungsdauer verlängern, wenn dies nach § 13 möglich ist. Andernfalls verschiebt sich das bisherige Ende der Versicherungsdauer nicht.

- (4) Bei einer Erhöhung des Beitrags fallen erneut Kosten an. Lesen Sie dazu auch § 22.
- (5) Ergeben sich durch die Anpassungen zukünftig höhere Leistungen, gilt für die Erhöhungen Folgendes:
 - Vereinbarungen, die bei Abschluss der Versicherung getroffen wurden, gelten auch für die Erhöhungen.
 - Alle Fristen beginnen für die Erhöhung neu zu laufen. Das gilt beispielsweise auch für die Fristen bei Selbsttötung.
 - Das zur bestehenden Versicherung verfügte Bezugsrecht gilt auch für die Erhöhungen.

§ 16 – Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

- (1) Wir können Ihnen den Versicherungsschein in Textform übermitteln. Stellen wir diesen als Dokument in Papierform aus, dann liegt eine Urkunde vor. Sie können die Ausstellung als Urkunde verlangen.
- (2) Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Vertrag zu verfügen. Dazu zählt das Recht, Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.

§ 17 – Wer erhält die Leistung?

- (1) Sie können bestimmen, wer die Leistung erhält. Gegebenenfalls bedarf es hierzu zusätzlich einer Zustimmung Dritter. Lesen Sie dazu auch Absatz 2. Wenn Sie keine Bestimmung getroffen haben, leisten wir an Sie. Haben Sie keine Bestimmungen getroffen und sind Sie versicherte Person, leisten wir bei Ihrem Tod an Ihre Erben.

Bezugsberechtigung

- (2) Sie können uns widerruflich oder unwiderruflich eine andere Person benennen, die die Leistung erhalten soll. Diese Person wird als Bezugsberechtigter bezeichnet.

Für die vorgezogene Leistung nach § 8, gilt das widerrufliche Bezugsrecht nicht. Diese Leistung erhält ausschließlich die versicherte Person. Sie ist hierfür stets Bezugsberechtigter. Verstirbt die versicherte Person, bevor es zur Auszahlung der vorgezogenen Leistung kommt, wird Ihr Antrag auf diese Leistung gegenstandslos.

Wenn Sie ein Bezugsrecht widerruflich bestimmen, erwirbt der Bezugsberechtigte das Recht auf die Leistung erst mit dem Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalles. Deshalb können Sie Ihre Bestimmung bis zum Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalles jederzeit widerrufen.

Das Bezugsrecht auf die Leistung im Falle des Todes der versicherten Person kann nur mit der Zustimmung der versicherten Person geändert werden.

Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich das Recht auf die Leistung erhält. Sie erhalten von uns eine Bestätigung in Textform, dass der Widerruf des Bezugsrechts ausgeschlossen ist. Sobald Ihnen unsere Bestätigung zugegangen ist, gilt Folgendes:

Das Bezugsrecht ist jetzt unwiderruflich. Es kann nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.

Abtretung und Verpfändung

- (3) Sofern dies gesetzlich zulässig ist, können Sie das Recht auf die Leistung bis zum Eintritt eines Versicherungsfalles
 - ganz oder teilweise
 - an Dritte abtreten oder verpfänden.

Anzeige

- (4) Die Verfügungen
 - Einräumung und Widerruf eines Bezugsrechts nach Absatz 2

- Abtretung und Verpfändung nach Absatz 3

müssen uns vom bisherigen Berechtigten in Textform angezeigt werden. Die Verfügungen werden nur und erst mit dieser Anzeige wirksam. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie als Versicherungsnehmer. Es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits zuvor Verfügungen (zum Beispiel unwiderrufliche Bezugsberechtigung, Abtretung, Verpfändung) getroffen haben.

§ 18 – Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

- (1) Die Beiträge zu Ihrem Vertrag können Sie je nach Vereinbarung durch Monatsbeiträge, Vierteljahresbeiträge, Halbjahresbeiträge oder Jahresbeiträge (laufende Beiträge) zahlen. Für die hier genannten Zahlweisen sind für Ihren Vertrag Mindestbeträge für Versicherungssumme und Beitrag festgelegt. Werden beide Mindestbeträge erreicht, können Sie die Beiträge in der gewünschten Weise zahlen.
- (2) Den ersten Beitrag (Einlösungsbeitrag) müssen Sie unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zahlen. Sie müssen ihn jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten und im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung zahlen. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden jeweils zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig (Fälligkeitstag). Die Versicherungsperiode ist abhängig von der Zahlweise der Beiträge.

Die Versicherungsperiode umfasst bei

- Monatsbeiträgen einen Monat,
- Vierteljahresbeiträgen drei Monate,
- Halbjahresbeiträgen ein halbes Jahr und
- Jahresbeiträgen ein Jahr.

Bei beitragsfreien Verträgen beträgt die Versicherungsperiode einen Monat.

- (3) Haben Sie bis zum Fälligkeitstag (Absatz 2) alles getan, damit der Beitrag bei uns eingeht, ist die Zahlung rechtzeitig.

Haben Sie das Einziehen des Beitrags von einem Konto (Lastschriftverfahren) vereinbart, ist die Zahlung in folgenden Fällen rechtzeitig:

- Wir können den Beitrag am Fälligkeitstag einziehen und Sie widersprechen einem berechtigten Einziehen nicht.
- Wir können den Beitrag am Fälligkeitstag nicht einziehen und Sie haben das nicht zu vertreten. Daraufhin senden wir Ihnen eine Aufforderung zur Zahlung des Beitrags. Sie zahlen den Beitrag unverzüglich nach dieser Aufforderung.

