

Allgemeine Bedingungen für die Selbstständige Grundfähigkeitsversicherung (GSA22)

Als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner; für unser Vertragsverhältnis nach Tarif GSA22 gelten die nachfolgenden Bedingungen.

Inhaltsverzeichnis

Begriffserläuterungen

- § 1 Welche Leistungen erbringen wir?
- § 2 Wann liegt eine Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen vor?
- § 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?
- § 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?
- § 5 Können wir die Beiträge anheben?
- § 6 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- § 7 Erlischt der Versicherungsschutz bei einer Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland?
- § 8 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
- § 9 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?
- § 10 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
- § 11 Wann können Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?
- § 12 Wie werden die Kosten des Vertrags verrechnet?
- § 13 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen aufgrund der Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten verlangt werden?
- § 14 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?
- § 15 Was gilt für die Nachprüfung der Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten?
- § 16 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten?
- § 17 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?
- § 18 Wer erhält die Versicherungsleistung?
- § 19 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?
- § 20 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?
- § 21 Welche Gebühren stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?
- § 22 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?
- § 23 Wo ist der Gerichtsstand?

Begriffserläuterungen

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

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

Deckungskapital ist die mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechnete Differenz aus dem Barwert der zukünftigen Leistungen und dem Barwert der künftigen Beiträge. Für jede versicherte Leistung (Rente sowie ggf. Einmalzahlung) besteht ein eigenes Deckungskapital.

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

Gesundheitserklärung: Eine Gesundheitserklärung sind Angaben der zu versichernden Person über ihren früheren und/oder aktuellen Gesundheitszustand gegenüber dem Versicherer.

Gesundheitsprüfung: Bei einer Gesundheitsprüfung werden die dem Versicherer zur versichernden Person insgesamt vorliegenden Informationen aus abgegebenen Gesundheitserklärungen, Leistungsfällen etc. einer versicherungsmedizinischen Bewertung unterzogen und hinsichtlich Versicherbarkeit eingeschätzt.

Karenzzeit ist die gegebenenfalls vereinbarte Wartezeit zwischen Eintritt des Versicherungsfalles und Beginn der Rentenzahlung.

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

Versicherer: WWK Lebensversicherung a. G., Marsstraße 37, 80335 München, Deutschland

Versicherte Person ist die Person, die versichert ist.

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

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

1. Tritt bei der versicherten Person während der Dauer dieser Versicherung eine Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten im Sinne des § 2 ein, so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:
 - a) Zahlung der versicherten Grundfähigkeitsrente, gegebenenfalls nach Ablauf einer vereinbarten Karenzzeit, höchstens bis zum Ende der vereinbarten Leistungsdauer;
 - b) volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht;
 - c) Sofern vereinbart: Einmalzahlung im Falle der erstmaligen Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten. Endet die Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten und tritt zu einem späteren Zeitpunkt erneut eine Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten ein, wird keine Einmalzahlung mehr fällig;
2. Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus.
3. Tritt bei der versicherten Person während der Dauer dieser Versicherung eine Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten ein, weil sie pflegebedürftig ist (vgl. § 2 Absatz 9), erbringen wir bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 2 Absätze 9 bis 12, gegebenenfalls nach Ablauf einer vereinbarten Karenzzeit, die Leistungen gemäß Absatz 1.
Für die Zahlungsmodalitäten gilt Absatz 2 entsprechend.
4. Der Anspruch auf Rente, Beitragsbefreiung und Einmalzahlung entsteht am Ersten des Monats, der dem Eintritt der Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten folgt. In den Fällen des § 2 Absätze 6 und 8 entsteht der Anspruch am Ersten des Monats, der dem Ablauf des Sechs-Monats-Zeitraums folgt.
Wird uns die Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten nicht unverzüglich angezeigt, leisten wir rückwirkend für einen Zeitraum von höchstens drei Jahren ab dem Zeitpunkt der Meldung, es sei denn, die verspätete Mitteilung erfolgt ohne schuldhaftes Versäumnis des Anspruchstellers.
Ist eine Karenzzeit vereinbart, entsteht der Anspruch auf Rente abweichend von Satz 1 bis 3 frühestens nach Ablauf der Karenzzeit an dem auf den Ablauftag folgenden Monatsersten, wenn dann noch die Voraussetzungen nach Absatz 1 oder 3 sowie § 2 erfüllt sind. Die Karenzzeit gilt nicht für die Beitragsbefreiung und nicht für die Einmalzahlung.

Endet die Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten und tritt innerhalb von 24 Monaten danach erneut eine Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen aufgrund derselben medizinischen Ursache ein, beginnt eine vereinbarte Karenzzeit nur insoweit erneut zu laufen, als sie nicht bereits berücksichtigt wurde.

5. Der Anspruch auf Rente und Beitragsbefreiung erlischt, wenn

- die Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten wegfällt,
- bei Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten infolge Pflegebedürftigkeit die Pflegebedürftigkeit unter das Ausmaß der Leistungsvoraussetzungen in § 2 Absatz 11 sinkt,
- die versicherte Person stirbt oder
- die vereinbarte Leistungsdauer abläuft.

6. Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch bei späterer Anerkennung der Leistungspflicht verzinst zurückzahlen. Die Höhe der Zinsen richtet sich nach dem bei der Beitragskalkulation zugrunde gelegten Rechnungszinssatz. Auf Ihren Antrag hin werden wir die während der Dauer unserer Leistungsprüfung eventuell noch fällig werdenden Beiträge bis zur Bekanntgabe unserer Entscheidung zinslos stunden.

Diese Stundung ist bis zu einer endgültig rechtswirksamen Entscheidung über Ihren eventuellen Leistungsanspruch möglich.

7. Die während der Leistungsprüfung gestundeten Beiträge sind in einem Betrag nachzuzahlen, sobald die Leistungsablehnung ausgesprochen oder eine gegebenenfalls unmittelbar nachfolgende gerichtliche Auseinandersetzung mit Bestätigung der Leistungsablehnung beendet wird. Sie haben aber auch die Möglichkeit, die gestundeten Beiträge in einem Zeitraum von bis zu 24 Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten nachzuzahlen. Darüber hinaus können Sie beantragen, dass die gestundeten Beiträge mit einem eventuell vorhandenen Überschussguthaben verrechnet werden.

Alternativ können Sie auch eine Verrechnung der gestundeten Beiträge mit dem Deckungskapital beantragen, sofern ein ausreichendes Deckungskapital vorhanden ist. Hierbei können Sie zwischen einer Herabsetzung der Versicherungsleistungen oder einer Erhöhung des Beitrags wählen.

Für die während der Leistungsprüfung gestundeten Beiträge erheben wir keine Stundungszinsen.

8. Es kann sich eine Leistung aus der Überschussbeteiligung ergeben (vgl. § 3).

§ 2 Wann liegt eine Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen vor?

1. Eine Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten liegt vor,

a) wenn die versicherte Person, die bei Eintritt des Versicherungsfalls das 15. Lebensjahr vollendet hat, infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als alterssprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich auf Dauer (mindestens zwölf Monate)

- mindestens eine der Grundfähigkeiten des Katalogs A (vgl. Absatz 2)

oder

- mindestens drei der Grundfähigkeiten des Katalogs B (vgl. Absatz 3)

verliert.

b) wenn die versicherte Person, die bei Eintritt des Versicherungsfalls das 15. Lebensjahr nicht vollendet hat, infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als alterssprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich auf Dauer (mindestens zwölf Monate)

- mindestens eine der Grundfähigkeiten des Katalogs C (vgl. Absatz 4)

oder

- mindestens drei der Grundfähigkeiten des Katalogs D (vgl. Absatz 5)

verliert.

