

Allgemeine Bedingungen für die Risikoablebensversicherung (HA08)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner; für unser Vertragsverhältnis nach Tarif HA08 gelten die nachfolgenden Bedingungen.

Inhaltsverzeichnis

Begriffserläuterungen

- § 1 Welche Leistungen erbringen wir?
- § 2 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?
- § 3 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?
- § 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- § 5 Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?
- § 6 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Anzeigepflichten sind während der Vertragsdauer zu beachten?
- § 7 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?
- § 8 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
- § 9 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?
- § 10 Wie werden die Kosten des Vertrags verrechnet?
- § 11 Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird?
- § 12 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?
- § 13 Wer erhält die Versicherungsleistung?
- § 14 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?
- § 15 Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?
- § 16 Welche Gebühren stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?
- § 17 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?
- § 18 Wo ist der Gerichtsstand?
- § 19 Wo sind die vertraglichen Verpflichtungen zu erfüllen?

Begriffserläuterungen

Bitte lesen Sie die folgenden Begriffserläuterungen sorgfältig durch – sie sind für das Verständnis dieser Allgemeinen Bedingungen notwendig.

Abrechnungsdatum ist der Termin zu dem wir Ihre vorgezogene Todesfalleistung abrechnen. Dies ist der auf das Diagnosedatum der schweren Krankheit gemäß § 1 Absatz 3 folgende Monatserste.

Auszahlungsdatum ist der Termin an dem wir die Auszahlung Ihrer vorgezogenen Todesfalleistung veranlassen.

Bezugsberechtigter (Begünstigter) ist die Person, die für den Empfang der Leistung des Versicherers genannt ist.

Deckungsrückstellung ist zu bilden, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können.

Diagnosedatum ist der Termin an dem Ihr behandelnder Facharzt eine schwere Krankheit gemäß § 1 Absatz 3 diagnostiziert.

Tarif ist eine detaillierte Aufstellung jener Bestimmungen und versicherungsmathematischen Formeln, anhand derer die Leistung des Versicherers und die Gegenleistung des Versicherungsnehmers (Versicherungsbeitrag) zu berechnen sind, die der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) vorgelegt wurden.

Versicherer ist die WWK Lebensversicherung a. G., Marsstraße 37, D-80292 München.

Versicherte Person ist die Person, deren Leben versichert ist.

Versicherungsnehmer ist der Vertragspartner des Versicherers und Träger der Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag.

Versicherungsbeitrag ist das vom Versicherungsnehmer zu zahlende Entgelt.

Versicherungssumme ist die im Rahmen der Allgemeinen Bedingungen garantierte Leistung des Versicherers im Ablebensfall, welche im Versicherungsschein ausgewiesen ist.

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

1. Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer stirbt.
2. Bei Diagnose einer schweren Krankheit während der Versicherungsdauer gemäß Absatz 3 mit einer prognostizierten Lebenserwartung von maximal zwölf Monaten ab dem Diagnosedatum (Terminal Illness) zahlen wir für die versicherte Person innerhalb der Versicherungsdauer auf Ihren Antrag die vereinbarte vorgezogene Todesfalleistung gemäß Absatz 4, bereits vor dem Tod der versicherten Person aus, sofern uns die Diagnose nachgewiesen wird und soweit keine Einschränkungen, die sich aus diesen Allgemeinen Bedingungen oder anzuwendenden gesetzlichen Regelungen ergeben, dem entgegenstehen.
3. Eine schwere Krankheit im Sinne dieser Allgemeinen Bedingungen ist jede fortschreitende, sich schnell entwickelnde, unheilbare Krankheit die nach Ansicht des behandelnden Facharztes und eines durch uns beauftragten Facharztes oder unseres Gesellschaftsarztes innerhalb von zwölf Monaten zum Tod der versicherten Person führen wird. In Zweifelsfällen sind wir berechtigt, die Stellungnahme eines unabhängigen Facharztes einzuholen.
4. Die vereinbarte vorgezogene Todesfalleistung wird zum Abrechnungsdatum ermittelt. Sie beträgt 97 % der zum Abrechnungsdatum vereinbarten Versicherungssumme.
5. Mit Auszahlung der vorgezogenen Todesfalleistung endet dieser Versicherungsvertrag rückwirkend zum Abrechnungsdatum.
6. Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen erhalten Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (vgl. § 2).
7. Stirbt die versicherte Person vor Auszahlung der vorgezogenen Todesfalleistung zahlen wir die vereinbarte Versicherungssumme gemäß Absatz 1.