Wir können künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens verlangen, wenn wir den Beitrag wiederholt nicht einziehen konnten. Das gilt nur, wenn Sie diesen Umstand zu vertreten haben.

- (4) Sie müssen die Beiträge auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten zahlen.
- (5) Die Beitragszahlung endet bei Tod der versicherten Person, spätestens mit Ablauf der vereinbarten Dauer dieser Beitragszahlung.
- (6) Wird die Leistung Ihrer Versicherung fällig, werden wir noch offene Beiträge mit dieser Leistung verrechnen.
- (7) **Stundung**

Haben Sie den **Premium Schutz** oder den **Premium Plus Schutz** abgeschlossen, können Sie eine Stundung der Beiträge verlangen.

Die Stundung kann für maximal 24 Monate ab Fälligkeit des ersten gestundeten Beitrags erfolgen. Sie können mehrmals eine Stundung vereinbaren. Eine erneute Stundung ist allerdings nur möglich, wenn Sie die gestundeten Beiträge aus einer früheren Stundung vollständig beglichen haben.

Der Versicherungsschutz bleibt während der Stundung in vollem Umfang bestehen.

Wir erheben keine Stundungszinsen. Im Leistungsfall wird die Leistung um die ausstehenden Beiträge gekürzt.

Für die Stundung ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns notwendig.

Ein Anspruch auf eine Stundung besteht, wenn das Deckungskapital des Vertrags bereits einen Wert in Höhe der zu stundenden Beiträge erreicht hat.

Endet die Dauer der Stundung, können Sie wählen, wie Sie die gestundeten Beiträge nachzahlen:

- Sie zahlen die gestundeten Beiträge in einem Betrag am Ende des vereinbarten Zeitraums der Stundung nach.
- Sie zahlen die gestundeten Beiträge innerhalb eines Zeitraumes von 48 Monaten in monatlichen, vierteljährlichen oder halbjährlichen Raten nach.

Wenn Sie die gestundeten Beiträge nicht nachzahlen, entnehmen wir sie Ihrem Vertrag. Dadurch reduziert sich die Leistung Ihres Vertrags, während die Beiträge unverändert bleiben. Die Leistung wird zum nächsten Termin der Beitragsfälligkeit neu ermittelt.

§ 19 – Was gilt bei Abschluss einer Start Police?

- (1) Bei der „Start Police“ haben Sie die Möglichkeit zu Beginn verminderte Beiträge zu zahlen. Dies nennen wir Startphase. Sie setzt sich aus einer konstanten Phase und einer anschließenden Steigerungsphase zusammen. In der Steigerungsphase steigt der Beitrag stufenweise an. Diese Beitragssteigerungen vereinbaren wir mit Ihnen zu Vertragsbeginn. Die Steigerungsphase endet in einem vereinbarten Versicherungsjahr. In der Zielphase zahlen Sie den Zielbeitrag. Dieser Beitrag ist konstant.
- (2) Sie haben mit der „Start Police“ bereits ab Beginn der Versicherung den Versicherungsschutz in voller Höhe. Voraussetzung dafür ist, dass Sie die Beiträge wie vertraglich vereinbart zahlen. Den zu Vertragsbeginn vereinbarten Beitragsverlauf mit den Beiträgen für Start- und Zielphase finden Sie im Versicherungsschein. Die Erhöhungen des Beitrags erfolgen jeweils zum Jahrestag der Versicherung.
- (3) Im Vergleich zu einem für die gesamte Vertragslaufzeit gleich bleibenden Beitrag, zahlen Sie nach Ende der Startphase einen höheren Beitrag.
- (4) Während der Startphase haben Sie jeweils zur Beitragsfälligkeit der Versicherung das Recht, die Startphase vorzeitig zu beenden. Voraussetzung ist, dass wir keine Leistungspflicht bei einer eingeschlossenen Zusatzversicherung anerkannt haben.

Machen Sie während der Startphase von Ihrem vorzeitigen Umwandlungsrecht keinen Gebrauch, so beginnt die Zielphase zum vertraglich vereinbarten Zeitpunkt.

- (5) Bei einem vorzeitigen Ende der Startphase, tritt Ihre Versicherung früher in die Zielphase ein.

Je früher Ihre Versicherung in die Zielphase wechselt, desto geringer wird der Zielbeitrag. Der Zielbeitrag wird bei einem Wechsel nach den versicherungsmathematischen Grundsätzen der Tarifikalkulation für Ihren Vertrag neu festgelegt. Dabei berücksichtigen wir die zum Zeitpunkt des vorzeitigen Endes der Startphase noch ausstehenden Abschluss- und Vertriebskosten. Wir verrechnen sie ab diesem Zeitpunkt

- für Ihre Versicherung wie in § 22 Absatz 2 beschrieben.
 - für Ihre gegebenenfalls eingeschlossene Zusatzversicherung wie im Paragraphen „Wie verrechnen wir die Kosten Ihrer Versicherung?“ der Besonderen Bedingungen für die Zusatzversicherung beschrieben.
- (6) Die Möglichkeit der Beitragsstundung nach § 18 Absatz 7 besteht in der Startphase nur eingeschränkt. Das Deckungskapital des Vertrags ist dafür in der Startphase selten hoch genug.