2. Grundfähigkeiten des Katalogs A

Sehen

Die versicherte Person hat auf beiden Augen die Sehfähigkeit vollständig verloren.

Sprechen

Die versicherte Person hat die Sprechfähigkeit aufgrund körperlicher Ursachen völlig verloren. Psychogene Störungen oder Stottern fallen nicht unter den Versicherungsschutz. Hilfsmittel werden nicht angerechnet.

Hören

Die versicherte Person hat die Hörfähigkeit an beiden Ohren vollständig verloren.

Sich orientieren

Die versicherte Person ist nicht fähig, sich zeitlich, örtlich oder zur eigenen Person zu orientieren.

Hände gebrauchen

Die versicherte Person ist weder mit der linken noch mit der rechten Hand fähig, einen Schreibstift zu benutzen und eine Tastatur zu bedienen.

3. Grundfähigkeiten des Katalogs B

Stehen

Die versicherte Person ist nicht fähig, 10 Minuten lang zu stehen, ohne sich abzustützen.

Gehen

Die versicherte Person kann auch mit Hilfsmitteln (z. B. Gehhilfe, Gehwagen) keine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurücklegen.

Knien oder Bücken

Die versicherte Person ist nicht fähig, sich niederzuknien oder zu bücken, um einen leichten Gegenstand vom Boden aufzuheben und sich dann wieder aufzurichten.

Setzen und Aufstehen

Die versicherte Person ist nicht in der Lage, sich ohne fremde Hilfe auf einen Stuhl zu setzen und alleine wieder aufzustehen.

Treppen steigen

Die versicherte Person kann nicht eine Treppe mit zwölf Stufen hinauf- oder hinabgehen, ohne eine Pause von mindestens einer Minute zu machen oder sich an dem Treppengeländer festzuhalten.

Greifen

Die versicherte Person kann weder mit der rechten noch mit der linken Hand eine Flasche mit Schraubverschluss öffnen.

Arme bewegen

Die versicherte Person kann ohne fremde Hilfe keine Jacke anziehen. Auf die Fähigkeit, eine Jacke öffnen oder schließen zu können, kommt es nicht an.

Heben und Tragen

Die versicherte Person ist weder mit dem rechten noch mit dem linken Arm fähig, einen Gegenstand von 5 kg von einem Tisch zu heben und 5 Meter weit zu tragen.

Auto fahren

Die versicherte Person ist aus gesundheitlichen Gründen zum Führen von Personenkraftfahrzeugen nicht geeignet. Aus diesem Grund wird ihr die Fahrerlaubnis für Personenkraftfahrzeuge nicht erteilt, oder, sofern eine entsprechende Erlaubnis erteilt war, muss diese nachweislich ausschließlich aus gesundheitlichen Gründen von der versicherten Person zurückgegeben oder ihr entzogen worden sein. Der Entzug oder die Nichterteilung einer Fahrerlaubnis wegen Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenkonzsums wird vom Versicherungsschutz nicht umfasst. Gleiches gilt für die mangelnde Eignung zum Führen eines Personenkraftfahrzeugs wegen

Verstoßes gegen verkehrsrechtliche Vorschriften und Strafgesetze.

4. Grundfähigkeiten des Katalogs C

Sehen

Die versicherte Person hat auf beiden Augen die Sehfähigkeit vollständig verloren.

Sprechen

Die versicherte Person hat die Sprechfähigkeit aufgrund körperlicher Ursachen völlig verloren. Psychogene Störungen oder Stottern fallen nicht unter den Versicherungsschutz. Hilfsmittel werden nicht angerechnet.

Hören

Die versicherte Person hat die Hörfähigkeit an beiden Ohren vollständig verloren.

Sich orientieren

Die versicherte Person ist nicht fähig, sich zeitlich, örtlich und zur eigenen Person zu orientieren.

Hände gebrauchen

Die versicherte Person ist weder mit der linken noch mit der rechten Hand fähig, einen Schreibstift zu benutzen oder eine Tastatur zu bedienen.

5. Grundfähigkeiten des Katalogs D

Gehen

Die versicherte Person kann keine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurücklegen.

Knien oder Bücken

Die versicherte Person ist nicht fähig, sich niederzuknien oder zu bücken, um einen leichten Gegenstand vom Boden aufzuheben und sich dann wieder aufzurichten.

Sitzen

Die versicherte Person ist nicht fähig, 20 Minuten lang auf einem Stuhl ohne Armlehnen zu sitzen.

Stehen

Die versicherte Person ist nicht fähig, 10 Minuten lang zu stehen, ohne sich abzustützen.

Treppen steigen

Die versicherte Person kann nicht eine Treppe mit zwölf Stufen hinauf- oder hinabgehen, ohne eine Pause von mindestens einer Minute zu machen oder sich an dem Treppengeländer festzuhalten.

Greifen

Die versicherte Person kann weder mit der rechten noch mit der linken Hand oder mit beiden Händen gemeinsam eine Tasse greifen, halten und daraus trinken.

Arme bewegen

Die versicherte Person kann ohne fremde Hilfe keine Jacke anziehen. Auf die Fähigkeit, eine Jacke öffnen oder schließen zu können, kommt es nicht an.

Heben und Tragen

Die versicherte Person ist weder mit dem rechten noch mit dem linken Arm fähig, einen Gegenstand von 2 kg von einem Tisch zu heben und 5 Meter weit zu tragen.

6. Hat die versicherte Person,

a) die bei Eintritt des Versicherungsfalls das 15. Lebensjahr vollendet hat, sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind,

- mindestens eine der Grundfähigkeiten des Katalogs A (vgl. Absatz 2)

oder

- mindestens drei der Grundfähigkeiten des Katalogs B (vgl. Absatz 3)

verloren, so gilt die Fortdauer dieses Zustands als eine Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten.

b) die bei Eintritt des Versicherungsfalls das 15. Lebensjahr nicht vollendet hat, sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als alters-

entsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind,

- mindestens eine der Grundfähigkeiten des Katalogs C (vgl. Absatz 4)

oder

- mindestens drei der Grundfähigkeiten des Katalogs D (vgl. Absatz 5)

verloren, so gilt die Fortdauer dieses Zustands als eine Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten.

7. Ist die versicherte Person voraussichtlich auf Dauer (mindestens zwölf Monate) pflegebedürftig im Sinne der Absätze 9 bis 12 und wird sie deswegen täglich gepflegt, so gilt dieser Zustand als Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten im Sinne von Absatz 1.

8. War die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig im Sinne der Absätze 9 bis 12 und wurde sie deswegen täglich gepflegt, so gilt die Fortdauer dieses Zustands als Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten im Sinne von Absatz 6.

9. Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls so hilflos ist, dass sie für die in Absatz 10 genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

10. Bewertungsmaßstab für die Einstufung des Pflegefalls ist Art und Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung wird die nachstehende Punktetabelle zugrunde gelegt:

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

Fortbewegen im Zimmer (1 Punkt):

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt.

Aufstehen und Zubettgehen (1 Punkt):

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

An- und Auskleiden (1 Punkt):

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

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken (1 Punkt):

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann.

Waschen, Kämmen oder Rasieren (1 Punkt):

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.

Verrichten der Notdurft (1 Punkt):

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie

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

Besteht alleine eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor.

11. Der Pflegefall wird nach der Anzahl der Punkte eingestuft. Wir leisten, wenn mindestens vier Punkte erreicht werden.

Unabhängig von der Bewertung aufgrund der Punktetabelle leisten wir, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf, oder wenn die versicherte Person auf Dauer bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann oder wenn die versicherte Person der Bewahrung bedarf.

Bewahrung liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann.

12. Vorübergehende akute Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung. Vorübergehende Besserungen bleiben ebenfalls unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.
13. Ein Berufswechsel muss uns nicht angezeigt werden.