§ 2 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer an den Überschüssen und ggf. an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des deutschen Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Die Bewertungsreserven werden dabei im Anhang des Geschäftsberichtes ausgewiesen. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist der für uns zuständigen deutschen Aufsichtsbehörde einzureichen.

Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

1. Überschüsse entstehen dann, wenn Sterblichkeit und Kosten günstiger sind, als bei der Tarifikalkulation angenommen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer nach der deutschen Verordnung über die Mindest-

beitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) angemessen beteiligt und zwar nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung am Risikoergebnis (Sterblichkeit) grundsätzlich zu mindestens 90 % und am übrigen Ergebnis (einschließlich Kosten) grundsätzlich zu mindestens 50 %.

Weitere Überschüsse stammen aus den Erträgen der Kapitalanlagen. Von den Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen der überschussberechtigten Versicherungen vorgesehen sind, erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in der Mindestzuführungsverordnung genannten Prozentsatz. In der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben. Aus diesem Betrag werden zunächst die Beträge finanziert, die für die garantierten Versicherungsleistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer.

2. Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Gruppen zusammengefasst. Gruppen bilden wir beispielsweise, um das versicherte Risiko wie das Todesfall- oder Berufsunfähigkeitsrisiko zu berücksichtigen. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Gruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Hat eine Gruppe nicht zur Entstehung von Überschüssen beigetragen, bekommt sie auch keine Überschüsse zugewiesen. Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der so genannten Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 140 Absatz 1 des deutschen Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen, soweit die Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 140 Absatz 1 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 aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen. Wenn wir die Rückstellung für Beitragsrückerstattung zum Verlustausgleich oder zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen, belasten wir die Versichertenbestände verursachungsorientiert.
3. Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Bewertungsreserven sorgen für Sicherheit und dienen dazu, kurzfristige Ausschläge an den Kapitalmärkten auszugleichen. Ein Teil der Bewertungsreserven fließt den Versicherungsnehmern unmittelbar zu. Dafür werden die Bewertungsreserven monatlich neu ermittelt und den anspruchsberechtigten Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren zugeordnet. Das jeweilige Verfahren wird im jährlichen Geschäftsbericht beschrieben. Bei Beendigung des Vertrags durch Tod, Auszahlung der vorgezogenen Todesfallleistung, Kündigung oder Ablauf werden die Ihrem Vertrag für diesen Zeitpunkt zugeordneten Bewertungsreserven zur Hälfte zugeteilt. Für die Höhe des zuzuteilenden Betrags kann ein Mindestbetrag festgelegt werden, der unabhängig von der Höhe der tatsächlichen Bewertungsreserven nicht unterschritten wird. Dieser Mindestbetrag wird jährlich für die im nächsten Geschäftsjahr zuzuteilenden Bewertungs-

reserven vom Vorstand unseres Unternehmens festgelegt und im Geschäftsbericht veröffentlicht. Die Beteiligung an Bewertungsreserven steht gemäß § 153 Absatz 3 des deutschen Versicherungsvertragsgesetzes unter dem Vorbehalt, dass die für uns geltenden aufsichtsrechtlichen Regelungen über die Kapitalausstattung eingehalten werden.

Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages

4. Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen derjenigen Gruppe, die in Ihrem Versicherungsschein genannt ist. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Den Geschäftsbericht können Sie bei uns jederzeit anfordern.

Wartezeit

5. Die Überschussbeteiligung setzt mit Versicherungsbeginn ein.

Art der Überschussanteile

6. Wir vergüten bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung laufende Überschussanteile, bei beitragsfrei gestellten Versicherungen jährliche Überschussanteile.

Bemessungsgrößen für die Überschussanteile

7. Die Bemessungsgrößen für die Überschussanteile werden nach versicherungsmathematischen Regeln mit den Rechnungsgrundlagen der Tariffkalkulation ermittelt. Bei der Tariffkalkulation für die Risikolebensversicherung haben wir die Nichtrauchersterbetafeln WWK2012T NR bzw. die Rauchersterbetafeln WWK2012T R verwendet und als Rechnungszins 0,90 % angesetzt.
8. Die laufenden Überschussanteile bemessen sich am Beitrag, die jährlichen Überschussanteile am überschussberechtigten Deckungskapital.

Anspruch und Ausschüttung

9. Der Anspruch auf den laufenden Überschussanteil entsteht bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung mit jeder gezahlten Beitragsrate.

Die jährlichen Überschussanteile werden jeweils am Ende eines Geschäftsjahres an alle Versicherungen, die zu diesem Zeitpunkt noch in Kraft sind, ausgeschüttet.