Auf Grund der Tarifbesonderheit ist auch nach der Startphase – insbesondere in den ersten Jahren – kein ausreichend hohes Deckungskapital vorhanden. Daher kann die Möglichkeit der Beitragsstundung nach § 18 Absatz 7 auch danach noch eingeschränkt sein.

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

Einlösungsbeitrag

- (1) Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange die Zahlung nicht bewirkt ist. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten der zur Risikoprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchungen verlangen. Wir sind nicht zum Rücktritt berechtigt, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.
- (2) Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt eines Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir von der Leistung befreit, vorausgesetzt wir haben Sie

- durch eine gesonderte Mitteilung in Textform oder
- durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht.

Unsere Leistungspflicht bleibt bestehen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag

- (3) Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, erhalten Sie von uns eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen.
- (4) Mit der Mahnung kündigen wir vorsorglich den Vertrag zum Ablauf der Zahlungsfrist. Unsere Kündigung wird automatisch wirksam, wenn Sie dann noch immer mit der Zahlung in Verzug sind. Wir stellen den Vertrag dann beitragsfrei. Die Bestimmungen des § 21 gelten entsprechend. Zahlen Sie innerhalb eines Monats nach Ablauf der Frist den angeforderten Betrag nach, so wird die Kündigung wieder unwirksam. Tritt ein Versicherungsfall zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und Ihrer Nachzahlung ein, besteht kein oder nur verminderter Versicherungsschutz.
- (5) Befinden Sie sich bei Eintritt eines Versicherungsfalles mit der Zahlung in Verzug, gilt Folgendes:
 - Tritt ein Versicherungsfall vor Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist ein, bleibt der Versicherungsschutz in vollem Umfang bestehen. Wir können die noch ausstehenden Beiträge mit unserer Leistung verrechnen.
 - Tritt ein Versicherungsfall nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist ein, entfällt oder vermindert sich der Versicherungsschutz.
- (6) Auf die in den Absätzen 4 und 5 genannten Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

§ 21 – Wann und mit welchen Folgen können Sie Ihre Versicherung kündigen, Ihren Beitrag reduzieren oder Ihre Versicherung beitragsfrei stellen?

Kündigung

- (1) Sie können Ihre Versicherung jederzeit in Textform zum Schluss der Versicherungsperiode kündigen.
- (2) Im Falle einer Kündigung erhalten Sie eine Überschussbeteiligung nach § 2. Es wird kein Rückkaufswert ausgezahlt.

Beitragsreduzierung und Beitragsfreistellung

- (3) Anstatt Ihre Versicherung nach Absatz 1 zu kündigen, können Sie auch Ihren Beitrag reduzieren oder Ihre Versicherung beitragsfrei stellen. Dies können Sie jederzeit in Textform zum Schluss der Versicherungsperiode tun.

Die Beitragsreduzierung oder Beitragsfreistellung sind durchführbar, wenn die neu ermittelte reduzierte oder beitragsfreie Leistung die Mindestleistung in Höhe von

- 25.000 Euro bei Beitragsreduzierung oder
- 400 Euro bei Beitragsfreistellung

erreicht.

- (4) Stellen Sie Ihre Versicherung beitragsfrei, können Sie diese Beitragsfreistellung auch befristen.

Befristen heißt: Wenn Sie die Beitragsfreistellung beantragen, nennen Sie uns bereits einen Termin, zu dem Sie die Beitragszahlung wieder aufnehmen wollen. Ist die Beitragsfreistellung durchführbar, vereinbaren wir mit Ihnen für den gewünschten Zeitraum eine Beitragspause. Am Ende der Beitragspause führen wir eine Wiederaufnahme der Beitragszahlung nach Absatz 12 durch.

Bitte beachten Sie: Es gibt Fälle, in denen die Wiederaufnahme der Beitragszahlung nach der Beitragspause nicht durchführbar ist.

- (5) Die Beitragsreduzierung und die Beitragsfreistellung der Versicherung haben unter anderem folgende Auswirkungen:
 - a) Die neu ermittelte Leistung aus der Versicherung ist niedriger als zuvor.
 - b) Ist bei Tod der versicherten Person der Beitrag Ihrer Versicherung reduziert oder ist sie beitragsfrei gestellt, zahlen wir nur die reduzierte Leistung.

c) Erreicht die neu ermittelte Versicherungssumme die Mindestleistung nach Absatz 3 nicht und möchten Sie in diesem Fall Ihre Versicherung nicht beitragspflichtig fortsetzen, so erlischt die Versicherung.

(6) Erlischt Ihre Versicherung nach Absatz 5 c), wenden wir auf Ihre Versicherung die Regelungen der Kündigung nach den Absätzen 1 und 2 an.

(7) Bei einer Reduzierung des Beitrags oder einer Beitragsfreistellung berechnen wir die Höhe der Leistung Ihres Vertrags neu.

Die neue Höhe der Leistung berechnen wir:

- nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik
- für den Zeitpunkt der Beitragsreduzierung oder Beitragsfreistellung
- unter Zugrundelegung des Wertes nach den Absätzen 8 und 9 abzüglich offener Beiträge.

(8) Wir ermitteln den für die Berechnung der neuen Leistung zur Verfügung stehenden Wert nach § 169 VVG Absätze 3 bis 5. Der Wert ist das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnete Deckungskapital der Versicherung. Wir berechnen es zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation zu Vertragsbeginn.