§ 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

1. Wir beteiligen Sie an dem Überschuss und an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Leistung aus der Überschussbeteiligung kann auch Null Euro betragen. In den nachfolgenden Absätzen erläutern wir Ihnen,
 - wie wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens ermitteln und wie wir diesen verwenden (Absatz 2),
 - wie Ihr Vertrag an dem Überschuss beteiligt wird (Absätze 3 bis 32),
 - wie Bewertungsreserven entstehen und wie wir diese Ihrem Vertrag zuordnen (Absätze 33 und 34),
 - wie Sie Informationen zur Höhe der Überschussbeteiligung erhalten (Absätze 35 bis 37).

Ermittlung und Verwendung des in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschusses unseres Unternehmens

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

Den danach zur Verfügung stehenden Teil des Rohüberschusses führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit wir ihn nicht als Direktgutschrift unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben haben. Sinn der Rückstellung für Beitragsrückerstattung ist es, Schwankungen des Überschusses über die Jahre auszugleichen. Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dürfen wir grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwenden. Nur in gesetzlich festgelegten Ausnahmefällen können wir hiervon mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde abweichen.

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

Wir haben gleichartige Versicherungen zu Gruppen zusammengefasst. Gruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen.

Beteiligung Ihres Vertrags an dem Überschuss

3. Bei der Verteilung des Überschusses auf die einzelnen Verträge wenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren an. Hierzu bilden wir innerhalb der Gruppen aus verschiedenen Versicherungstarifen Gewinnverbände.

Welchen Versicherungstarif Sie abgeschlossen haben, können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen. Wir verteilen den Überschuss in dem Maß, wie die Gruppen und Gewinnverbände zu seiner Entstehung beigetragen haben. Hat eine Gruppe oder ein Gewinnverband nicht zur Entstehung des Überschusses beigetragen, besteht insoweit kein Anspruch auf Überschussbeteiligung.

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

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

Wartezeit

5. Die Überschussbeteiligung setzt mit Versicherungsbeginn ein.

Art der Überschussanteile

6. Wir vergüten bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung laufende Überschussanteile. Bei beitragsfrei gestellten und bei durch Ablauf der vertraglichen Beitragszahlungsdauer beitragsfreien Versicherungen sowie bei Versicherungen nach Eintritt der Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten gemäß §§ 1 und 2 vergüten wir jährliche Überschussanteile.

Bemessungsgrößen für die Überschussanteile

7. Die Bemessungsgrößen für die Überschussanteile werden nach versicherungsmathematischen Regeln mit den Rechnungsgrundlagen der Tarifikalkulation ermittelt. Bei der Tarifikalkulation für die Grundfähigkeitsversicherung haben wir die unternehmenseigenen Unisex-Tafeln WWK2015I verwendet und als Rechnungszins 0,25 % 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 jedem gezahlten Beitrag.

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

Endet Ihr Vertrag durch Tod, Kündigung oder Ablauf während eines Geschäftsjahres, vergüten wir für die seit Beginn dieses Geschäftsjahres bis zur Beendigung zurückgelegte Zeit einen anteilig gekürzten jährlichen Überschussanteil.

Überschussverwendung, wenn keine Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten vorliegt:

Sofortverrechnung

10. Vorgesehen ist bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung das Überschussystem Sofortverrechnung. Das bedeutet, dass die laufenden Überschussanteile mit den gezahlten Beiträgen verrechnet werden (Sofortverrechnung).

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

Verzinsliche Ansammlung

11. Auf Ihren Antrag hin werden die laufenden und jährlichen Überschussanteile verzinslich angesammelt und bei Beendigung des Vertrags durch Tod, Kündigung oder Ablauf ausbezahlt (verzinsliche Ansammlung).

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

Fondsansammlung

13. Auf Ihren Antrag hin werden die jährlichen Überschussanteile zu Beginn des Folgejahres in Fondsanteile der von Ihnen gewählten und von uns zur Anlage bei diesem Vertrag angebotenen Fonds angelegt.

Die laufenden Überschussanteile werden monatlich in Fondsanteile der von Ihnen gewählten und von uns zur Anlage bei diesem Vertrag angebotenen Fonds angelegt. Noch nicht angelegte Teile werden nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik verzinst.

Die Anlage erfolgt zum Rücknahmepreis der jeweiligen Fonds. Die Aufteilung der Überschussanteile erfolgt nach der von Ihnen gewählten prozentualen Aufteilung. Bei der Aufteilung sind nur ganze Prozentsätze möglich.

Folgende Anlageformen stehen Ihnen grundsätzlich zur Überschussverteilung zur Verfügung:

- individuelle Fondsanlage,
- passive Anlagestrategien,
- aktive Anlagestrategien.

Der gleichzeitige Einschluss mehrerer Fonds sowie mehrerer passiver und aktiver Anlagestrategien ist möglich, soweit diese jeweils für Ihren Vertrag angeboten werden.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte den Besonderen Bedingungen für passive Anlagestrategien, den Besonderen Bedingungen für die aktiven Anlagestrategien „WWK Depot Strategie“ bzw. den Besonderen Bedingungen für die aktiven Anlagestrategien „Vermögensverwaltung“, die bei Einschluss dem Versicherungsschein beigefügt sind.

Die Fondsansammlung bietet Ihnen die unmittelbare Beteiligung an der Wertentwicklung eines Sondervermögens (Anlagestock). Der Anlagestock wird gesondert von unserem übrigen Vermögen geführt und in Fondsanteilen der zur Auswahl stehenden Fonds getrennt angelegt.

Die angesammelten Fondsanteile werden nicht zur Erhöhung der Grundfähigkeitsrente verwendet.

14. Da die Entwicklung des Werts eines Fondsvermögens nicht vorauszusehen ist, können wir den Geldwert der Fondsanteile nicht garantieren. Sie haben die Chance, bei Fondspreissteigerung des von Ihnen gewählten Fonds einen Wertzuwachs zu erzielen, bei Fondspreisrückgang tragen Sie aber auch das Risiko der Wertminderung.

Den Wert der Ihrer Versicherung zugeordneten Fondsanteile ermitteln wir dadurch, dass wir die Zahl dieser Fondsanteile mit dem am jeweiligen Stichtag ermittelten Wert (Rücknahmepreis) eines Fondsanteils multiplizieren. Bei Fremdwährungsfonds wird der Fremdwährungs-Rücknahmepreis in Euro umgerechnet. Die Umrechnung erfolgt aufgrund des Euro-Referenzkurses der Europäischen Zentralbank (Mittelkurs) am jeweiligen Stichtag (vgl. Absätze 23 bis 26).

15. Wir zahlen bei Kündigung, bei Erleben des Ablaufs bzw. im Todesfall das bis zum jeweiligen Stichtag (vgl. Absätze 22 bis 25) angesammelte Fondsguthaben aus. Auf Antrag können Sie bzw. der Anspruchsberechtigte anstelle des Werts des Fondsguthabens auch die Fondsanteile erhalten. Das Wahlrecht gilt als zu Gunsten der Geldleistung ausgeübt, wenn nicht spätestens einen Monat vor Beendigung der Versicherung aufgrund von Ablauf bzw. Kündigung durch Sie oder uns bzw. eine Woche nach dem Tod der versicherten Person ausdrücklich Leistung in Fondsanteilen verlangt wird (vgl. Absatz 18).

Endet Ihr Vertrag durch Tod, Kündigung oder Ablauf während eines Geschäftsjahres, wird der anteilig gekürzte jährliche Überschussanteil (vgl. Absatz 9) als Geldleistung erbracht.