Endet Ihr Versicherungsvertrag durch Tod, Auszahlung der vorgezogenen Todesfallleistung, Kündigung oder Ablauf der Versicherungsdauer während eines Geschäftsjahres, vergüten wir für die seit Beginn dieses Geschäftsjahres bis zur Beendigung des Vertrages zurückgelegte Zeit einen anteilig gekürzten jährlichen Überschussanteil.

Überschussverwendung: Sofortverrechnung

10. Vorgesehen ist für Ihren Vertrag das Überschussystem Sofortverrechnung. Das bedeutet, dass die laufenden Überschussanteile mit den gezahlten Beiträgen verrechnet werden (Sofortverrechnung).

Bei beitragsfreien und beitragsfrei gestellten Versicherungen werden die jährlichen Überschussanteile verzinslich angesammelt (vgl. Absatz 11).

Überschussverwendung: verzinsliche Ansammlung

11. Auf Ihren Antrag hin werden die laufenden und jährlichen Überschussanteile im Ansammlungsguthaben verzinslich angesammelt und bei Beendigung der Versicherung durch Tod, Auszahlung der vorgezogenen Todesfallleistung, Kündigung oder Ablauf der Versicherungsdauer ausgezahlt (verzinsliche Ansammlung).

12. Das Ansammlungsguthaben können Sie jederzeit zum Ende eines Monats kündigen. Sie erhalten dann das bis dahin angesammelte Ansammlungsguthaben.

Wechsel in ein anderes Überschusssystem

13. Sie können jederzeit mit einer Frist von einem Monat zum Monatsende vom aktuell gewählten Überschusssystem in das Überschusssystem „verzinsliche Ansammlung“ wechseln.
14. Ein Wechsel vom aktuell gewählten Überschusssystem in das Überschusssystem „Sofortverrechnung“ ist jederzeit zum Ende eines Monats möglich. Ein gegebenenfalls vorhandenes Ansammlungsguthaben bleibt bestehen.

Information über die Höhe der Überschussbeteiligung

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

§ 3 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie den ersten Beitrag (Einlösungsbeitrag) rechtzeitig (vgl. § 8) gezahlt und wir die Annahme Ihres Antrages schriftlich oder durch Aushändigung des Versicherungsscheins erklärt haben. Vor dem in Ihrem Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung besteht jedoch noch kein Versicherungsschutz.

§ 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

1. Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht.
2. Bei einem Versicherungsfall in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit inneren Unruhen, an denen die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat, sowie mit Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen beschränkt sich unsere Leistungspflicht allerdings auf die Auszahlung des für die Bildung einer beitragsfreien Versicherung am Stichtag (vgl. Absatz 5) zur Verfügung stehenden Betrags (vgl. § 9 Absatz 4).
3. Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht entfällt, wenn die versicherte Person auf Reisen oder während eines Auslandsaufenthalts außerhalb Österreichs von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen, an welchen sie nicht aktiv beteiligt ist, betroffen wird.
4. Bei einem Versicherungsfall 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 die Bildung einer beitragsfreien Versicherung am Stichtag (vgl. Absatz 5) zur Verfügung stehenden Betrags (vgl. § 9 Absatz 4). Bei Zusammentreffen von Absatz 2 und Absatz 4 gilt Absatz 2.
5. Als Stichtag wird der nächste Monatserste zugrunde gelegt, der dem Tag des Versicherungsfalles folgt.
6. Wir leisten keine vorgezogene Todesfallleistung, wenn:
 - a) die schwere Krankheit gemäß § 1 Absatz 3 durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung der versicherten Person verursacht ist. 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) die schwere Krankheit gemäß § 1 Absatz 3 durch eine widerrechtliche Handlung verursacht ist, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die schwere, unheil-

bare Krankheit gemäß § 1 Absatz 3 der versicherten Person herbeigeführt haben;

- c) die verbleibende Versicherungsdauer weniger als zwölf Monate ab Diagnosedatum beträgt.

§ 5 Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person?

1. Bei vorsätzlicher Selbsttötung der versicherten Person leisten wir, wenn seit Abschluss des Versicherungsvertrags mindestens drei Jahre vergangen sind.
Bei einer rechtmäßigen Ausführung einer rechtmäßigen Patientenverfügung (beispielsweise durch Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen) handelt es sich nicht um eine vorsätzliche Selbsttötung im Sinne dieser Bedingungen.
2. Bei vorsätzlicher Selbsttötung vor Ablauf der Dreijahresfrist besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist. Anderenfalls beschränkt sich unsere Leistung auf Auszahlung des für die Bildung einer beitragsfreien Versicherung am Stichtag zur Verfügung stehenden Betrags (vgl. § 9 Absatz 4). Als Stichtag wird der nächste Monatserste zugrunde gelegt, der dem Todestag folgt.
3. Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung. Die Frist nach Absatz 1 beginnt mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