Der Wert ist mindestens der Betrag des Deckungskapitals, das sich durch die gleichmäßige Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Ist die vereinbarte Dauer des Vertrags kürzer als fünf Jahre, verteilen wir diese Kosten auf die vereinbarte Dauer des Vertrags. In jedem Fall beachten wir die aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze. Vergleichen Sie dazu § 22 Absatz 2 Satz 4.

Abzug

(9) Bei einer Beitragsfreistellung erfolgt von dem nach Absatz 8 ermittelten Wert ein Abzug von 40 %.

Die Beweislast für die Angemessenheit des vereinbarten und bezifferten Abzugs tragen wir. Haben wir im Streitfall diesen Nachweis erbracht, gilt Folgendes:

- Wir reduzieren den Abzug, wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug in Ihrem Fall wesentlich niedriger liegen muss.
- Der Abzug entfällt, wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug in Ihrem Fall überhaupt nicht gerechtfertigt ist.

Keine Beitragsrückzahlung

(10) Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Nachteile und Vorteile

(11) Die Reduzierung des Beitrags, die Beitragsfreistellung oder die Kündigung Ihrer Versicherung kann für Sie Nachteile und Vorteile haben.

Nachteile:

In der Anfangszeit Ihrer Versicherung erfolgt die Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten. Weitere Informationen zur Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten finden Sie in § 22. Durch diese Verrechnung sind in der Anfangszeit keine oder nur geringe Beträge vorhanden, um eine reduzierte oder beitragsfreie Versicherungssumme zu bilden.

Auch in den folgenden Jahren stehen nur geringe oder keine Beträge dafür zur Verfügung. Grund ist, dass während der Dauer Ihres Vertrags vergleichsweise große Teile der Beiträge zur Deckung des versicherten Risikos benötigt werden.

Bei einer Kündigung wird kein Rückkaufswert ausgezahlt.

Ist bei Tod der versicherten Person der Beitrag Ihrer Versicherung reduziert oder ist sie beitragsfrei gestellt, erhalten Sie nur die reduzierte Leistung.

Vorteile:

Benötigen Sie beispielsweise den bisherigen Versicherungsschutz nicht mehr in vollem Umfang, können Sie Beiträge sparen.

Ihre Entscheidung:

Bitte wägen Sie die Vor- und Nachteile einer Kündigung, einer Beitragsfreistellung oder einer Beitragsreduzierung gegenüber einer unveränderten Fortsetzung Ihres Vertrags ab.

Hilfe zur Entscheidung:

Zusammen mit dem Versicherungsschein haben wir Ihnen die Garantiewerttabelle übergeben. In dieser Tabelle finden Sie nähere Informationen zur beitragsfreien Versicherungssumme und deren Höhe.

Wiederaufnahme der Beitragszahlung

(12) Sie können bei einer Versicherung mit reduziertem Beitrag oder einer beitragsfrei gestellten Versicherung jederzeit beantragen, die Beitragszahlung mit erhöhtem Beitrag wieder aufzunehmen. Dabei gilt:

- Die Beitragszahlung mit dem erhöhten Beitrag setzt zum nächsten Termin der Beitragsfälligkeit ein.
- Die Leistung wird zum nächsten Termin der Beitragsfälligkeit neu ermittelt. Sie darf die Leistung vor der Beitragsreduzierung oder Beitragsfreistellung nicht übersteigen.
- Die Beitragszahlweise wird beibehalten.

Erfolgt die Wiederaufnahme der Beitragszahlung innerhalb der ersten sechs Monate nach der Beitragsreduzierung oder Beitragsfreistellung, verzichten wir auf eine Risikoprüfung.

Soll die Beitragszahlung später als sechs Monate nach der Beitragsreduzierung oder Beitragsfreistellung mit erhöhtem Beitrag wieder aufgenommen werden, ist es von einer erneuten Risikoprüfung abhängig, ob und in welcher Höhe dies möglich ist.

Haben Sie den **Premium Schutz** oder den **Premium Plus Schutz** abgeschlossen ist der Zeitraum von sechs Monaten auf zwölf Monate verlängert.

Erfolgt die Wiederaufnahme der Beitragszahlung innerhalb der ersten zwei Jahre nach der Beitragsreduzierung oder Beitragsfreistellung, garantieren wir Ihnen die bei Vertragsabschluss vereinbarten Rechnungsgrundlagen – insbesondere Sterbetafel und Rechnungszins.

§ 22 – Wie verrechnen wir die Kosten Ihrer Versicherung?

(1) Mit Ihrer Versicherung sind Kosten verbunden. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten. Das Tilgen dieser Kosten ist in Ihrer Versicherung bereits berücksichtigt.

Verrechnen der Abschluss- und Vertriebskosten

(2) Wir wenden auf Ihre Versicherung das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung (DeckRV) an. Dabei entnehmen wir Ihren ersten Beiträgen einen Anteil, der für Folgendes benötigt wird:

- Leistungen im Versicherungsfall
- Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode
- Bildung einer Deckungsrückstellung nach § 25 Absatz 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen (RechVersV)

Den verbleibenden Anteil der ersten Beiträge verwenden wir zur Tilgung der Abschluss- und Vertriebskosten.

Der zu tilgende Betrag ist auf 2,5 % der Beiträge beschränkt, die Sie während der Laufzeit der Versicherung zahlen müssen.

Das ist in der Deckungsrückstellungsverordnung festgelegt.