16. Sie können das angesammelte Fondsguthaben jederzeit mit einer Frist von vier Werktagen, nachdem Ihr Kündigungsschreiben bei der WWK-Zentraldirektion eingegangen ist, zum Ende eines Monats kündigen. Sie erhalten dann den Wert des bis dahin angesammelten Fondsguthabens. Auf Antrag können Sie anstelle des Werts des Fondsguthabens auch die Fondsanteile erhalten (vgl. Absatz 18).

17. Wenn der Anspruchsberechtigte von uns Geldleistungen (vgl. Absätze 15 und 16) erhält, behalten wir uns vor, den Wert des Fondsguthabens (vgl. Absatz 14) erst zu ermitteln, nachdem wir Vermögensgegenstände des Anlagestocks veräußert haben. Dies kann insbesondere der Fall sein, wenn die Rücknahme von Vermögensgegenständen des Anlagestocks durch die Kapitalverwaltungsgesellschaft ausgesetzt oder eingeschränkt ist. Diese Veräußerung nehmen wir – unter Wahrung der Interessen aller unserer Versicherungsnehmer – unverzüglich vor. In diesem Fall finden die Bestimmungen über den Stichtag für die Berechnung des Werts des Fondsguthabens in den Absätzen 22 bis 23 keine Anwendung.

Übertragung von Fondsanteilen

18. Bei einer Übertragung von Fondsanteilen stellen wir noch Übertragungskosten, die unserem durchschnittlichen Aufwand entsprechen, in Rechnung. Hierzu werden die Übertragungskosten in Fondsanteile umgerechnet und zum genannten Stichtag den Ihrer Versicherung zugeordneten Fondsanteilen entnommen. Die Höhe der Übertragungskosten entnehmen Sie bitte der Gebührenübersicht im Versicherungsschein.

Wir haben keinen Einfluss darauf, wie lange die Übertragung der Fondsanteile dauert. Eine Übertragung zu einem bestimmten Termin können wir daher nicht garantieren.

Es können nur ganze Fondsanteile übertragen werden. Bruchteile von Fondsanteilen werden als Geldleistung erbracht.

Wir behalten uns vor, bis zu einem bestimmten Wert des Fondsguthabens die Leistung als Geldleistung zu erbringen.

Eine Übertragung von Fondsanteilen ist nicht möglich, wenn Sie oder einer der Depotinhaber in den USA steuerpflichtig sind.

Es kann auch weitere Gründe geben, warum wir Fondsanteile nicht übertragen können, zum Beispiel weil Ihre depotführende Stelle die Fondsanteile nicht annimmt oder die Rücknahme von Vermögensgegenständen des Anlagestocks durch die Kapitalverwaltungsgesellschaft ausgesetzt oder eingeschränkt ist.

Umschichtung des vorhandenen Fondsguthabens (Shift)

19. Sie können während der Versicherungsdauer beantragen, dass die Ihrer Versicherung zugeordneten Fondsanteile eines Fonds jederzeit teilweise oder vollständig in Fondsanteile eines anderen von uns zum Fondswechsel für Ihren Vertrag angebotenen Fonds umgeschichtet werden (Shift). Ein Formular erhalten Sie auf Wunsch von uns. Voraussetzung für den Shift ist, dass keine Beitragsrückstände vorhanden sind.

Durch den Shift wird die prozentuale Aufteilung der zukünftig anzulegenden Überschüsse auf die Fonds nicht verändert.

Den ersten Shift innerhalb eines Kalenderjahres führen wir kostenlos durch. Für jeden weiteren Shift stellen wir Ihnen eine angemessene Gebühr in Rechnung, welche unserem durchschnittlichen Aufwand entspricht. Die Höhe dieser Kostenpauschale entnehmen Sie bitte der Gebührenübersicht im Versicherungsschein.

Wir behalten uns vor, bestimmte Fonds und bestimmte Anlagestrategien nicht oder nur unter Vereinbarung von besonderen Bedingungen und nur zu bestimmten Terminen zum Shift zuzulassen. Insbesondere wenn für den abgebenden oder den aufnehmenden Fonds Handelsbeschränkungen gelten, kann der Shift nicht verlangt werden.

Änderung der prozentualen Aufteilung der Überschussanteile (Switch)

20. Sie können während der Versicherungsdauer beantragen, dass die gewählte Aufteilung für die Anlage der Überschussanteile jederzeit zu Beginn eines Kalendermonats mit Frist von zwei Börsentagen neu festgelegt wird (Switch). Bei der Aufteilung sind nur ganzzahlige Prozentsätze zulässig. Die Frist beginnt, sobald die Auftragsunterlagen vollständig bei der WWK-Zentraldirektion eingegangen sind. Ein Formular erhalten Sie auf Wunsch von uns.

Voraussetzung für die Neuaufteilung ist, dass für jeden gewählten Fonds oder jede gewählte Anlagestrategie mindestens 1 % des Überschussanteils und mindestens 1 EUR festgelegt werden.

Den ersten Switch innerhalb eines Kalenderjahres führen wir kostenlos durch. Für jeden weiteren Switch stellen wir Ihnen eine angemessene Gebühr in Rechnung, welche unserem durchschnittlichen Aufwand entspricht. Die Höhe dieser Kostenpauschale entnehmen Sie bitte der Gebührenübersicht im Versicherungsschein.

Ein Switch hat keinen Einfluss auf das zum Zeitpunkt des Switchens vorhandene Fondsvermögen. Er kann separat zum Shift beantragt werden.

Es können alle für Ihren Vertrag zugelassenen Fonds gleichzeitig gehalten und bespart werden.

Bei Wahl einer Anlagestrategie gelten ergänzende Regelungen. Bitte beachten Sie hierzu die Besonderen Bedingungen für passive Anlagestrategien, die Besonderen Bedingungen für die aktiven Anlagestrategien „WWK Depot Strategie“ bzw. die Besonderen Bedingungen für die aktiven Anlagestrategien „Vermögensverwaltung“, die bei Einschluss beigelegt sind.

Wir behalten uns vor, bestimmte Fonds und bestimmte Anlagestrategien nicht oder nur unter Vereinbarung von besonderen Bedingungen und nur zu bestimmten Terminen zum Switch zuzulassen. Insbesondere wenn für den abgebenden oder den aufnehmenden Fonds Handelsbeschränkungen gelten, kann ein Switch nicht verlangt werden.

Ertragsausschüttungen

21. Die Erträge, die wir aus den im Anlagestock enthaltenen Vermögenswerten erzielen, fließen bei thesaurierenden Fonds unmittelbar dem Anlagestock zu und erhöhen damit den Wert der Ihrer Versicherung zugeordneten Fondsanteile. Die Erträge nicht thesaurierender Fonds und eventuelle Steuergutschriften rechnen wir unter Zugrundelegung der Rücknahmepreise der Fonds zum Stichtag der Wiederanlage der Ertrags-/Steuergutschrift durch die depotführende Stelle in Fondsanteile des entsprechenden Fonds um und schreiben sie den einzelnen Versicherungen gut, sobald uns die Abrechnung der depotführenden Stelle zur Wiederanlage der Ertrags-/Steuergutschrift vorliegt und für die Versicherung zu diesem Zeitpunkt Fondsguthaben aus der Überschussverwendung Fondsansammlung vorhanden ist.

Die depotführende Stelle ist dabei wie folgt definiert: Neben der Verwahrung des Fondsvermögens ist es die Aufgabe der depotführenden Stelle, die Kapitalverwaltungsgesellschaft zu kontrollieren. Die depotführende Stelle vertritt in diesem Zusammenhang die Interessen des Anlegers und ist verpflichtet, die Ansprüche des Anlegers gegenüber der Kapitalverwaltungsgesellschaft geltend zu machen.

Welche Stichtage gelten?