§ 6 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Anzeigepflichten sind während der Vertragsdauer zu beachten?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

1. Wir übernehmen den Versicherungsschutz unter der Voraussetzung, dass Sie alle vor Vertragsabschluss in geschriebener Form gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden, besonderen beruflichen und privaten Risiken (z. B. Umgang mit Sprengstoffen, energiereichen Strahlen, gesundheitsschädlichen Stoffen, beim Rennsport, als Motor- oder Segelflieger, Fallschirmspringer, Drachenflieger, Taucher, Extremsportler) und Rauchen von Zigaretten.
Dieser Tarif ist kalkuliert für Personen, differenziert nach Nichtraucher und Raucher, die gesund und keinen besonderen Risiken ausgesetzt sind. Wurde eine unrichtige Erklärung abgegeben, kann dies den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben.
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 erheblich sind, von Ihnen oder der versicherten Person (vgl. Absatz 2) nicht, nicht vollständig oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten.
Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht nicht schuldhaft verletzt worden ist oder wenn wir den nicht angezeigten Umstand kannten oder 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, nicht vollständig 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. Wurde die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

5. Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, erlischt sie, ohne dass eine Leistung anfällt. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Vertragsanpassung

6. Können wir nicht zurücktreten, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nicht schuldhaft erfolgte, sind wir berechtigt, den Vertrag ab Beginn der laufenden Versicherungsperiode anzupassen und einen höheren Beitrag zu verlangen, wenn diese mit Rücksicht auf die höhere Gefahr angemessen ist.

Kündigung

7. Wenn eine Vertragsanpassung nicht möglich ist (weil wir die höhere Gefahr nach unseren tariflichen Grundsätzen auch nicht gegen eine höhere Prämie übernommen hätten), sind wir berechtigt, den Vertrag zu kündigen. Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt er sich nach Maßgabe des § 9 Absätze 3 bis 7 in einen beitragsfreien Vertrag um.

Ausübung unserer Rechte

8. Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Vertragsanpassung und zur Kündigung nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in geschriebener Form auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen unsere Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände innerhalb eines Monats nach deren Kenntniserlangung angeben.
9. Unsere Rechte auf Rücktritt, Vertragsanpassung und Kündigung sind ausgeschlossen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Wenn falsche oder unvollständige Angaben von Ihnen oder der versicherten Person nicht schuldhaft gemacht wurden, verzichten wir auf die Vertragsanpassung oder Kündigung.

10. Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von drei Jahren seit Vertragsabschluss ausüben. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

11. Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige, fehlende oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmeentscheidung 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. Die Absätze 4 und 5 gelten entsprechend.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

12. Die Absätze 1 bis 11 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die vorgenannten Fristen beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

Erklärungsempfänger

13. Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Vertragsanpassung, zur Kündigung sowie zur Anfechtung üben wir durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem 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.

14. Auf den Rücktritt, die Vertragsanpassung, die Kündigung oder Anfechtung des Versicherungsvertrages können wir uns auch dritten Berechtigten gegenüber berufen.

Anzeigepflichten während der Laufzeit des Vertrages durch die versicherte Person

15. Eine Änderung des Nichtraucherstatus ist uns innerhalb von drei Monaten anzuzeigen. Die Versicherung wird dann ab dem auf die Anzeige folgenden Beginn der nächsten Beitragszahlung auf den Status „Raucher“ umgestellt. Diese Umstellung bewirkt eine Beitragserhöhung auf den dann für Raucher gültigen Beitrag. Diesen werden wir Ihnen gesondert mitteilen. Tritt nach Ablauf dieser Frist der Leistungsfall ein, ohne dass eine Änderungsanzeige erfolgt ist, vermindert sich die Todesfallsumme auf diejenige eines Rauchers mit dem entsprechenden Beitrag.
16. Wir sind berechtigt, die versicherte Person auch während der Vertragslaufzeit aufzufordern, uns zu erklären, ob sie Nichtraucher geblieben ist. Diese Abfrage darf jedoch nicht häufiger als alle fünf Jahre erfolgen. Wenn die von uns verlangte Erklärung gemäß Absatz 15 nicht vorgelegt wird oder die versicherte Person zum Raucher geworden ist, sind wir berechtigt, mit Wirkung ab Beginn der nächsten fälligen Beitragszahlung Ihre Versicherung auf den Status „Raucher“ umzustellen. Diese Umstellung bewirkt eine Beitragserhöhung auf den dann für Raucher gültigen Beitrag. Diesen werden wir Ihnen gesondert mitteilen.
17. Wurde eine unrichtige Erklärung abgegeben, kann dies den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben.