Verrechnen der übrigen Kosten

(3) Die übrigen Kosten fallen verteilt über die Dauer der Beitragszahlung beziehungsweise über die gesamte Laufzeit der Versicherung an.

Folgen der Kostenverrechnung für Sie

(4) Durch die beschriebene Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten ist in der Anfangszeit Ihrer Versicherung nur der Mindestwert nach § 21 Absätze 8 und 9 zur Bildung der beitragsfreien Versicherungssumme vorhanden ist.

Nähere Informationen zu den beitragsfreien Leistungen sowie zu ihrer jeweiligen Höhe finden Sie in der Garantiewerttabelle. Diese erhalten Sie zusammen mit Ihrem Versicherungsschein.

Kosten für eine Erhöhung Ihres Beitrags und für die Dynamisierung

(5) Erhöhen Sie ihren Beitrag oder führen wir eine vereinbarte Dynamisierung durch, erheben wir erneut Kosten nach Absatz 1. Diese verteilen wir wie in den Absätzen 2 und 3 beschrieben.

§ 23 – Was gilt bei Vereinbarung des Nichtraucher tariffs?

Begriffe

(1) Raucher und Nichtraucher

Nichtraucher seit mindestens

- zwölf Monaten ist, wer in den vergangenen zwölf Monaten
- zehn Jahren ist, wer in den vergangenen zehn Jahren

nicht aktiv geraucht oder Nikotin aufgenommen hat und auch beabsichtigt, dies in der Zukunft nicht zu tun.

Erfüllen Sie keine dieser Voraussetzungen, gelten Sie als Raucher.

(2) Rauchen

Unter Rauchen verstehen wir, unabhängig von der Nikotinmenge, neben dem Genuss von Tabak unter Feuer auch den Genuss von elektrischen Rauchhilfen wie zum Beispiel E-Zigaretten.

Es ist nicht entscheidend, wie die Nikotinaufnahme erfolgt: Sie kann zum Beispiel durch aktives Rauchen nach oben genannter Definition, Kau-/Schnupftabak oder Nikotinersatzpräparate (Nikotinplaster oder Ähnliches) erfolgen.

Besonderheiten

- (3) Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, uns wahrheitsgemäß und vollständig über Ihr Rauchverhalten zu informieren. Wenn das Leben einer anderen Person versichert werden soll, ist auch diese – neben Ihnen – für wahrheitsgemäße Angaben verantwortlich.
- (4) Sind zwei Personen versichert, gelten die Absätze 5 bis 13 entsprechend für beide versicherte Personen.

Gefahrerhöhung nach Abschluss Ihres Vertrags

- (5) Sie und die versicherte Person sind dafür verantwortlich, dass nach Abschluss Ihres Vertrags keine Gefahrerhöhung erfolgt.
- (6) Eine Gefahrerhöhung ist jede nachträgliche Änderung der bei Vertragsschluss tatsächlich vorhandenen gefahrerheblichen Umstände, die den Eintritt des Versicherungsfalles oder eine Vergrößerung des Risikos wahrscheinlicher macht.

Der Beginn des Rauchens ist ein gefahrerheblicher Umstand.

Anzeigepflicht der Gefahrerhöhung

- (7) Ändert die versicherte Person das Rauchverhalten und nimmt damit eine Gefahrerhöhung nach Vertragsschluss vor, sind Sie verpflichtet, diesen Umstand unverzüglich in Textform anzuzeigen.
- (8) Eine Änderung des Rauchverhaltens vom Nichtraucher zum Raucher liegt vor, wenn die versicherte Person eine der Voraussetzungen nach Absatz 1 regelmäßig nicht mehr erfüllt. Unter regelmäßig verstehen wir mindestens wöchentliches Rauchen.

Folgen der Gefahrerhöhung

- (9) Nimmt die versicherte Person eine Gefahrerhöhung vor, können wir rückwirkend ab dem Zeitpunkt der Gefahrerhöhung einen unseren Geschäftsgrundsätzen entsprechende höheren Beitrag verlangen. Dabei werden für den höheren Beitrag erneut Abschlusskosten nach § 22 fällig.

Eine Beitragserhöhung hat keine Auswirkung auf die Höhe der versicherten Leistung. Erhöhen wir den Beitrag um mehr als zehn Prozent, können Sie Ihren Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Beitragserhöhung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

Wir erhöhen Ihren Beitrag nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass die Vornahme der Gefahrerhöhung unverschuldet erfolgt ist. Erkennen Sie die Gefahrerhöhung nachträglich und zeigen uns diese nicht an, können wir eine Beitragserhöhung auch bei einer unverschuldeten Gefahrerhöhung vornehmen.

Unser Recht zur Beitragserhöhung erlischt, wenn wir dieses nicht innerhalb eines Monats ab dem Zeitpunkt geltend machen, zu dem wir von der Gefahrerhöhung Kenntnis erlangen.

Folgen der Anzeigepflichtverletzung

- (10) Kommen Sie Ihrer Anzeigepflicht nach Absatz 7 nicht nach, gilt: Tritt ein Versicherungsfall nach Gefahrerhöhung ein, reduziert sich die Leistung. Die Versicherungssumme berechnen wir dann unter Zugrundelegung des Raucher tariffs nach unseren Geschäftsgrundsätzen rückwirkend ab Gefahrerhöhung neu.