22. Bei der Ermittlung des Werts des Fondsguthabens werden die Rücknahmepreise der Ihrer Versicherung zugeordneten Fondsanteile an folgenden Stichtagen verwendet:

- bei Kündigung durch Sie der Monatserste, zu dem die Kündigung wirkt,
- bei Kündigung durch uns der Monatserste, der auf die Kündigung folgt,

- bei Beendigung der Versicherung durch Tod der versicherten Person der Tag, an dem die Todesfallmeldung der WWK-Zentraldirektion zugeht,

- bei Ablauf der Versicherung der Tag des vereinbarten Vertragsendes.

23. Erfolgt an den in den Absätzen 13 bzw. 22 angegebenen Stichtagen keine Wertfestsetzung, gilt jeweils der zuletzt festgesetzte Rücknahmepreis eines Fondsanteils.

24. Bei einem Shift werden die Rücknahmepreise des abgebenden und des aufnehmenden Fonds des zweiten Börsentages oder eines von Ihnen gewählten Termins nach dem zweiten Börsentag zugrunde gelegt, nachdem Ihre Auftragsunterlagen vollständig bei der WWK-Zentraldirektion eingegangen sind. Sofern ein Fonds am zweiten Börsentag keinen Preis festlegt, wird der Preis des nächsten Börsentages zugrunde gelegt, an dem sämtliche Fonds einen Preis festlegen. Es werden keine Ausgabeaufschläge erhoben.

25. Wir sind berechtigt, die Wertfeststellung an einem anderen als den festgelegten Stichtagen vorzunehmen, soweit dies billigem Ermessen entspricht.

Können wir die Fondsanlage ändern?

26. Die Schließung, Auflösung oder Zusammenlegung von Fonds, die Einstellung oder Beschränkung von An- oder Verkauf, die nachträgliche Erhöhung von Gebühren, mit denen wir beim Fondseinkauf belastet werden, eine Abwertung bzw. ein Wegfall von Ratings und Nachhaltigkeits-Ratings Ihres Fonds durch renommierte Ratingunternehmen, eine Verschlechterung der Nachhaltigkeits-Einstufung eines Fonds, dass der Gesamtwert der Fondsanteile aller bei uns bestehenden Verträge über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten weniger als 100.000 EUR beträgt; sowie maßgebliche gesetzliche oder aufsichtsrechtliche Änderungen sind Beispiele von Vorgängen, die Auswirkungen auf die Fondsanlage haben, die aber von uns nicht beeinflusst werden können. In derartigen Fällen sind wir berechtigt, den betroffenen Fonds oder die betroffene Anlagestrategie durch einen möglichst gleichwertigen anderen Fonds oder eine möglichst gleichwertige andere Anlagestrategie zu ersetzen. Wir werden Sie hiervon möglichst zeitnah unterrichten. Sie haben in diesem Fall auch das Recht, innerhalb von sechs Wochen gebührenfrei in einen anderen von uns angebotenen Fonds oder in eine andere von uns angebotene Anlagestrategie zu wechseln.

Bei einer zeitlich befristeten Einstellung oder Beschränkung des An- oder Verkaufs von Fondsanteilen sind wir berechtigt, für die Zeit der Einstellung oder Beschränkung den betroffenen Fonds oder die betroffene Anlagestrategie für die neu zur Anlage vorgesehenen Beträge (Überschussanteile, Ertragsausschüttungen) durch einen sicherheitsorientierten Fonds oder eine sicherheitsorientierte Anlagestrategie zu ersetzen. Hierüber werden wir Sie umgehend informieren, verbunden mit Vorschlägen für andere Fonds oder Strategien, die bei Ihrem Vertrag angeboten werden. Wenn Sie uns unverzüglich einen anderen Fonds oder eine andere Strategie aus unserem Vorschlag für die vorübergehende Anlage benennen, werden wir die Anlage entsprechend Ihrem Wunsch vornehmen, ohne dass wir hierfür Gebühren erheben. Wird der Handel des ursprünglichen Fonds wieder aufgenommen, führen wir den Shift (vgl. Absatz 19) der zwischenzeitlich erworbenen Fondsanteile in die wieder handelbaren Fondsanteile ohne Erhebung von Gebühren durch.

Wechsel in ein anderes Überschussystem

27. Vor Eintritt der Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten können Sie jederzeit mit einer Frist von einem Monat zum Monatsende vom aktuell gewählten Überschussystem in das Überschussystem „verzinsliche Ansammlung“ wechseln. Voraussetzung für den Wechsel ist, dass das gesamte Fondsguthaben, eventuelle anteilig gekürzte jährliche Überschussanteile und ab diesem Zeitpunkt auch alle zukünftigen Überschussanteile verzinslich angesammelt werden. Dazu errechnen wir den Wert der Ihrer Versicherung zugeordneten

Fondsanteile mit dem Rücknahmepreis zum Umwandlungstermin und schreiben diesen Ihrem Ansammlungsguthaben gut. In Fällen des Absatzes 17 kann ein Wechsel nicht verlangt werden.

28. Vor Eintritt der Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten können Sie jederzeit mit einer Frist von einem Monat zum Monatsende vom aktuell gewählten Überschusssystem in das Überschusssystem „Fondsansammlung“ wechseln. Voraussetzung für den Wechsel ist, dass das gesamte Ansammlungsguthaben, eventuelle anteilig gekürzte jährliche Überschussanteile und ab diesem Zeitpunkt auch alle zukünftigen Überschussanteile in Fondsanteilen angelegt werden. Dazu errechnen wir aus einem gegebenenfalls vorhandenen Ansammlungsguthaben mit den zum Umwandlungstermin gültigen Fondspreisen die entsprechende Anzahl an Fondsanteilen und schreiben diese Ihrem Fondsguthaben gut. In Fällen des Absatzes 17 kann ein Wechsel nicht verlangt werden.

29. Vor Eintritt der Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten ist ein Wechsel vom aktuell gewählten Überschusssystem in das Überschusssystem „Sofortverrechnung“ jederzeit zum Ende eines Monats möglich. Ein gegebenenfalls vorhandenes Ansammungs- oder Fondsguthaben bleibt bestehen.

Ein Rechtsanspruch auf einen Wechsel des Überschusssystems besteht nicht.

Überschussverwendung während der Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten:

Bonusrente

30. Ab Eintritt der Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten gemäß §§ 1 und 2 werden die jährlichen Überschussanteile zur Bildung von beitragsfreien Grundfähigkeitsrenten verwendet, die bis zur Beendigung der Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten die von der WWK zu zahlenden versicherten Grundfähigkeitsrenten erhöhen (Bonusrente).
31. Ein bis zum Eintritt der Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten angesammeltes Überschussguthaben wird ab Eintritt der Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten jährlich nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit dem deklarierten Ansammlungszins verzinst. Sie können dieses Überschussguthaben jederzeit gemäß Absatz 12 kündigen.
32. Die bis zum Eintritt der Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten Ihrer Versicherung zugeordneten Fondsanteile nehmen ab Eintritt der Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten weiterhin an der Wertentwicklung der von Ihnen gewählten Fonds teil. Sie können das angesammelte Fondsguthaben jederzeit gemäß den Absätzen 16 und 22 kündigen.

Entstehung und Zuordnung der Bewertungsreserven zu Ihrem Vertrag

33. Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über ihrem jeweiligen handelsrechtlichen Buchwert liegt.

Da vor Eintritt einer Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung stehen, um Kapital zu bilden, entstehen auch keine oder nur geringfügige Bewertungsreserven. Dennoch entstehende Bewertungsreserven, die nach den maßgebenden rechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ordnen wir den Verträgen anteilig rechnerisch zu. Dabei wenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren an.

Es ergeben sich keine vertraglichen Ansprüche auf eine Beteiligung an den Bewertungsreserven in einer bestimmten Höhe basierend auf der rechnerischen Zuordnung.