Anzeigepflicht und Nachversicherung

18. Besteht bei Ihrem Vertrag die Möglichkeit einer Nachversicherung, finden die Absätze 1 bis 17 entsprechend auch für Versicherungsverträge Anwendung, die in Zusammenhang mit der Nachversicherung (vgl. gegebenenfalls Besondere Bedingungen für die Nachversicherung) zustande gekommen sind. Dem Abschluss einer Nachversicherung liegt die durchgeführte Gesundheitsprüfung des entsprechenden Ursprungsvertrages zugrunde. Sie bildet auch die Grundlage für die im Rahmen der Nachversicherung abgeschlossenen Verträge.

Bei Abschluss eines Versicherungsvertrages im Rahmen der Nachversicherung verzichten wir auf eine erneute Gesundheitsprüfung im Vertrauen drauf, dass Sie uns bei Schließung des entsprechenden Ursprungsvertrages alle bekannten Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, vollständig und richtig angezeigt haben. Sollte sich Ihr Gesundheitszustand nach Schließung des Ursprungsvertrages verschlechtert haben, müssen Sie uns dies daher nicht anzeigen.

Stellen wir bei dem Ursprungsvertrag eine Anzeigepflichtverletzung fest und treten wir deshalb von diesem Versicherungsvertrag zurück, kündigen diesen, fechten diesen an oder führen eine Vertragsanpassung durch, dann teilt ein Versicherungsvertrag im Rahmen der Nachversicherung das rechtliche Schicksal des Ursprungsvertrages. Entfällt daher unsere Leistungspflicht aus dem Ursprungsvertrag, wird dieser durch Rücktritt oder Anfechtung aufgehoben oder wird eine Kündigung oder Vertragsanpassung durchgeführt, gilt dies entsprechend auch für einen abgeschlossenen Versicherungsvertrag im Rahmen der Nachversicherung.

§ 7 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

1. Die Beiträge zu Ihrer Lebensversicherung können Sie je nach Vereinbarung durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjah-

res- oder Jahresbeiträge (laufende Beiträge) entrichten. Die Versicherungsperiode umfasst entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr, ein Halbjahr bzw. ein Jahr.

- Der erste Beitrag (Einlösungsbeitrag) wird mit Zustellung des Versicherungsscheines, nicht aber vor Versicherungsbeginn fällig. Er ist innerhalb zweier Wochen, ab dem im Versicherungsschein angegebenen Fälligkeitstag zu bezahlen. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.
- Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles Erforderliche getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem im Versicherungsschein angegebenen Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.
- Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.
- Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung (bei Tod der versicherten Person oder Auszahlung der vorgezogenen Todesfallleistung) werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

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

Einlösungsbeitrag (erster Beitrag)

- Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig (d.h. innerhalb von 14 Tagen nach Vertragsabschluss und Aufforderung zur Prämienzahlung) zahlen, können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben. Es gilt als Rücktritt, wenn wir unseren Anspruch auf den Einlösungsbeitrag nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend machen.
Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten der zur Gesundheitsprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchung verlangen.
- Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt und die unter Absatz 1 genannte Frist bereits abgelaufen, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in geschriebener Form oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert waren.

Folgebeitrag

- Wenn ein Folgebeitrag oder ein sonstiger Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig gezahlt worden ist oder eingezogen werden konnte, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in geschriebener Form. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist, können wir den Vertrag zum Ablauf der Frist kündigen, es sei denn, Sie waren an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert. Im Falle unserer Kündigung vermindert sich Ihr Versicherungsschutz auf die beitragsfreie Versicherungssumme oder entfällt bei Unterschreitung der Mindestversicherungssumme gemäß § 9 zur Gänze. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

Ist ein Folgebeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt und die unter Absatz 3 genannte Frist bereits abgelaufen, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn Sie weisen uns nach, dass Sie an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert waren.

§ 9 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?

Kündigung

- Sie können Ihre beitragspflichtige Versicherung jederzeit zum Schluss der Versicherungsperiode ganz oder teilweise kündigen
- Eine beitragsfreie Versicherung kann nicht gekündigt werden.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung bei Kündigung

- Bei Kündigung wandelt sich die Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Versicherungssumme gemäß den Absätzen 4 und 5 um.
Eine teilweise Kündigung entspricht einer teilweisen Befreiung von der Beitragszahlungspflicht gemäß den Absätzen 4 und 6.