Auf eine Leistungsminderung können wir uns berufen, wenn einer der folgenden Punkte erfüllt ist:

- Die Verletzung der Anzeigepflicht erfolgte nicht einfach fahrlässig oder unverschuldet.
- Der Versicherungsfall tritt später als einen Monat nach dem Zeitpunkt ein, zu dem die Anzeige uns zugegangen hätte sein müssen.
- Uns war die Gefahrerhöhung nicht bekannt.
- Die Gefahrerhöhung war ursächlich für den Eintritt des Versicherungsfalles.

Ausschluss

- (11) Wir verzichten auf unsere gesetzlichen Rechte, den Vertrag wegen einer Gefahrerhöhung zu kündigen oder die erhöhte Gefahr vom Versicherungsschutz auszuschließen.

Wir werden uns im Fall der Gefahrerhöhung nicht auf eine Beitragserhöhung und Leistungsminderung berufen, wenn seit der Gefahrerhöhung fünf Jahre vergangen sind. Haben Sie Ihre Anzeigepflicht nach Absatz 7 vorsätzlich oder arglistig verletzt, verlängert sich diese Frist auf zehn Jahre.

Nachprüfungsrecht

- (12) Während der Laufzeit des Vertrags können wir regelmäßig prüfen, ob die versicherte Person weiterhin Nichtraucher ist. Dies kann maximal einmal im Jahr erfolgen. Dazu können wir sachdienliche Auskünfte von Ihnen oder der versicherten Person verlangen. Besteht der Verdacht, dass die versicherte Person raucht, können wir gegebenenfalls eine medizinische Untersuchung auf unsere Kosten verlangen.
- (13) Teilen Sie oder die versicherte Person uns die geforderten Auskünfte nicht mit, können wir im Versicherungsfall unsere Leistung nach Absatz 10 reduzieren. Gleiches gilt, wenn sich die versicherte Person der medizinischen Untersuchung nicht zur Verfügung stellt.

§ 24 – Was gilt bei Vereinbarung des Raucher tariffs?

- (1) Haben Sie den **Premium Schutz** oder den **Premium Plus Schutz** abgeschlossen und hat mindestens eine versicherte Person mit dem Rauchen aufgehört, gilt diese versicherte Person nach Ablauf der in § 23 Absätze 1 und 2 aufgeführten Zeiträume als Nichtraucher. In diesem Fall berechnen wir den Beitrag unter Zugrundelegung des jeweiligen Tarifs nach unseren Geschäftsgrundsätzen ab dem nächsten Termin der Beitragsfälligkeit neu. Liegen zwischen der Meldung und dem nächsten Zahltermin weniger als vier Wochen, ändern wir den Beitrag erst zum übernächsten Termin einer Beitragsfälligkeit.
- (2) Ab der Änderung des Beitrags gilt § 23 Absätze 4 bis 13 entsprechend.

§ 25 – Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?

- (1) Ändert sich Ihre Postanschrift, müssen Sie uns dies unverzüglich mitteilen. Sonst erhalten Sie wichtige Mitteilungen vielleicht nicht rechtzeitig. Hierdurch können für Sie Nachteile entstehen. Nach § 13 VVG gilt eine Ihnen gegenüber abzugebende Willenserklärung drei Tage nach Absendung als Ihnen zugegangen. Dazu müssen wir sie mit eingeschriebenem Brief an die Anschrift gesendet haben, die Sie uns zuletzt gemeldet haben.

Dies gilt auch bei einer für Ihren Gewerbebetrieb abgeschlossenen Versicherung, wenn Sie Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

- (2) Absatz 1 gilt entsprechend, wenn Sie Ihren Namen ändern.
- (3) Halten Sie sich längere Zeit nicht an der uns bekannten Postanschrift auf, erhalten Sie wichtige Mitteilungen vielleicht nicht rechtzeitig. Wir empfehlen Ihnen, uns für diese Zeit einen Zustellungsbevollmächtigten zu nennen. Diese Person ist dann bevollmächtigt, unsere Mitteilungen für Sie entgegen zu nehmen. Diese Person sollte im Inland ansässig sein.

§ 26 – Welche Kosten und Gebühren dürfen wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen?

- (1) Wir können Ihnen separate Kosten berechnen, falls aus besonderen von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand entsteht.
- (2) In folgenden Fällen können wir Ihnen pauschal zusätzliche Kosten gesondert berechnen:
 - Rückläufer im Lastschriftverfahren

- Erstellung einer Ersatzurkunde für den Versicherungsschein
 - Durchführung von Vertragsänderungen
 - Abtretungen und Verpfändungen
 - Zahlungsrückstände
 - zusätzliche individuelle Wertanfragen
- (3) Die Höhe der zum Zeitpunkt der Angebotserstellung gültigen Kosten finden Sie in der beiliegenden Gebührentabelle. Dort ist auch vermerkt, ob die Kosten derzeit erhoben werden. Wir können eine Änderung der Gebührensätze und der derzeit kostenfreien Vorgänge für die Zukunft nach billigem Ermessen vornehmen. Erklärungen zum billigen Ermessen finden Sie in § 315 BGB. Die jeweils aktuelle Gebührentabelle können Sie bei uns anfordern.
- (4) Wir orientieren uns bei der Bemessung der Pauschale an den bei uns regelmäßig entstehenden Kosten. Interne Personalkosten berücksichtigen wir dabei nicht.
- Die Beweislast für die Angemessenheit der Pauschale tragen wir. Haben wir im Streitfall diesen Nachweis erbracht, gilt Folgendes:
- Wir reduzieren die Pauschale, wenn Sie uns nachweisen, dass die Pauschale in Ihrem Fall wesentlich niedriger liegen muss.
 - Die Pauschale entfällt, wenn Sie uns nachweisen, dass die Pauschale in Ihrem Fall überhaupt nicht gerechtfertigt ist.