Während des Bezugs von Grundfähigkeitsleistungen erfolgt keine Beteiligung an den Bewertungsreserven.

34. Bei Beendigung Ihres Vertrags durch Tod, Kündigung oder Ablauf teilen wir Ihrem Vertrag dann den für diesen Zeitpunkt zugeordneten Anteil an den zu verteilenden Bewertungsreserven gemäß der jeweils geltenden Regelung zu. Die Höhe

der zu verteilenden Bewertungsreserven wird monatlich neu ermittelt.

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 Bewertungsreserven vom Vorstand unseres Unternehmens festgelegt und im Geschäftsbericht veröffentlicht.

Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

Nähere Erläuterungen zur Beteiligung an den Bewertungsreserven, dem verursachungsorientierten Verfahren und zu einer evtl. Mindestbeteiligung können Sie dem Geschäftsbericht entnehmen.

Informationen über die Höhe der Überschussbeteiligung

35. Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab, die nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar sind. Einflussfaktoren sind insbesondere die Entwicklung des versicherten Risikos, des Kapitalmarkts und der Kosten. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch Null Euro betragen.
36. Die festgelegten Überschussanteilsätze veröffentlichen wir jährlich in unserem Geschäftsbericht. Diesen finden Sie auf unserer Internetseite unter www.wwk.de.
37. Über den Stand Ihrer Ansprüche unterrichten wir Sie jährlich. Dabei berücksichtigen wir die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags, die Sie im Geschäftsbericht unter der Tarifbezeichnung Ihrer Versicherung finden.

§ 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag abgeschlossen worden ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Einlösbetrags (vgl. § 9 Absätze 2 und 3 und § 10).

§ 5 Können wir die Beiträge anheben?

Wir verzichten auf unser nach § 172 VersVG bestehendes Recht, die Beiträge für bestehende Versicherungen zu erhöhen.

§ 6 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten gekommen ist.

Wir leisten jedoch nicht, wenn die Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten verursacht ist:

- durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person; bei fahrlässigen und grob fahrlässigen Verstößen (z. B. im Straßenverkehr) werden wir jedoch leisten;
- unmittelbar oder mittelbar durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse;

Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht entfällt, wenn die versicherte Person auf Reisen oder während eines Aufenthalts außerhalb der Republik Österreich von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen, an welchen sie nicht aktiv beteiligt ist, betroffen wird.

- durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden, dass zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder eine vergleichbare Einrichtung tätig wurde;

- e) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung der versicherten Person. 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;
- f) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten der versicherten Person herbeigeführt haben;
- g) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden und mit dem Einsatz oder dem Freisetzen eine nicht vorhersehbare Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen derart verbunden ist, dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.

§ 7 Erlischt der Versicherungsschutz bei einer Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland?

1. Der Versicherungsschutz aus der Grundfähigkeitsversicherung besteht weltweit.
2. Zum Zwecke der Prüfung/Nachprüfung, ob die Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten (noch) vorliegt, können wir verlangen, dass die versicherte Person sich in der Republik Österreich untersuchen lässt. Wir verzichten auf die Anwesenheit der versicherten Person in der Republik Österreich, wenn die Untersuchung durch einen Arzt des dem Aufenthalt der versicherten Person nächstgelegenen Konsulats der Republik Österreich, Bundesrepublik Deutschland oder einem von diesen Konsulaten benannten Arzt vorgenommen wird. Die Kosten für die Untersuchung sowie die vorher mit uns abgestimmten Reise- und Unterbringungskosten werden von uns erstattet.

§ 8 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

1. Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, 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, Angaben zur beruflichen Tätigkeit (z. B. Tätigkeitsbeschreibung, Erwerbsstatus, Berufsausbildung, Studium, Einkünfte der letzten Jahre), besonderen beruflichen und privaten Risiken (z. B. Umgang mit Sprengstoffen, energiereichen Strahlen, gesundheitsschädlichen Stoffen, beim Rennsport, als Motor- oder Segelflieger, Fallschirmspringer, Drachenflieger, Taucher, Extremsportler).
Dieser Tarif ist kalkuliert für Personen, die gesund und keinen besonderen Risiken ausgesetzt sind. Wurde eine unrichtige Erklärung abgegeben, kann dies den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben.
2. Soll eine andere 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 Versicherungsfalls 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 Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Wurde die vorvertragliche 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 § 11 Absätze 4 bis 11 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 vorvertraglichen 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 vorvertragliche Anzeigepflicht arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

11. Wir können den Vertrag auch anfechten, falls durch unrichtige, fehlende oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmeverweigerung 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 Vertrags können wir uns auch dritten Berechtigten gegenüber berufen.

Vorvertragliche Anzeigepflicht und Nachversicherung

15. Besteht bei Ihrem Vertrag die Möglichkeit einer Nachversicherung, finden die Absätze 1 bis 14 entsprechend auch für Verträge Anwendung, die in Zusammenhang mit der Nachversicherung (siehe gegebenenfalls Besondere Bedingungen für die Nachversicherung) zustande gekommen sind. Dem Abschluss einer Nachversicherung werden die Gesundheitserklärung der versicherten Person zum Ursprungsvertrag und die darauf beruhende Gesundheitsprüfung zugrunde gelegt. Sie bildet auch die Grundlage für die im Rahmen der Nachversicherung abgeschlossenen Verträge.

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

Stellen wir bei dem Ursprungsvertrag eine Anzeigepflichtverletzung fest und treten wir deshalb von diesem Vertrag zurück, kündigen diesen, fechten diesen an oder führen eine Vertragsanpassung durch, dann teilt ein Vertrag im Rahmen der Nachversicherung das rechtliche Schicksal des Ursprungsvertrags. 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 Vertrag im Rahmen der Nachversicherung.

§ 9 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

1. Die Beiträge zu Ihrer Grundfähigkeitsversicherung können Sie je nach Vereinbarung durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge (laufende Beiträge) entrichten. Die Versicherungsperiode umfasst entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr, ein Halbjahr bzw. ein Jahr.
2. 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.
3. Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem in Absatz 2 genannten Termin 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.

4. Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.
5. Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

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

Einlösungsbeitrag

1. 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 Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.
2. 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

3. Wenn ein Folgebeitrag oder ein sonstiger Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig gezahlt worden ist oder eingezogen werden konnte, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in 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 er entfällt bei Unterschreitung der Mindestversicherungssumme gemäß § 11 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.

§ 11 Wann können Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?

Kündigung

1. Sie können Ihre beitragspflichtige Versicherung jederzeit zum Schluss der Versicherungsperiode ganz oder teilweise kündigen.
2. Eine beitragsfreie Versicherung kann nicht gekündigt werden.
3. Bei Kündigung wandelt sich die Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Grundfähigkeitsrente gemäß den Absätzen 4 bis 11 um. Eine teilweise Kündigung entspricht einer teilweisen Befreiung von der Beitragszahlungspflicht gemäß den Absätzen 4 bis 11.

Umwandlung in eine beitragsfreie bzw. beitragsreduzierte Versicherung

4. Sie können unter Beachtung der in Absatz 1 genannten Termine verlangen, ganz oder teilweise von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden (Beitragsfreistellung).

5. Bei Ihrer Versicherung handelt es sich um eine Risikoversicherung. Für jede versicherte Leistung (Rente sowie ggf. Einmalzahlung) besteht ein eigenes Deckungskapital. Bei der Umwandlung in eine beitragsfreie bzw. beitragsreduzierte Versicherung werden diese Deckungskapitale herangezogen, um beitragsfreie bzw. beitragsreduzierte Leistungen zu bilden.