Umwandlung in eine beitragsfreie bzw. beitragsreduzierte Versicherung

- Sie können unter Beachtung der in Absatz 1 genannten Termine und Fristen verlangen, ganz oder teilweise von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Fall setzen wir die Versicherungssumme bzw. die vorgezogene Todesfallleistung auf eine beitragsfreie Summe bzw. eine beitragsreduzierte Summe herab, die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung berechnet wird.

Der für die Bildung der beitragsfreien bzw. beitragsreduzierten Summe zur Verfügung stehende Betrag entspricht dem Deckungskapital ihrer Versicherung zum Umwandlungszeitpunkt vermindert um einen Abzug (Stornoabzug) und um rückständige Beiträge.

Der Abzug beträgt 50 % des Deckungskapitals zum Umwandlungszeitpunkt. Mit dem Abzug wird die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen; zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen.

Als Deckungskapital verwenden wir mindestens den Betrag des Deckungskapitals, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (vgl. § 10 Absatz 2 Satz 3) angesetzten einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre, maximal auf die Versicherungsdauer, ergibt.

Wenn Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beziffern ist, entfällt der Abzug bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.

Weitere Erläuterungen zum Abzug und seiner konkreten Höhe finden Sie im Versicherungsschein sowie im Anhang zu den Allgemeinen Bedingungen.

- Haben Sie vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt und erreicht die nach Absatz 4 zu berechnende beitragsfreie Versicherungssumme den Mindestbetrag von 2.500 EUR nicht, so erlischt die Versicherung und Sie erhalten den für die Bildung der beitragsfreien Versicherung zur Verfügung stehenden Betrag gemäß Absatz 4, ein evtl. vorhandenes Ansammlungsguthaben sowie die Zuteilung aus den Bewertungsreserven ausbezahlt.
- Haben Sie eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt und erreicht die nach Absatz 4 zu berechnende beitragsreduzierte Versicherungssumme den Mindestbetrag von 50.000 EUR nicht, ist eine teilweise Be-

freierung von der Beitragszahlungspflicht nicht möglich. In diesem Fall können Sie Ihre Versicherung nur vollständig beitragsfrei stellen.

Bei teilweiser Befreiung von der Beitragszahlungspflicht wird bei der Berechnung gemäß Absatz 4 ein entsprechend verminderter Abzug angesetzt.

Nachteile von Kündigung und Beitragsfreistellung

- Die Kündigung und die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung können für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 10) und dem vorgenannten Stornoabzug keine oder nur eine geringe beitragsfreie Versicherungssumme vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Versicherung zur Verfügung. Nähere Informationen zur beitragsfreien Versicherungssumme und ihrer Höhe können Sie der entsprechenden Tabelle im Versicherungsschein entnehmen.

Wiederinkraftsetzung

- Sie können Ihre beitragsfrei gestellte Versicherung innerhalb der ersten sechs Monate seit Fälligkeit des ersten unbezahlten Beitrags ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder in Kraft setzen lassen. Die auf die beitragsfreie Zeit entfallenden Beiträge sind nachzuentrichten.

Beitragsrückzahlung

- Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Policedarlehen

- Policedarlehen auf die Versicherungsleistung können Sie nicht erhalten.

Beitragspause

- Sind Sie unverschuldet (z. B. durch Arbeitslosigkeit) in Zahlungsschwierigkeiten geraten, haben Sie unter folgenden Voraussetzungen auf Antrag und mit unserer Zustimmung die Möglichkeit, eine Beitragspause von bis zu 24 Monaten bei vollem Versicherungsschutz zu vereinbaren:

- Sie haben bereits Beiträge zu Ihrer Versicherung für mindestens drei Jahre voll bezahlt,
- ein ausreichendes Ansammlungsguthaben (vgl. § 2 Absatz 11) ist vorhanden.

Die Beiträge werden während der Beitragspause zum Termin der jeweiligen Beitragsfälligkeit einem aktuell vorhandenen Ansammlungsguthaben entnommen. Ist kein Ansammlungsguthaben mehr vorhanden oder reicht dieses nicht mehr aus, ist die Beitragszahlung der Versicherung wieder aufzunehmen. Nehmen Sie die Beitragszahlung nicht wieder auf, stellen wir Ihre Versicherung beitragsfrei. Erreicht die nach Absatz 4 zu berechnende beitragsfreie Versicherungssumme den Mindestbetrag gemäß Absatz 5 nicht, wird die Versicherung aufgelöst, der Versicherungsschutz endet und Sie erhalten den für den für die Bildung der beitragsfreien Versicherung zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung zur Verfügung stehenden Betrag. Wir werden Sie rechtzeitig darauf hinweisen.