§ 27 – Welches Recht gilt für den Vertrag und welche Sprache ist Vertragssprache?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Die Vertragssprache ist Deutsch.

§ 28 – Wo ist der Gerichtsstand?

Wir informieren Sie, welche Gerichte für Klagen aus dem Versicherungsvertrag zuständig sind.

(1) Klagen aus dem Vertrag gegen uns

Klagen aus dem Vertrag gegen uns müssen Sie bei einem zuständigen Gericht erheben.

Zuständig sind grundsätzlich folgende Gerichte:

- Gericht, in dessen Bezirk unser Sitz liegt.
- Gericht, in dessen Bezirk unsere für den Versicherungsvertrag zuständige Niederlassung liegt.

Unter bestimmten Voraussetzungen können weitere Gerichte zuständig sein:

- Sind Sie eine natürliche Person, gilt:
Zusätzlich ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie bei Erhebung der Klage Ihren Wohnsitz haben.
Haben Sie keinen Wohnsitz, gilt stattdessen: Zusätzlich ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie bei Erhebung der Klage Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
- Sind Sie eine juristische Person, gilt:
Zusätzlich ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie bei Erhebung der Klage Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

(2) Klagen aus dem Vertrag gegen Sie

Klagen aus dem Vertrag gegen Sie müssen wir bei einem zuständigen Gericht erheben.

Zuständig sind grundsätzlich folgende Gerichte:

- Sind Sie eine natürliche Person, gilt:
Es ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie bei Erhebung der Klage Ihren Wohnsitz haben.
Haben Sie keinen Wohnsitz, gilt stattdessen: Es ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie bei Erhebung der Klage Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
- Sind Sie eine juristische Person, gilt:
Es ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie bei Erhebung der Klage Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

- (3) Haben Sie nach Abschluss des Vertrags Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb
- der Europäischen Union,
 - Islands,
 - Norwegens oder
 - der Schweiz

verlegt, gilt: Anders als in den Absätzen 1 und 2 beschrieben, sind für Klagen aus dem Vertrag nur die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

Dies gilt ebenso, wenn Sie eine juristische Person sind und Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung in einen Staat nach Satz 1 verlegt haben.

- (4) Haben Sie keinen Wohnsitz, gilt Absatz 3 entsprechend für den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts.
- (5) Ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt bei Erhebung der Klage nicht bekannt, sind für Klagen aus dem Vertrag nur die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

§ 29 – Wann können wir Ihre Beiträge oder Leistungen anpassen?

- (1) Wir können nach § 163 VVG Ihren Beitrag anpassen, wenn alle der folgenden Kriterien erfüllt sind:

1. Der Leistungsbedarf hat sich nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den Rechnungsgrundlagen des vereinbarten Beitrags geändert.
2. Der nach den berichtigten Rechnungsgrundlagen angepasste Beitrag ist angemessen.
3. Den nach den berichtigten Rechnungsgrundlagen angepasste Beitrag benötigen wir, um unsere Leistungen dauerhaft zu erfüllen.
4. Ein unabhängiger Treuhänder hat die Rechnungsgrundlagen und die unter 1. bis 3. genannten Voraussetzungen überprüft und bestätigt.

Eine Anpassung des Beitrags ist ausgeschlossen, wenn

- unsere Leistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und
 - ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen hätte erkennen müssen.
- (2) Sie können verlangen, dass statt einer Erhöhung des Beitrags nach Absatz 1 die Leistungen reduziert werden. Bei beitragsfreien Versicherungen können wir unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 die Leistung reduzieren.
- (3) Die Anpassung des Beitrags und der Leistungen wird zu Beginn des zweiten Monats nach unserer Mitteilung wirksam. Wir teilen Ihnen darin die Anpassung und die hierfür maßgeblichen Gründe mit.
- (4) Die Mitwirkung des Treuhänders nach Absatz 1 entfällt, wenn die Anpassung der Leistungen der Genehmigung der Aufsichtsbehörde bedarf.

§ 30 – Was gilt bei Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen?

- (1) Einzelne Bestimmungen dieser Bedingungen können unwirksam sein oder werden. Ist dies der Fall, so berührt dies nicht die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen und des Vertrags.

Wir können die unwirksamen Bestimmungen auch für die bestehenden Verträge ersetzen. Dafür muss mindestens eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

- Die neuen Bestimmungen sind zur Fortführung des Vertrags notwendig.
- Das Festhalten am Vertrag ohne neue Regelung stellt für einen Vertragspartner eine unzumutbare Härte dar.

Dass die Klausel unwirksam ist, muss durch

- eine höchstrichterliche Entscheidung oder
- einen bestandskräftigen Verwaltungsakt

festgestellt worden sein.

Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn Folgendes gilt:

- Das Vertragsziel wird gewahrt.
- Die Interessen der Versicherungsnehmer werden angemessen berücksichtigt.

Wir teilen Ihnen die neue Regelung und die dafür entscheidenden Gründe mit. Zwei Wochen später wird die neue Regelung Bestandteil des Vertrags.

Die gesetzliche Grundlage für das beschriebene Verfahren finden Sie in § 164 VVG.