Stornoabzug

6. Bei Beitragsfreistellung erfolgt von dem Deckungskapital zum Umwandlungszeitpunkt ein Abzug (Stornoabzug) in Höhe von 50 %. Der restliche Betrag des jeweiligen Deckungskapitals, vermindert um rückständige Beiträge, steht für die Bildung von beitragsfreien Leistungen zur Verfügung. Haben Sie eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt, so wird ein entsprechend verminderter Abzug angesetzt.

Mit dem Abzug wird die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestands 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. § 12 Absatz 4 Satz 3) angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Weitere Erläuterungen zum Abzug und seiner konkreten Höhe finden Sie im Versicherungsschein sowie im Anhang zu den Versicherungsbedingungen. 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.

Ermittlung der beitragsfreien bzw. beitragsreduzierten Leistungen

7. Wir setzen die Grundfähigkeitsrente sowie ggf. die Einmalzahlung auf eine beitragsfreie bzw. eine beitragsreduzierte Summe herab, die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik zum Zeitpunkt der Änderung auf Basis des für die Beitragsfreistellung bzw. Beitragsreduzierung zur Verfügung stehenden Deckungskapitals (vgl. Absatz 6) berechnet wird. Die Berechnung erfolgt mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation.
8. Erreicht die beitragsfreie monatliche Grundfähigkeitsrente 200 EUR nicht, entfällt die Einmalzahlung und wir führen den aus dem Deckungskapital der Einmalzahlung für die Beitragsfreistellung zur Verfügung stehenden Betrag (d.h. 50 % des Deckungskapitals Ihrer Einmalzahlung, um rückständige Beiträge gekürzt, vgl. Absatz 6) Ihrem Ansammlungs- bzw. Fondsguthaben zu.
9. Erreicht die beitragsfreie monatliche Grundfähigkeitsrente 25 EUR nicht, erlischt Ihre Versicherung und wir zahlen den für die Beitragsfreistellung zur Verfügung stehenden Betrag (d.h. 50 % des Deckungskapitals, um rückständige Beiträge gekürzt, vgl. Absatz 6), das vorhandene Überschussguthaben sowie die Zuteilung aus den Bewertungsreserven aus.
10. Haben Sie eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt und erreicht die herabgesetzte Rente den Mindestbetrag von 300 EUR monatlich nicht bzw. sinkt der monatliche Beitrag unter 5 EUR, ist eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht nicht möglich. In diesem Fall können Sie Ihre Versicherung nur vollständig beitragsfrei stellen.

Nachteile von Kündigung, Beitragsfreistellung und Beitragsreduzierung

11. Die Kündigung, Beitragsfreistellung und Beitragsreduzierung Ihrer Versicherung können für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung sind wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 12) sowie dem vorgenommenen Stornoabzug keine oder nur geringe Beiträge zur Bildung einer beitragsfreien Versicherungsleistung

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 Versicherungsleistung zur Verfügung. Nähere Informationen zu beitragsfreien Versicherungsleistungen und ihrer Höhe können Sie der entsprechenden Tabelle im Versicherungsschein entnehmen.

Wiederinkraftsetzung

12. Sie können Ihre beitragsfrei gestellte oder mangels Beitragszahlung erloschene Versicherung innerhalb der ersten sechs Monate seit Fälligkeit des ersten unbezahlten Beitrags ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder in Kraft setzen lassen. Die unbezahlten Beiträge sind nachzuentrichten.

Keine Beitragsrückzahlung

13. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Policedarlehen/Kapitalabfindung

14. Ein Policedarlehen auf die Versicherungsleistungen sowie eine Abfindung von Renten durch Kapitalzahlung sind nicht möglich.

Beitragspause

15. 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,
- eine anderweitige Beitragsstundung ist nicht vereinbart,
- ein ausreichendes Ansammlungs- bzw. Fondsguthaben ist vorhanden.

Die Beiträge werden während der Beitragspause zum Termin der jeweiligen Beitragsfälligkeit einem aktuell vorhandenen Ansammlungs- bzw. Fondsguthaben entnommen. Ist kein Ansammlungs- bzw. Fondsguthaben 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. Es gelten die Absätze 4 bis 11 entsprechend.

Die Option „Beitragspause“ kann für Sie Nachteile haben. Ein vorhandenes Ansammlungsguthaben bzw. die Anzahl vorhandener Fondsanteile reduziert sich.

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

Beitragsstundung

16. Wenn Sie aufgrund von Zahlungsschwierigkeiten (z. B. durch Arbeitslosigkeit, Elternzeit) die Beiträge zu Ihrer Versicherung nicht mehr zahlen können, haben Sie die Möglichkeit, für maximal 24 Monate (Elternzeit 36 Monate) eine Stundung oder Teilstundung der Beiträge unter Aufrechterhaltung des vollen Versicherungsschutzes zu verlangen, sofern

- Sie die Beiträge zu Ihrer Versicherung für mindestens drei Jahre voll bezahlt haben,
- eine anderweitige Beitragspause nicht vereinbart ist.

Für die Stundung erheben wir Stundungszinsen, deren Höhe sich nach unseren zum Beginn der Stundung gültigen Zinssätzen richtet.

Nach Beendigung der Beitragsstundung setzt die Pflicht zur Beitragszahlung wieder ein.

Die gestundeten Beiträge inklusive der darauf angefallenen Stundungszinsen können Sie am Ende des vereinbarten Stundungszeitraums in einem Betrag nachentrichten oder innerhalb eines Zeitraums von 24 Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten nachzahlen. Alternativ können Sie die Verrechnung der gestundeten Beiträge

mit einem eventuell vorhandenen Überschussguthaben beantragen oder die garantierten Leistungen entsprechend reduzieren.

Die genauen Regelungen für die Stundung bzw. Teilstundung ergeben sich aus dem individuellen Stundungsangebot, welches wir Ihnen gerne unterbreiten.

Eine erneute Stundung ist frühestens nach vollständigem Ausgleich der gestundeten Beiträge inklusive Stundungszinsen möglich.

§ 12 Wie werden die Kosten des Vertrags verrechnet?

1. Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten, laufende Kosten und sonstige Kosten.

Die Höhe der Abschluss- und Vertriebskosten, der laufenden Kosten und der sonstigen Kosten können Sie dem Versicherungsschein entnehmen.

Abschluss- und Vertriebskosten fallen nicht nur bei Vertragsabschluss an, sondern bei jeder Erhöhung der Beiträge (zum Beispiel bei Einschluss einer Dynamik) für den erhöhenden Beitragsteil.

Bitte beachten Sie § 21 („Welche Gebühren stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?“).

In den Beitrag einkalkulierte Kosten

2. Abschluss- und Vertriebskosten sowie laufende Kosten sind bereits pauschal bei der Tarifikalkulation berücksichtigt und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt.
3. 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. Die laufenden Kosten sind Verwaltungskosten.
4. Für Ihren Vertrag ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 der deutschen Deckungsrückstellungsverordnung maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, 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 Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Beiträge beschränkt.

Die Abschluss- und Vertriebskosten werden gleichmäßig während der ersten 60 Vertragsmonate getilgt.

5. Laufende Kosten fallen während der gesamten Vertragslaufzeit an.

Sonstige Kosten

6. Nicht in den Beitrag einkalkuliert sind eventuell anfallende Verwaltungskosten für Leistungen aus der Überschussbeteiligung. Diese Kosten werden bei der Ermittlung der Leistungen aus der Überschussbeteiligung pauschal angesetzt und nicht gesondert in Rechnung gestellt.

Im Rahmen des Überschussystems Fondsansammlung erheben die Kapitalverwaltungsgesellschaften Gebühren für die Verwaltung der Fonds, die Ihnen nicht direkt belastet, sondern fondsintern verrechnet werden und sich somit auf die Wertentwicklung der Fonds niederschlagen. Nähere Informationen zu den von Ihnen gewählten Fonds finden Sie im Merkblatt zur Fondsanlage.

Bei Einschluss von aktiven Anlagestrategien fallen zusätzliche Verwaltungskosten an. Nähere Informationen finden Sie in den Besonderen Bedingungen für aktive Anlagestrategien.

Auswirkungen

7. Die beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung der für die

Bildung einer beitragsfreien Versicherung erforderliche Mindestbetrag unter Umständen nicht erreicht wird (vgl. § 11 Absätze 8 bis 10). Nähere Informationen zu den Leistungen bei Kündigung oder Beitragsfreistellung können Sie der entsprechenden Tabelle im Versicherungsschein entnehmen.

§ 13 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen aufgrund der Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten verlangt werden?

1. Zum Nachweis des Versicherungsfalls und zur Prüfung unserer Leistungspflicht sind uns unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:
 - a) der Versicherungsschein;
 - b) ein amtliches Zeugnis über den Tag der Geburt der versicherten Person;
 - c) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten;
 - d) 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 über das Ausmaß der Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten;
 - e) bei der Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege;
 - f) bei auf die Erben übergegangenen Ansprüchen ein Erbschein.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Anspruchserrhebende zu zahlen.

2. Zusätzlich können wir auch den Nachweis der letzten Beitragszahlung verlangen.
3. Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere medizinische und berufskundliche Auskünfte, Aufklärungen, Vor-Ort-Prüfungen und zusätzliche Untersuchungen sowie weitere notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen, wobei wir hierzu entsprechende Gutachter, Ärzte und sachverständige Dienstleister einsetzen können.
4. Lässt die versicherte Person operative Behandlungsmaßnahmen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt anordnet, um die Heilung zu fördern oder die Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten zu mindern, nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Leistungen aus der Grundfähigkeitsversicherung nicht entgegen. Die versicherte Person ist allerdings aufgrund der allgemeinen gesetzlichen Schadenminderungspflicht verpflichtet, zumutbaren ärztlichen Anweisungen zur Besserung ihrer gesundheitlichen Verhältnisse Folge zu leisten. Zumutbar sind dabei Maßnahmen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und die außerdem sichere Aussicht auf zumindest Besserung (bis zur Leistungsgrenze) bieten. Hierbei handelt es sich um Maßnahmen wie zum Beispiel das Einhalten von Diäten, die Verwendung von orthopädischen oder anderen Heil- und Hilfsmitteln (z. B. Tragen von Prothesen, Verwendung von Seh- und Hörhilfen), die Durchführung von logopädischen Maßnahmen oder das Tragen von Stützstrümpfen.

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

1. Nach Eingang der Anzeige des Versicherungsfalls teilen wir innerhalb von zehn Arbeitstagen mit, welche Unterlagen für die Leistungsprüfung erforderlich sind und stellen die entsprechenden Formulare zur Verfügung.

Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in geschriebener Form innerhalb von vier Wochen, ob, in welchem Umfang und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen. So

lange Unterlagen noch ausstehen, informieren wir Sie spätestens alle vier Wochen über den aktuellen Bearbeitungsstand.

2. Grundsätzlich sprechen wir keine zeitlich befristeten Anerkenntnisse aus. Wir können aber in begründeten Einzelfällen einmalig ein zeitlich befristetes Anerkenntnis von bis zu zwölf Monaten aussprechen. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich befristete Anerkenntnis für uns bindend. Innerhalb dieses Zeitraums führen wir keine Nachprüfung durch.
3. Ansprüche, die durch Eintritt der Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten vor Ablauf der Versicherungsdauer entstanden sind, werden auch dann noch anerkannt, wenn sie erst später geltend gemacht werden, soweit keine Obliegenheitsverletzung gemäß § 16 vorliegt.

§ 15 Was gilt für die Nachprüfung der Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten?

1. Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen bzw. das Ausmaß der Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten oder der Pflegebedürftigkeit und das Fortleben der versicherten Person nachzuprüfen.
2. Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte (einschließlich entsprechender Nachweise) und einmal jährlich sowie bei Vollendung des 15. Lebensjahres der versicherten Person umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen des § 13 Absätze 3 und 4 gelten entsprechend.

Der Nachprüfung legen wir den Grundfähigkeiten-Katalog zugrunde, der dem Alter der versicherten Person zum Zeitpunkt der Nachprüfung entspricht.

3. Eine Verbesserung des Gesundheitszustands müssen Sie bzw. muss die versicherte Person uns unverzüglich mitteilen.
4. Ist die Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten weggefallen, werden wir von der Leistung frei. In diesem Fall legen wir Ihnen die Veränderung in geschriebener Form dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Anspruchsberechtigten in geschriebener Form mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden, sofern die vereinbarte Beitragszahlungsdauer noch nicht abgelaufen ist. Der Beitragsanteil für die Einmalzahlung entfällt.
5. Liegt eine Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten infolge Pflegebedürftigkeit vor und hat sich die Art des Pflegefalls geändert oder sein Umfang gemindert, stellen wir unsere Leistungen ein, sobald die Voraussetzungen gemäß § 2 Absätze 9 bis 12 nicht mehr gegeben sind. Absatz 4 Sätze 2 bis 5 gelten entsprechend.

§ 16 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 7, § 13 oder § 15 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Ansprucherhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in geschriebener Form auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 17 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

1. Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Vertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.
2. In den Fällen des § 18 Absatz 3 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die Anzeige des bisherigen Berechtigten vorliegt.

§ 18 Wer erhält die Versicherungsleistung?

1. Die Leistungen aus dem Vertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer oder an Ihre Erben, falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die die Ansprüche aus dem Vertrag bei deren Fälligkeit erwerben soll (Bezugsberechtigter). Gegebenenfalls bedarf es hierzu zusätzlich einer Zustimmung Dritter. Bis zur jeweiligen Fälligkeit der Versicherungsleistung können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen. Nach dem Tod der versicherten Person kann das Bezugsrecht nicht mehr widerrufen werden.
2. Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich die Ansprüche aus dem Vertrag 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 Vertrag auch abtreten, verpfänden oder vinkulieren, soweit derartige Verfügungen überhaupt rechtlich möglich sind.
4. Die Einräumung und der Widerruf eines widerruflichen Bezugsrechts (vgl. Absatz 1) sowie eine Abtretung, Verpfändung oder Vinkulierung von Ansprüchen aus dem Vertrag sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie. Es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits vorher Verfügungen vorgenommen haben.
Eine Vinkulierung bedarf zu ihrer Wirksamkeit zusätzlich unserer Zustimmung.
5. Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt der Empfangsberechtigte die damit verbundene Gefahr und Kosten.

§ 19 Was gilt bei Änderungen Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?

1. Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden können. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.
2. Bei Änderung Ihres Namens gilt Absatz 1 entsprechend.

§ 20 Welche weiteren Auskunftspflichten 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 Leistungsempfängers

maßgebend 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.

§ 21 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.

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 monatlich verlaubliche Verbraucherpreisindex 2000 oder ein von Amts wegen an seine Stelle tretender Index gegenüber dem für den Monat November des Jahres des Inkrafttretens des Tarifs (2022) 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 Betrag zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern sind, entfällt der Betrag bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.

§ 22 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Republik Österreich Anwendung.

§ 23 Wo ist der Gerichtsstand?

1. Für Klagen aus dem Vertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder der für den Vertrag zuständigen Niederlassung. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Ist Ihre Versicherung durch Vermittlung eines Vertragspartners im Außendienst zu Stande gekommen, kann auch das Gericht des Orts 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. Sind Sie eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Vertrag gegen Sie bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.
3. Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz, sind die Gerichte des Staats zuständig, in dem wir unseren Sitz haben. Dies gilt ebenso, wenn Sie eine juristische Person sind und Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung ins Ausland verlegen.