Die Option „Beitragspause“ kann für Sie Nachteile haben. Ein vorhandenes Ansammlungsguthaben reduziert sich um die während der Beitragspause entnommenen Beiträge.

Nach Beendigung der Beitragspause setzt die Beitragszahlung der Versicherung in der vereinbarten Höhe wieder ein.

§ 10 Wie werden die Kosten des Vertrags verrechnet?

- Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Es handelt sich um einmalige Abschluss- und Vertriebskosten sowie laufende Kosten.

Die Höhe der einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten sowie der laufenden Kosten können Sie dem Versicherungsschein entnehmen.

Bitte beachten Sie § 16 („Welche Gebühren stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?“).

In den Beitrag einkalkulierte Kosten

- Abschluss- und Vertriebskosten sowie laufende Kosten sind bereits pauschal bei der Tarifkalkulation berücksichtigt und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt.
- Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören insbesondere Abschlussvergütungen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschluss- und Vertriebskosten die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen.
- Für Ihren Versicherungsvertrag ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 der deutschen Deckungsrückstellungsverordnung maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen (einmalige Abschluss- und Vertriebskosten), soweit die Beiträge nicht für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und aufgrund von gesetzlichen Regelungen für die Bildung der Deckungsrückstellung bestimmt sind. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der deutschen Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Beiträge beschränkt.

Die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten werden gleichmäßig während der ersten 60 Vertragsmonate getilgt. Ist die vereinbarte Versicherungsdauer kürzer als 60 Monate, werden diese Kosten während der Versicherungsdauer getilgt.

- Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten sind Bestandteil der laufenden Kosten. Laufende Kosten fallen während der gesamten Vertragslaufzeit an. Zu den laufenden Kosten gehören insbesondere die Kosten für die laufende Verwaltung.

Auswirkungen

- Die in Absatz 4 beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung der für die Bildung einer beitragsfreien Versicherungsleistung erforderliche Mindestbetrag unter Umständen nicht erreicht wird (vgl. § 9 Absatz 5).

Nähere Informationen zu den Leistungen bei Kündigung und Beitragsfreistellung können Sie der entsprechenden Tabelle im Versicherungsschein entnehmen.

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

- Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir gegen Vorlage des Versicherungsscheins. Zusätzlich können wir auch den Nachweis der letzten Beitragszahlung verlangen.
- Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt der Empfangsberechtigte die damit verbundene Gefahr und Kosten.

Bei Todesfall

- Der Tod der versicherten Person ist uns unverzüglich anzuzeigen. Außer den in Absatz 1 genannten Unterlagen sind uns einzureichen
 - eine amtliche, Alter und Geburtsort enthaltende Sterbeurkunde,
 - ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache sowie über Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tode der versicherten Person geführt hat.
- Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise, insbesondere auch einen Erbschein,

verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen. Belege können wir nur insoweit verlangen, als deren Beschaffung dem Versicherungsnehmer (bzw. dem Leistungsempfänger) billigerweise zugemutet werden kann.

5. Die mit den Nachweisen verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Versicherungsleistung beansprucht.

Bei vorgezogener Todesfallleistung

6. Die Diagnose einer schweren Krankheit gemäß § 1 Absatz 3 der versicherten Person ist uns unverzüglich anzuzeigen. Außer den in Absatz 1 genannten Unterlagen sind uns einzureichen:
 - ein amtliches Zeugnis über den Tag der Geburt der versicherten Person;
 - ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie die prognostizierte Lebenserwartung;
 - ein Zeugnis eines Facharztes – einschließlich Befunden und, falls vorhanden, Krankenhausberichten –, aus dem hervorgeht, dass bei der versicherten Person eine schwere Krankheit gemäß § 1 Absatz 3 vorliegt.
 - weitere Nachweise und Auskünfte, die zur Klärung der Leistungspflicht erforderlich sind. Belege können wir nur insoweit verlangen, als deren Beschaffung dem Versicherungsnehmer (bzw. dem Leistungsempfänger) billigerweise zugemutet werden kann.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Anspruchs erhebende zu tragen.

In Zweifelsfällen sind wir berechtigt, die Stellungnahme eines unabhängigen Facharztes einzuholen.

§ 12 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

1. Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen, sofern uns dessen mangelnde Verfügungsbefugnis nicht bekannt ist. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.
2. In den Fällen des § 13 Absatz 4 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die schriftliche Anzeige des bisherigen Berechtigten vorliegt.
3. Wenn Sie den Versicherungsschein verlieren und uns den Verlust anzeigen, werden wir Ihnen auf Ihre Kosten (vgl. § 16) einen Ersatzversicherungsschein ausstellen.