- (2) Wir haben uns in diesen Bedingungen auf die zum Zeitpunkt Ihres Vertragsabschlusses gültigen Gesetze bezogen oder auf solche verwiesen. Bitte beachten Sie: Diese Gesetze können während des Vertragsverlaufs geändert oder ersetzt werden oder entfallen.

§ 31 – Welche Regelungen gelten bei Sonderkonditionen auf Grund einer kollektivrechtlichen Vereinbarung?

- (1) Ihr Vertrag enthält gegebenenfalls eine Sonderkondition auf Grund einer kollektivrechtlichen Vereinbarung. Durch die Kollektivvertragsnummer und gegebenenfalls über den Personenkreis wird die Gruppe von Verträgen definiert, zu der Ihr Vertrag gehört. Diese Informationen und die für Ihren Vertrag geltende Sonderkondition finden Sie in Ihrem Versicherungsschein.

- (2) Wenn Ihrem Vertrag eine Sonderkondition nach Absatz 1 zu Grunde liegt, gelten besondere Regelungen:

Sie müssen uns ein Ausscheiden aus der für diese Sonderkondition definierten Gruppe nach Absatz 1 Satz 2 unverzüglich mitteilen.

Scheiden Sie aus dem für die Gewährung dieser Sonderkonditionen definierten Gruppe aus, entfällt die für Ihren Vertrag erhaltene Vergünstigung. Sie können dann zwischen zwei Möglichkeiten, den Vertrag fortzuführen, wählen:

1. Sie zahlen den gleichen Beitrag weiter. Dadurch reduziert sich die Leistung Ihrer Versicherung.
2. Sie zahlen einen erhöhten Beitrag. Dadurch bleibt die Leistung Ihrer Versicherung gleich.

In beiden Fällen ist keine erneute Risikoprüfung notwendig.

- (3) Wird die kollektivrechtliche Vereinbarung gekündigt, entfällt diese Sonderkondition für Ihren Vertrag. Wir werden Sie darüber informieren. Für die Fortsetzung des Vertrags gilt Absatz 2 entsprechend.

- (4) Melden Sie uns den Wegfall der Voraussetzungen nicht, verringern wir die versicherten Leistungen. Dazu berechnen wir die versicherten Leistungen rückwirkend zum Wegfall der Voraussetzungen ohne Berücksichtigung dieser Sonderkondition neu.

§ 32 – Was gilt für das Beschwerdemanagement?

- (1) Es ist uns wichtig, Ihnen erstklassige Leistungen zu bieten und auf Ihre Bedürfnisse einzugehen. Sind Sie dennoch mit unseren Produkten oder unserem Service nicht zufrieden, dann lassen Sie uns dies bitte wissen. Lesen Sie dazu Absatz 4. Wir nehmen Ihre Anregungen, Beschwerden und Ihre Kritik sehr ernst.

(2) Anlaufstellen für Ihre Anliegen

1. Versicherungsombudsmann

Sie haben die Möglichkeit sich an den Versicherungsombudsmann zu wenden. Diese außergerichtliche Schlichtungsstelle vermittelt bei Meinungsverschiedenheiten zwischen Kunden und Versicherern.

Versicherungsombudsmann e.V.

Postfach 080632

10006 Berlin

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Tel. 0800 3696000*

Fax 0800 3699000*

(* kostenlos aus deutschen Telefonnetzen)

www.versicherungsombudsmann.de

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Voraussetzung für das Schlichtungsverfahren vor dem Ombudsmann ist aber, dass Sie uns zunächst ermöglichen, unsere Entscheidung zu überprüfen.

2. Online-Streitbelegungsplattform

Sofern Sie als Verbraucher den Versicherungsvertrag online (beispielsweise über unsere Website) geschlossen haben, können Sie für Ihre Beschwerde auch die von der Europäischen Kommission eingerichtete Online-Streitbelegungsplattform nutzen: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

Ihre Beschwerde wird von dort aus an die zuständige außergerichtliche Schlichtungsstelle weitergeleitet.

3. Die für uns zuständige Versicherungsaufsicht

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Sektor Versicherungsaufsicht

Graurheindorfer Straße 108

53117 Bonn

E-Mail: poststelle@bafin.de

Tel. 0228 4108-0

Fax 0228 4108-1550

(3) Rechtsweg

Sie können mit Ihren Anliegen zusätzlich auch den Rechtsweg beschreiten.

(4) Unser Beschwerdemanagement

Mit Ihren Anliegen erreichen Sie uns unter der Telefonnummer 09561 96-50740 oder postalisch unter der folgenden Adresse:

HUK-COBURG-Lebensversicherung AG

Beschwerdemanagement

Bahnhofplatz

96440 Coburg

Sie können sich auch über ein Online-Formular an uns wenden. Das Kontaktformular für Ihre Beschwerde und weitere Informationen finden Sie auf www.HUK.de/beschwerde.

Selbstverständlich setzen wir alles daran, Ihr Anliegen so schnell wie möglich und zu Ihrer Zufriedenheit zu beantworten. Falls eine abschließende Bearbeitung nicht innerhalb von sieben Arbeitstagen möglich ist, erhalten Sie einen Zwischenbescheid.

Um Ihr Anliegen schnell und umfassend zu bearbeiten, bitten wir Sie um folgende Informationen:

- Name
- Adresse
- Telefon
- Versicherungsnummer
- Schilderung Ihres Anliegens