Wir können verlangen, dass ein auf den Inhaber lautender Versicherungsschein gerichtlich für kraftlos erklärt wird.

§ 13 Wer erhält die Versicherungsleistung?

1. Die Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie – als unseren Versicherungsnehmer – oder an Ihre Erben, falls Sie uns keinen Bezugsberechtigten benannt haben. Bis zum Eintritt des Versicherungsfalles können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen. Die Bezeichnung des Bezugsberechtigten bzw. der Widerruf des Bezugsrechts müssen uns vor Eintritt des Versicherungsfalles angezeigt werden.
2. Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.
3. Sie können Ihre Rechte aus dem Versicherungsvertrag auch abtreten, vinkulieren oder verpfänden, soweit Sie Verfügungsbefugte sind.

4. Die Einräumung und der Widerruf eines widerruflichen Bezugsrechts (vgl. Absatz 1) sowie eine Abtretung oder Verpfändung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom Verfügungsberechtigten schriftlich angezeigt worden sind. Eine Vinkulierung bedarf zu ihrer Wirksamkeit auch unserer Zustimmung.

§ 14 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?

1. Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen, da eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Adresse abgesandt werden kann; unsere Erklärung wird in dem Zeitpunkt wirksam, in welchem sie Ihnen ohne die Adressänderung bei regelmäßiger Beförderung zugegangen sein würde. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.
2. Bei Änderung Ihres Namens gilt Absatz 1 entsprechend.

§ 15 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 unverzüglich – d. h. ohne schuldhaftes Zögern – zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.
2. Notwendige Informationen im Sinne von Absatz 1 sind insbesondere Umstände, die für die Beurteilung
 - Ihrer persönlichen Steuerpflicht,
 - der Steuerpflicht dritter Personen, die Rechte an ihrem Vertrag haben und
 - der Steuerpflicht des Leistungsempfängersmaßgebend sein können.

Dazu zählen die österreichische oder ausländische Steuerpflicht, der Geburtsort und der Wohnsitz. Welche Umstände dies nach derzeitiger Gesetzeslage im Einzelnen sind, können Sie den jeweiligen gesetzlichen Regelungen entnehmen.

Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, müssen Sie trotz einer nicht bestehenden Steuerpflicht davon ausgehen, dass wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden melden.

§ 16 Welche Gebühren stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

1. Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag gesondert in Rechnung stellen. Dies gilt bei
 - Ausstellung eines neuen Versicherungsscheins,
 - Fristsetzung in geschriebener Form bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen,
 - Durchführung von Vertragsänderungen,
 - Rückläufern im Lastschriftverfahren,Einzelheiten entnehmen Sie bitte der Gebührenübersicht im Versicherungsschein.
2. Diese Gebühren sind wertgesichert und verändern sich ab November eines jeden Kalenderjahres in demselben Ausmaß, in dem sich der von der STATISTIK AUSTRIA monat-

lich verlaubliche Verbraucherpreisindex 2000 oder ein von Amts wegen an seine Stelle tretender Index gegenüber dem für den Monat November des Jahres des Inkrafttretens des Tarifes (2016) verändert hat. Der Versicherer ist dessen unbeschadet berechtigt, geringere als die sich nach dieser Indexklausel ergebenden Gebühren zu verlangen, ohne dass dadurch das Recht verloren geht, für die Zukunft wieder die indexkonformen Gebühren zu verlangen.

3. 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.

§ 17 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Versicherungsvertragsrecht der Republik Österreich Anwendung.

§ 18 Wo ist der Gerichtsstand?

1. Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag können gegen uns bei dem für Ihren Wohnsitz zuständigen Gericht oder bei dem für unseren Geschäftssitz oder für unsere Niederlassung örtlich zuständigen Gericht (München) geltend gemacht werden. Ist Ihre Versicherung durch Vermittlung eines Vertragspartners im Außendienst zu Stande gekommen, kann auch das Gericht des Ortes angerufen werden, an dem der Vertragspartner im Außendienst zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder, wenn er eine solche nicht unterhielt, seinen Wohnsitz hatte.
2. Wir können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag an dem für Ihren Wohnsitz zuständigen Gericht geltend machen. Weitere gesetzliche Gerichtsstände können sich an dem für den Sitz oder die Niederlassung Ihres Geschäfts- oder Gewerbebetriebs örtlich zuständigen Gericht ergeben.
3. Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

§ 19 Wo sind die vertraglichen Verpflichtungen zu erfüllen?

1. Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten.
2. Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten. Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht (vgl. § 7 und § 8) alles Erforderliche getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht.