

Bedingungen für Ihre Versicherung ZUHAUSE

Hier will ich bleiben

Stand: Januar 2022

Tarif in Kurzform: DZH

Liebe Kundin, lieber Kunde,

schön, dass Sie sich für die Versicherung ZUHAUSE entschieden haben. Diese Bedingungen haben wir für Sie als unseren Versicherungsnehmer gemacht. Sie sind die Grundlage für Ihre Versicherung ZUHAUSE.

ZUHAUSE – kurz und knapp

ZUHAUSE sichert wichtige Fähigkeiten zur Bewältigung des Alltags ab. Bei Verlust einer dieser Alltagsfähigkeiten bekommen Sie eine monatliche Rente. Bei jeder weiteren verlorenen Alltagsfähigkeit erhöht sich diese Rente. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Fähigkeiten aus gesundheitlichen Gründen oder altersbedingt verloren gehen. Auch ein Unfall oder Demenz kann die Ursache sein. Sie können Ihren Schutz durch Bausteine erweitern. Dann zahlen wir in bestimmten Fällen eine zusätzliche Einmalleistung.

Wir möchten, dass Sie uns verstehen. Deshalb haben wir unser Versicherungsdeutsch für Sie übersetzt. In den Bedingungen finden Sie markierte Begriffe. Diese erläutern wir am Ende dieser Bedingungen unter Nummer 39. Sollte dennoch etwas unklar sein, können Sie sich gern bei uns melden.

Ihre
Dortmunder
Lebensversicherung AG

Ihr Schutz und unsere Leistungen

- | | | |
|----|---|---|
| 1. | Wann erhalten Sie eine Rente und in welcher Höhe? | 4 |
| 2. | Was heißt Verlust der Alltagsfähigkeiten? | 4 |
| 3. | Wann übernehmen wir für Sie die Zahlung Ihrer Beiträge? | 5 |
| 4. | Wann und in welcher Höhe erhalten Sie eine Einmalleistung aus dem Baustein „6 dazu“? | 6 |
| 5. | Wann und in welcher Höhe erhalten Sie eine Einmalleistung aus dem Baustein „12 sicher“? | 6 |
| 6. | Welche Beratungs- und Assistance-Leistungen können Sie in Anspruch nehmen? | 7 |

Weitere Regelungen zu unseren Leistungen

- | | | |
|-----|--|----|
| 7. | Bei welchen Ereignissen können Sie die vereinbarten Leistungen ohne eine erneute Prüfung der Gesundheit erhöhen? | 7 |
| 8. | Wann haben Sie Anspruch auf Leistungen? | 8 |
| 9. | Was müssen Sie beachten, wenn Sie Leistungen erhalten möchten? | 8 |
| 10. | Wie unterstützen wir Sie im Leistungsfall? | 10 |
| 11. | Wann informieren wir Sie, ob und in welchem Umfang wir leisten? | 10 |
| 12. | Was gilt, wenn wir unsere Pflicht zur Leistung anerkannt haben? | 11 |
| 13. | Was gilt, wenn Sie Ihre Pflichten im Leistungsfall oder bei einer Nachprüfung verletzen? | 11 |
| 14. | Wer erhält die vereinbarten Leistungen? | 12 |
| 15. | Wie wichtig ist der Versicherungsschein? | 13 |

Ihr Beitrag

- | | | |
|-----|--|----|
| 16. | Worauf müssen Sie achten, wenn Sie Beiträge zahlen? | 13 |
| 17. | Was gilt, wenn Sie den Beitragsplan vereinbart haben? | 14 |
| 18. | Was passiert, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen? | 14 |

Regelungen für die automatische Erhöhung Ihrer Beiträge und Leistungen

- | | | |
|-----|--|----|
| 19. | Was gilt, wenn Sie die automatische Erhöhung Ihrer Beiträge und Leistungen vereinbart haben? | 15 |
|-----|--|----|

Stundung, Zahlungspause, Beiträge reduzieren, Versicherung beitragsfrei stellen oder kündigen

- | | | |
|-----|--|----|
| 20. | Wie können Sie eine Stundung der Beiträge oder eine Zahlungspause mit uns vereinbaren? | 15 |
| 21. | Wann können Sie Ihre Beiträge reduzieren oder Ihre Versicherung beitragsfrei stellen? | 16 |
| 22. | Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen? | 17 |

Kosten Ihrer Versicherung

- | | | |
|-----|---|----|
| 23. | Welche Kosten entstehen bei Ihrer Versicherung? | 18 |
|-----|---|----|

Beteiligung an den Überschüssen

- | | | |
|-----|---|----|
| 24. | Wie beteiligen wir Sie an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven? | 20 |
|-----|---|----|

Vorvertragliche Anzeigepflicht

- | | | |
|-----|--|----|
| 25. | Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung? | 21 |
|-----|--|----|

Weitere Regelungen

- | | | |
|-----|---|----|
| 26. | Wann haben Sie keinen Schutz? | 24 |
| 27. | Wann dürfen wir den Beitrag erhöhen oder die Leistungen reduzieren? | 24 |
| 28. | Unter welchen Voraussetzungen können wir die Bedingungen anpassen und wann wird eine neue Bestimmung wirksam? | 25 |

| | |
|--|----|
| 29. Was gilt, wenn sich Ihr Name oder Ihre Adresse ändert? | 25 |
| 30. Was müssen Sie uns außerdem mitteilen? | 25 |
| 31. Welches Recht gilt für diese Versicherung? | 26 |
| 32. Was können Sie bei Meinungsverschiedenheiten tun? | 26 |

Bedingungen für den vorläufigen Schutz der Versicherung ZUHAUSE

| | |
|---|----|
| 33. Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Schutz? | 28 |
| 34. Wann beginnt und endet der vorläufige Schutz? | 28 |
| 35. Was ist vorläufig versichert? | 28 |
| 36. Wann ist der vorläufige Schutz ausgeschlossen? | 28 |
| 37. Was kostet der vorläufige Schutz? | 28 |
| 38. Wie ist das Verhältnis zum Hauptvertrag und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Schutz? | 28 |

Wichtige Begriffe

| | |
|--|----|
| 39. Kurze Erläuterung einiger wichtiger Begriffe | 30 |
|--|----|

Bedingungen für Ihre Versicherung ZUHAUSE

Ihr Schutz und unsere Leistungen

1. Wann erhalten Sie eine Rente und in welcher Höhe?

- 1.1 Ihre Versicherung ZUHAUSE ist eine Pflegeversicherung. Sie erhalten eine Rentenleistung, wenn die versicherte Person während der Laufzeit der Versicherung eine oder mehrere der folgenden 5 Alltagsfähigkeiten verliert:
- An- und Ausziehen,
 - Essen und Trinken,
 - Waschen und Zähne putzen,
 - Sicher zuhause bewegen,
 - Toilette benutzen.
- 1.2 Für den Verlust jeder der 5 versicherten Alltagsfähigkeiten erhalten Sie jeweils 20 % der vereinbarten Rente. Wenn Sie zum Beispiel eine monatliche Rente von 1.000 Euro vereinbart haben und drei Alltagsfähigkeiten verloren sind, erhalten Sie monatlich 600 Euro.
- Die volle Rente zahlen wir, wenn die versicherte Person alle 5 versicherten Alltagsfähigkeiten verloren hat.
- Ihr Schutz beginnt erst, wenn wir Ihren Antrag annehmen. Aber nicht vor dem vereinbarten Beginn Ihrer Versicherung ZUHAUSE.
- 1.3 Die Höhe der vereinbarten Rente und weitere wesentliche Informationen stehen in Ihrem Versicherungsschein.
- 1.4 Ihr Schutz erhöht sich durch die Beteiligung an den Überschüssen und Bewertungsreserven. Bei Verlust einer der 5 Alltagsfähigkeiten zahlen wir daher eine höhere Rente als unter 1.2 beschrieben. Statt nur 20 % der vereinbarten Rente erhalten Sie 20 % der so genannten Gesamtrente.
- Die Gesamtrente wird unter 24.4 beschrieben. Sie kann sich ändern wie unter 24.6 beschrieben. Sie ist jedoch immer mindestens so hoch wie die vereinbarte Rente. Die Höhe der Rentenleistung für den Verlust einer Alltagsfähigkeit wird durch die Gesamtrente bestimmt, die zum Zeitpunkt des Verlustes gültig ist.
- 1.5 Wenn Sie eine Rente erhalten, zahlen wir diese in unveränderter Höhe monatlich im Voraus, solange die unter 1.2 beschriebenen Voraussetzungen hierfür vorliegen. Liegen die Voraussetzungen für die bisherige Rentenhöhe nicht mehr vor, erhalten Sie eine kleinere Rente oder die Rentenzahlung endet. Die Rentenzahlung endet auch, wenn die versicherte Person stirbt.
- 1.6 Stirbt die versicherte Person, ohne dass sie eine der 5 Alltagsfähigkeiten verloren hat, zahlen wir keine Leistungen und die Versicherung endet. Dies gilt nicht, wenn Sie den Baustein „12 sicher“, wie unter 5. beschrieben, vereinbart haben.

Versicherte Alltagsfähigkeiten

2. Was heißt Verlust der Alltagsfähigkeiten?

Im Folgenden beschreiben wir, welche Alltagsfähigkeiten versichert sind und wann ein Verlust vorliegt.

2.1 An- und Ausziehen

Die Fähigkeit gilt als verloren, wenn die versicherte Person aufgrund von körperlichen Einschränkungen nicht mehr in der Lage ist,

- eine bereitliegende Hose mit Gummizug oder
 - ein bereitliegendes T-Shirt
- an- oder auszuziehen.

Die Fähigkeit gilt auch als verloren, wenn die versicherte Person aufgrund einer Demenz täglich Unterstützung

- beim An- oder Ausziehen oder
- bei der Auswahl dem Wetter entsprechender Kleidung

benötigt.

2.2 Essen und Trinken

Die Fähigkeit gilt als verloren, wenn die versicherte Person aufgrund von körperlichen Einschränkungen nicht mehr in der Lage ist,

- Kartoffelpüree mit einem krankengerechten Löffel oder
- Wasser in einem krankengerechten Trinkgefäß

vom Tisch zum Mund zu führen oder die Nahrung zu schlucken.

Die Fähigkeit gilt auch als verloren, wenn die versicherte Person aufgrund einer Demenz täglich Unterstützung benötigt, um ausreichend zu essen oder zu trinken.

2.3 Waschen und Zähne putzen

Die Fähigkeit gilt als verloren, wenn die versicherte Person aufgrund von körperlichen Einschränkungen nicht mehr in der Lage ist,

- sich mit einem bereitliegenden Waschlappen das Gesicht zu waschen oder
- sich mit einer bereitliegenden elektrischen oder nichtelektrischen Zahnbürste die Zähne zu putzen.

Die Fähigkeit gilt auch als verloren, wenn die versicherte Person aufgrund einer Demenz täglich Unterstützung beim Waschen oder Zähneputzen benötigt.

2.4 Sicher zuhause bewegen

Die Fähigkeit gilt als verloren, wenn die versicherte Person aufgrund von körperlichen Einschränkungen

- weder in der Lage ist, von einem Stuhl aufzustehen noch von einem Stuhl in einen Rollstuhl zu kommen, oder
- eine Strecke von 10 Metern auf ebenem Boden ohne Teppich nicht mehr eigenständig zurücklegen kann, auch nicht mit Gehhilfe oder in einem nichtelektrischen Rollstuhl.

Die Fähigkeit gilt auch als verloren, wenn die versicherte Person aufgrund einer Demenz täglich beaufsichtigt werden muss, weil sie

- sich in ihrer Wohnung nicht mehr zurechtfindet oder
- dortige Risiken und Gefahren nicht mehr erkennt.

2.5 Toilette benutzen

Die Fähigkeit gilt als verloren, wenn die versicherte Person aufgrund von körperlichen Einschränkungen nicht mehr in der Lage ist,

- sich nach dem Stuhlgang allein mit Toilettenpapier zu säubern oder
- ihren Darm oder ihre Blase ohne fremde Hilfe zu entleeren.

Die Fähigkeit gilt auch als verloren, wenn die versicherte Person inkontinent ist und täglich Unterstützung bei der Verwendung von Hilfsmitteln benötigt. Dabei ist es unerheblich, ob der Grund hierfür eine körperliche Einschränkung oder Demenz ist.

2.6 Die versicherte Alltagsfähigkeit muss voraussichtlich für mindestens 6 Monate ununterbrochen verloren sein oder sie ist bereits seit 6 Monaten verloren. Der Beginn der 6-Monatsfrist muss in der Laufzeit Ihrer Versicherung ZUHAUSE liegen.

Ist eine Alltagsfähigkeit bereits seit 6 Monaten verloren, so gilt sie von Beginn an als verloren. Das bedeutet, dass wir in diesem Fall auch rückwirkend leisten.

Eine Besserung für maximal drei Monate gilt nicht als Unterbrechung.

2.7 Um Leistungen zu erhalten, müssen Sie uns den Verlust von versicherten Alltagsfähigkeiten nachweisen. Welche Nachweise Sie im Einzelnen vorlegen müssen, ist unter 9. beschrieben.

Beitragsbefreiung

3. Wann übernehmen wir für Sie die Zahlung Ihrer Beiträge?

3.1 Wir übernehmen für Sie die Zahlung Ihrer Beiträge, wenn die Voraussetzungen für eine Rentenzahlung gemäß 1.2 erfüllt sind.

- 3.2 Wir übernehmen für Sie die Zahlung Ihrer Beiträge auch dann, wenn Sie einen Pflegebedürftigen in größerem Umfang pflegen. Die genauen Regelungen hierzu sind unter 3.3 beschrieben.

Diese Befreiung von der Zahlung der Beiträge gilt insgesamt für maximal 24 Monate.

- 3.3 Die Voraussetzungen für die Befreiung von der Zahlung der Beiträge gemäß 3.2 sind:
- Sie werden frühestens ein Jahr nach dem Beginn Ihrer Versicherung ZUHAUSE zu einer Pflegeperson im Sinne des § 19 Sozialgesetzbuch XI.
 - Aufgrund Ihrer Pflegetätigkeit erhalten Sie Leistungen zur sozialen Sicherung der Altersversorgung nach § 44 Absatz 1 Sozialgesetzbuch XI.

Dies bedeutet zum Stand 01.06.2019:

- Sie pflegen einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 in seiner häuslichen Umgebung.
- Die Pflege umfasst mindestens 10 Stunden in der Woche.
- Die Pflege wird regelmäßig auf mindestens zwei Tage in der Woche verteilt.
- Die Pflege erfolgt nicht erwerbsmäßig.
- Sie sind regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden pro Woche erwerbstätig.

Sollten sich die gesetzlichen Voraussetzungen für Leistungen zur sozialen Sicherung der Altersversorgung von Pflegepersonen in Zukunft ändern, gelten für die Befreiung von der Beitragszahlung die geänderten gesetzlichen Voraussetzungen. Sollten die Leistungen zur sozialen Sicherung der Altersversorgung von Pflegepersonen in Zukunft wegfallen, stellen wir auf die zuletzt vor dem Wegfall gültigen gesetzlichen Voraussetzungen ab.

- 3.4 Als Nachweis für das Vorliegen der Voraussetzungen von 3.3 gilt die schriftliche Mitteilung darüber, dass Sie dem zuständigen Rentenversicherungsträger als Pflegeperson gemeldet wurden, so wie es in § 44 Absätze 3 und 4 Sozialgesetzbuch XI beschrieben wird.

Baustein „6 dazu“

Dieser Abschnitt gilt, wenn Sie den Baustein „6 dazu“ eingeschlossen haben.

4. Wann und in welcher Höhe erhalten Sie eine Einmalleistung aus dem Baustein „6 dazu“?

- 4.1 Bei Einschluss des Bausteins „6 dazu“ zahlen wir eine Einmalleistung. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person die Fähigkeit verliert, eine Treppe mit 12 Stufen in üblicher Höhe mit oder ohne Festhalten selbstständig hinauf- und hinabzusteigen.

Die Fähigkeit muss voraussichtlich für mindestens 6 Monate ununterbrochen verloren sein oder sie ist bereits seit 6 Monaten verloren. Der Beginn der 6-Monatsfrist muss in der Laufzeit Ihrer Versicherung ZUHAUSE liegen.

Um die Einmalleistung zu erhalten, müssen Sie uns den Verlust der Fähigkeit nachweisen. Welche Nachweise Sie im Einzelnen vorlegen müssen, ist unter 9.8 beschrieben.

- 4.2 Die Höhe der Einmalleistung ist das 6-fache der zum Zeitpunkt des Verlustes gültigen monatlichen Gesamrente. Beachten Sie hierzu auch 24.4 und 24.6.
- 4.3 Die Leistung aus dem Baustein „6 dazu“ können Sie nur einmal erhalten. Wurde die Leistung erbracht, ändert sich Ihr Beitrag dadurch nicht.

Baustein „12 sicher“

Dieser Abschnitt gilt, wenn Sie den Baustein „12 sicher“ eingeschlossen haben.

5. Wann und in welcher Höhe erhalten Sie eine Einmalleistung aus dem Baustein „12 sicher“?

- 5.1 Mit dem Baustein „12 sicher“ haben Sie eine Mindestleistung vereinbart, die wir sicher erbringen oder erbracht haben, wenn die versicherte Person stirbt. Stirbt die versicherte Person, ohne dass wir bis dahin eine Rente gezahlt haben, erhalten Sie eine Einmalleistung in Höhe dieser Mindestleistung. Haben wir vor dem Tod bereits Renten gezahlt, mindert sich die Einmalleistung um

die Summe dieser Rentenzahlungen.

Um die Einmalleistung zu erhalten, müssen Sie uns den Tod der versicherten Person nachweisen. Welche Nachweise Sie im Einzelnen vorlegen müssen, ist unter 9.9 beschrieben.

- 5.2 Die Höhe der Mindestleistung ist das 12-fache der zum Zeitpunkt des Todes gültigen monatlichen Gesamtrente. Beachten Sie hierzu auch 24.4 und 24.6.
- 5.3 Wir zahlen die Einmalleistung auch, wenn sich die versicherte Person vorsätzlich selbst tötet. Dies gilt, wenn
- seit Abschluss der Versicherung drei Jahre vergangen sind oder
 - uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist.

Andernfalls leisten wir bei vorsätzlicher Selbsttötung nicht.

Beratung und Assistance

6. Welche Beratungs- und Assistance-Leistungen können Sie in Anspruch nehmen?

Sobald der Verlust einer Alltagsfähigkeit gemäß 2. absehbar ist, können Sie, die versicherte Person oder pflegende Angehörige eine telefonische Erstberatung über eine kostenfreie Hotline in Anspruch nehmen. Bei der telefonischen Erstberatung wird die persönliche Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit der versicherten Person besprochen und eine Bedarfsanalyse durchgeführt.

Nach der telefonischen Erstberatung können Sie, die versicherte Person oder pflegende Angehörige die folgenden Assistance-Leistungen in Anspruch nehmen:

- Telefonische Beratung rund um das Thema Pflege, zum Beispiel zu den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung,
- Vermittlung von Pflegeberatung vor Ort, wie zum Beispiel Planung einer ambulanten Pflege,
- Vermittlung einer Wohnraumberatung inklusive Hinweise zum barrierefreien Wohnen,
- Organisation und Vermittlung von Hilfeleistungen für die versicherte Person, wie zum Beispiel ambulante Grundpflege oder Menüservice,
- Vermittlung eines Pflegeheimplatzes oder einer Kurzzeitpflege für die versicherte Person,
- Vermittlung von Unterstützungsangeboten für pflegende Angehörige, wie zum Beispiel Pflegeschulungen.

Die telefonische Erstberatung und die Assistance-Leistungen werden über einen externen Dienstleister ohne weitere Kosten für Sie und nur innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht. Die Kosten für die vermittelten und organisierten Dienste müssen Sie selbst zahlen. Eine Assistance-Leistung begründet noch keinen Anspruch auf weitere Leistungen aus Ihrer Versicherung ZUHAUSE.

Weitere Regelungen zu unseren Leistungen

7. Bei welchen Ereignissen können Sie die vereinbarten Leistungen ohne eine erneute Prüfung der Gesundheit erhöhen?

- 7.1 Versicherte Leistungen
- Während Sie Beiträge zahlen, dürfen Sie die vereinbarte Leistung erhöhen. Ganz ohne eine erneute Prüfung der Gesundheit. Dies gilt bei den folgenden Ereignissen:

Die persönliche Situation der versicherten Person verändert sich durch

- Heirat
- Geburt eines Kindes,
- Adoption eines Kindes,
- Scheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft,
- Tod des Ehegatten beziehungsweise des eingetragenen Lebenspartners,
- Beginn des Bezugs von Leistungen aus der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung durch den Ehegatten beziehungsweise den eingetragenen Lebenspartner,

- Erwerb und Finanzierung einer selbstbewohnten Immobilie mit einem Finanzierungsbetrag von mindestens 100.000 Euro oder
- Erhöhung des regelmäßigen jährlichen Bruttoeinkommens um mindestens 10 % aufgrund eines Karrieresprungs, wie zum Beispiel Beförderung, Gehaltserhöhung oder Wechsel des Arbeitgebers.

Sie können innerhalb von 6 Monaten ab Eintritt eines der genannten Ereignisse die vereinbarte Leistung erhöhen.

- 7.2 Sie können die vereinbarte Leistung nur erhöhen, wenn für die versicherte Person gilt:
- Es wurden noch keine Leistungen aus der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung oder einer privaten Pflegeversicherung oder Grundfähigkeitsversicherung beantragt.
 - Es liegt keine Schwerbehinderung vor und es wurde noch kein Antrag auf Anerkennung der Schwerbehinderung gestellt.
 - Es ist noch kein Leistungsfall eingetreten.
 - Die Erhöhung erfolgt vor dem 67. Geburtstag.
- 7.3 Für die unter 7.1 beschriebenen Erhöhungen gelten für die versicherte Person folgende Obergrenzen:
- Für jedes genannte Ereignis darf die vereinbarte monatliche Gesamtrente maximal um 500 Euro erhöht werden. Wenn bei uns mehrere Pflegeversicherungen bestehen, gilt diese Grenze für alle Versicherungen zusammen.
 - Durch die Erhöhungen dürfen bei uns nicht mehr als monatlich 2.500 Euro Gesamtrente versichert sein, wenn alle Pflegeversicherungen zusammengerechnet werden.
- 7.4 Für die unter 7.1 genannten Ereignisse und die Obergrenzen nach 7.3 können wir Nachweise anfordern. Ist der Baustein „12 sicher“ eingeschlossen, ist die schriftliche Zustimmung der versicherten Person erforderlich.
- 7.5 Wenn Sie Ihren Schutz erhöhen, gelten für die Erhöhung die für Neuverträge gültigen Tarife und Bedingungen. Ihr Beitrag richtet sich nach dem von Ihnen gewählten Tarif. Zuschläge oder Ausschlüsse des zuletzt abgeschlossenen Vertrags gelten auch für die Erhöhung.

8. Wann haben Sie Anspruch auf Leistungen?

- 8.1 Sie haben Anspruch auf Leistungen mit dem Ablauf des Monats, in dem ein Leistungsfall eingetreten ist. Ihr Anspruch beginnt aber frühestens mit dem Beginn Ihrer Versicherung ZUHAUSE.
- 8.2 Der Schutz gilt weltweit. Das bedeutet, dass Sie Anspruch auf Leistungen unabhängig davon haben, wo ein Leistungsfall eingetreten ist.
Der Anspruch auf Rentenleistungen nach 1. ruht jedoch, wenn sich die versicherte Person länger als drei volle Kalendermonate außerhalb der Europäischen Union, des Vereinigten Königreichs, der Schweiz oder Norwegens aufhält. Dies gilt nicht, wenn wir einem längeren Aufenthalt außerhalb dieses Gebiets zugestimmt haben.
- 8.3 Wenn Sie uns den Leistungsfall erst später mitteilen und nachweisen, leisten wir auch rückwirkend. Bei Verlust von Alltagsfähigkeiten müssen Sie uns auch den Zeitraum nachweisen.

9. Was müssen Sie beachten, wenn Sie Leistungen erhalten möchten?

- 9.1 Bitte geben Sie uns unverzüglich Bescheid, wenn die versicherte Person eine oder mehrere der versicherten Alltagsfähigkeiten verloren hat und Sie Leistungen erhalten möchten.
Um Leistungen zu erhalten, müssen Sie uns den Verlust von versicherten Alltagsfähigkeiten nachweisen.

Wir leisten, wenn wir unsere Prüfungen abgeschlossen haben, die notwendig sind, um den Leistungsfall und den Umfang unserer Leistungspflicht festzustellen. Wenn Sie ei-

ne der nachfolgend genannten Pflichten nicht erfüllen, kann dies dazu führen, dass wir nicht feststellen können, ob und in welchem Umfang wir leisten müssen. Das heißt konkret: Eine Pflichtverletzung kann dazu führen, dass wir gar nicht oder erst später leisten.

Allgemeines Nachweisverfahren

9.2 Um unsere Leistungspflicht prüfen zu können, müssen Sie nachvollziehbare Bescheinigungen eines Facharztes der entsprechenden Fachrichtung vorlegen. Dieser Arzt muss bestätigen, dass eine oder mehrere Alltagsfähigkeiten verloren sind. Bei den Untersuchungen müssen der aktuelle medizinische Wissensstand und die üblichen Testverfahren berücksichtigt werden. Alternativ können Sie uns den Verlust der Alltagsfähigkeiten auch durch ein Gutachten des medizinischen Dienstes der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherungen oder eines unabhängigen sachverständigen Gutachters nachweisen.

9.3 Um festzustellen, ob alle Voraussetzungen erfüllt sind, müssen die ärztlichen Bescheinigungen bzw. das Gutachten die folgenden Informationen und Nachweise enthalten:

- Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer der gesundheitlichen Beeinträchtigung sowie
- eine Beschreibung der Auswirkungen auf die Alltagsfähigkeiten.

Ferner benötigen wir folgende Informationen und Nachweise:

- Eine Aufstellung der Ärzte, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, die die versicherte Person untersucht haben, behandelt haben, behandeln oder durch die eine Behandlung vorgesehen ist.
- Eine Aufstellung der Versicherungsunternehmen, Sozialversicherungsträger, Berufsgenossenschaften, Behörden oder sonstiger Versorgungsträger, von denen ebenfalls Leistungen wegen gesundheitlicher Beeinträchtigungen der versicherten Person erbracht werden oder erbracht werden könnten.

9.4 Wir können weitere notwendige Nachweise anfordern. Hierzu gehören insbesondere Informationen und Nachweise über die Gesundheit der versicherten Person sowohl vor als auch nach Beginn Ihrer Versicherung ZUHAUSE. Zusätzlich können wir unabhängige Ärzte beauftragen, weitere Untersuchungen vorzunehmen.

In diesem Fall übernehmen wir alle Kosten, die durch diese Untersuchungen entstehen. Hierzu gehören auch erforderliche Reise- und Unterbringungskosten.

Vereinfachtes Nachweisverfahren

9.5 Mit dem vereinfachten Nachweisverfahren bieten wir Ihnen eine alternative Möglichkeit für die Beantragung der vollen Rentenzahlung. Sie können diese Möglichkeit in Anspruch nehmen, wenn

- die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne der sozialen Pflegeversicherung ist und
- die zuständige gesetzliche oder private Pflegekasse den Schweregrad ihrer Pflegebedürftigkeit wie unter 9.6 beschrieben eingestuft hat.

In diesem Fall genügt es, wenn Sie uns einen Nachweis über diese Einstufung vorlegen. Ein Nachweis des Verlustes aller 5 Alltagsfähigkeiten ist dann nicht mehr erforderlich. Wir können jedoch prüfen, ob Sie die unter 25. beschriebene vorvertragliche Anzeigepflicht erfüllt haben. Hierzu können wir Informationen und Nachweise über die Gesundheit der versicherten Person vor und nach Beginn Ihrer Versicherung ZUHAUSE anfordern.

9.6 Zum Stand 01.06.2019 wird in der deutschen sozialen Pflegeversicherung die Schwere von Pflegebedürftigkeit in 5 Pflegegrade eingeteilt. Dabei bedeutet Pflegegrad 1 eine geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten, während bei Pflegegrad 5 schwerste Beeinträchtigungen vorliegen. Die genauen Regelungen hierzu sind in den §§ 14 und 15 Sozialgesetzbuch XI festgelegt. Sie können das vereinfachte Nachweisverfahren anwenden, wenn die versicherte Person in der sozialen Pflegeversicherung anhand dieses Einstufungsverfahrens in den

Pflegegrad 4 oder den Pflegegrad 5 eingestuft wird.

Wenn eine Änderung in der sozialen Pflegeversicherung dazu führt, dass die Schwere von Pflegebedürftigkeit nicht mehr so eingeteilt wird, wie es in den §§ 14 und 15 Sozialgesetzbuch XI zum Stand 01.06.2019 beschrieben ist, werden wir das vereinfachte Nachweisverfahren erweitern. Dies soll bewirken, dass Sie das vereinfachte Nachweisverfahren auch bei Einstufungen anhand der dann geltenden gesetzlichen Bestimmungen anwenden können. Über die Erweiterung des vereinfachten Nachweisverfahrens werden wir Sie informieren.

Die Einführung neuer Voraussetzungen für die Anwendbarkeit des vereinfachten Nachweisverfahrens führt nicht zu einem Wegfall bestehender Voraussetzungen.

Allgemeine Schadenminderungspflicht

- 9.7 Aufgrund der allgemeinen gesetzlichen Pflicht, den Schaden zu mindern, muss die versicherte Person ärztlichen Anweisungen folgen, um die Gesundheit zu verbessern. Dies gilt nur, wenn die ärztlichen Anweisungen zumutbar sind. Zumutbar sind Maßnahmen,
- die gefahrlos sind,
 - die nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und
 - bei denen die Aussicht auf eine wesentliche Besserung gegeben ist.

Hierzu gehört unter anderem die Verwendung orthopädischer oder anderer Heil- und Hilfsmittel, wie zum Beispiel Gehhilfen oder Prothesen.

Ärztlich angeordnete Operationen gehören nicht dazu. Das bedeutet, dass wir eine Leistung auch anerkennen, wenn sich die versicherte Person nicht operieren lässt, obwohl die untersuchenden oder behandelnden Ärzte dies anordnen.

Nachweisverfahren bei dem Baustein „6 dazu“

- 9.8 Sie haben den Baustein „6 dazu“ eingeschlossen und beantragen die unter 4. beschriebene Leistung? Dann gelten hierfür 9.1 bis 9.4 sowie 9.7 entsprechend.

Nachweisverfahren bei dem Baustein „12 sicher“

- 9.9 Sofern der Baustein „12 sicher“ vereinbart ist, zahlen wir die Einmalleistung gegen Vorlage des Versicherungsscheins und der folgenden Unterlagen:
- Eine amtliche, Alter und Geburtsort enthaltende Sterbeurkunde und
 - ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache sowie gegebenenfalls über Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tod der versicherten Person geführt hat.
- Die genannten Unterlagen sind uns auf Kosten des Anspruchserhebenden einzureichen.
- Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir auf unsere Kosten notwendige weitere Nachweise und Auskünfte verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen.

10. Wie unterstützen wir Sie im Leistungsfall?

Wenden Sie sich im Leistungsfall gerne an uns. Insbesondere bei diesen Fragen:

- Wie beantrage ich Leistungen?
- Wie prüfen wir?
- Was ist alles versichert?
- Wie kann ich den Leistungsfall nachweisen?
- Welche Unterlagen muss ich vorlegen?

Alle erforderlichen Formulare, mit denen Sie Leistungen beantragen können, erhalten Sie direkt von uns.

11. Wann informieren wir Sie, ob und in welchem Umfang wir leisten?

- 11.1 Sobald uns alle erforderlichen Unterlagen für unsere Entscheidung vorliegen, informieren wir Sie innerhalb von 8 Tagen, ob und in welchem Umfang wir leisten. Wäh-

rend unserer Prüfung informieren wir Sie mindestens alle drei Wochen regelmäßig über den aktuellen Stand. So sind Sie immer informiert und wissen auch, welche Unterlagen noch fehlen.

11.2 Bei uns gibt es keine zeitlich befristeten Anerkennnisse.

12. Was gilt, wenn wir unsere Pflicht zur Leistung anerkannt haben?

Unser Recht auf Nachprüfung

12.1 Wenn wir Ihnen eine Rente zahlen, dürfen wir regelmäßig prüfen, ob noch alle Voraussetzungen für eine Leistung erfüllt sind und die versicherte Person noch lebt.

12.2 Zur Nachprüfung dürfen wir jederzeit sachdienliche Auskünfte, wie zum Beispiel Informationen zur Gesundheit, anfordern. Gleichzeitig dürfen wir einmal jährlich verlangen, dass sich die versicherte Person durch von uns beauftragte unabhängige Ärzte umfassend untersuchen lässt. Die hierbei anfallenden Kosten übernehmen wir.

Nach dem 75. Geburtstag der versicherten Person verzichten wir auf diese Nachprüfung. Dann prüfen wir nur noch, ob die versicherte Person lebt.

Ihre Pflichten

12.3 Sie müssen uns unverzüglich informieren, wenn

- die Voraussetzungen des vereinfachten Nachweisverfahrens gemäß 9.5 und 9.6 nicht mehr erfüllt sind oder
- sich die versicherte Person länger als drei volle Kalendermonate außerhalb der Europäischen Union, des Vereinigten Königreichs, der Schweiz oder Norwegens aufhält.

Darüber hinaus muss uns der Tod der versicherten Person unverzüglich mitgeteilt werden.

Einstellung oder Minderung der Leistungen

12.4 Wir stellen die unter 1.2 genannten Leistungen ein oder vermindern diese, wenn wir feststellen, dass die Voraussetzungen dafür nicht mehr vorliegen. Hierüber informieren wir Sie in Textform. Zum Ende des dritten Monats nach unserer Mitteilung stellen wir die Leistungen ein oder mindern diese. Wenn wir die Leistungen einstellen, müssen Sie ab diesem Zeitpunkt wieder Beiträge zahlen.

13. Was gilt, wenn Sie Ihre Pflichten im Leistungsfall oder bei einer Nachprüfung verletzen?

Wir leisten nicht, wenn Sie, die versicherte Person oder der Anspruchsteller eine Pflicht vorsätzlich nicht erfüllen. Zu diesen Pflichten gehören:

- Mitwirkungspflicht im Leistungsfall wie unter 9. beschrieben und
- Mitwirkungspflicht bei einer Nachprüfung wie unter 12. beschrieben.

Wir kürzen unsere Leistungen, wenn die Pflichten grob fahrlässig verletzt werden. Die Kürzung richtet sich nach der Schwere des Verschuldens.

Wenn wir nicht leisten oder die Leistungen kürzen, weisen wir Sie mit einer gesonderten Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hin. Wir leisten, wenn Sie uns nachweisen, dass die Pflichten nicht grob fahrlässig verletzt wurden.

Die Ansprüche bleiben auch bestehen, wenn Sie uns nachweisen, dass die Verletzung weder die Feststellung noch den Umfang der Leistung beeinflusst. Dies gilt nicht bei arglistigem Handeln.

Bei späterer Pflichterfüllung leisten wir mit Beginn des dann laufenden Monats.

14. Wer erhält die vereinbarten Leistungen?

Empfänger der Leistungen

- 14.1 Als Versicherungsnehmer bestimmen Sie, wer die Leistungen erhält. Diese Entscheidung können Sie widerruflich oder unwiderruflich treffen.

Wenn Sie nicht selbst die versicherte Person Ihrer Versicherung ZUHAUSE sind, kann die Versicherung der Versicherungsteuerpflicht unterliegen.

Damit auf die Beiträge Ihrer Versicherung ZUHAUSE keine Versicherungsteuer anfällt, gilt für die Benennung des Empfängers der Leistungen Folgendes:

Sie können als Empfänger der Leistungen nur die versicherte Person oder einen Angehörigen der versicherten Person benennen.

Wer zu den Angehörigen der versicherten Person gehört, ist in § 15 Abgabenordnung und § 7 Pflegezeitgesetz geregelt.

Zum Stand 01.01.2022 gehören hierzu folgende Personen:

- Ehegatten und Lebenspartner, auch dann, wenn die die Angehörigenstellung begründende Ehe oder Lebenspartnerschaft nicht mehr besteht,
- Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft,
- Verlobte,
- Verwandte und Verschwägerete in gerader Linie, auch dann, wenn die die Angehörigenstellung begründende Ehe oder Lebenspartnerschaft nicht mehr besteht, sowie Adoptivkinder,
- Kinder, Adoptivkinder oder Pflegekinder des Ehepartners oder Lebenspartners,
- Geschwister,
- Nichten und Neffen,
- Schwäger und Schwägerinnen, auch dann, wenn die die Angehörigenstellung begründende Ehe oder Lebenspartnerschaft nicht mehr besteht,
- Onkel und Tanten,
- Pflegeeltern und Pflegekinder, auch dann, wenn die häusliche Gemeinschaft nicht mehr besteht, die Personen aber weiterhin, wie Eltern und Kind miteinander verbunden sind.

Benennen Sie eine Person, die nicht zum oben genannten Personenkreis gehört, ist die Benennung des Empfängers der Leistungen unwirksam. In diesem Fall erbringen wir die Leistung an die versicherte Person oder an ihre gesetzlichen Erben.

Sollte sich die Eigenschaft des Empfängers der Leistungen als Angehöriger während der Laufzeit ändern, wie zum Beispiel bei Auflösung einer eheähnlichen Gemeinschaft oder eines Verlöbnisses, wird das Bezugsrecht unwirksam und es gelten die oben genannten Regelungen.

Die oben genannten Einschränkungen gelten nicht, wenn die Versicherung ZUHAUSE im Rahmen der betrieblichen Altersvorsorge abgeschlossen wurde.

Widerruflich heißt:

Der Empfänger der Leistung hat den Anspruch auf eine Leistung erst, wenn der Leistungsfall eintritt. Bis der Leistungsfall eintritt, können Sie Ihre Erklärung jederzeit widerrufen und einen neuen Empfänger bestimmen. Zahlen wir eine Rente, gilt jede Fälligkeit als eigener Leistungsfall. Das bedeutet, dass Sie vor jeder Zahlung einen neuen Empfänger der Leistung bestimmen können.

Unwiderruflich heißt:

Es steht sofort fest, wer die Leistung erhält. Sobald uns Ihre Erklärung vorliegt, kann dieses Recht nur noch mit Zustimmung des unwiderruflich bestimmten Empfängers der Leistung geändert werden.

Wenn Sie einen Empfänger der Leistungen bestimmen, ist diese Bestimmung grundsätzlich widerruflich. Wenn Sie eine unwiderrufliche Bestimmung treffen möchten, müssen Sie uns dies ausdrücklich mitteilen.

Wenn Sie niemanden bestimmen, leisten wir an Sie.

Abtretung und Verpfändung

- 14.2 Das Recht auf eine Leistung können Sie grundsätzlich ganz oder teilweise an Dritte abtreten oder verpfänden. Dies ist jedoch nur möglich, wenn noch kein Leistungsfall eingetreten ist und die rechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

Mitteilung des Empfängers

- 14.3 Bestimmen oder widerrufen Sie einen Empfänger der Leistungen wie unter 14.1 beschrieben oder treten Sie das Recht auf die Leistung ab oder verpfänden dieses, wie unter 14.2 beschrieben, wird dies erst wirksam, wenn Sie uns die Änderung in Textform mitteilen. Haben Sie den Baustein „12 sicher“ vereinbart, muss zusätzlich die versicherte Person schriftlich zustimmen.

Auch andere Personen können Rechte an Ihrem Vertrag haben, wenn Sie das zuvor veranlasst haben. Zum Beispiel durch eine unwiderrufliche Bestimmung, Abtretung oder Verpfändung. In diesem Fall wird die Änderung nur mit Zustimmung der anderen Person wirksam.

- 14.4 Wir zahlen unsere Leistungen an den Empfänger auf seine Kosten. Sollen die Leistungen in Länder außerhalb des europäischen Wirtschaftsraums überwiesen werden, trägt die empfangsberechtigte Person die damit verbundene Gefahr und die Kosten.

15. Wie wichtig ist der Versicherungsschein?

- 15.1 Wir können Ihnen den Versicherungsschein in Textform übermitteln. Textform heißt zum Beispiel per Brief, Fax oder E-Mail. Stellen wir diesen als Dokument in Papierform aus, dann liegt eine Urkunde vor. Sie können die Ausstellung als Urkunde verlangen.
- 15.2 Den Inhaber der Urkunde können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Vertrag zu verfügen. Hierzu gehört insbesondere, die Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber der Urkunde seine Berechtigung nachweist.

Ihr Beitrag

16. Worauf müssen Sie achten, wenn Sie Beiträge zahlen?

- 16.1 Die Beiträge zu Ihrer Versicherung können Sie je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich zahlen.

Sie müssen die Beiträge auf Ihre Gefahr und Kosten zahlen und sicherstellen, dass die Beiträge rechtzeitig bei uns eingehen.

- 16.2 Den ersten Beitrag zahlen Sie bitte unverzüglich, wenn Ihre Versicherung ZUHAUSE abgeschlossen ist. Sie müssen den Beitrag jedoch nicht zahlen, bevor die Versicherung beginnt. Der Beginn der Versicherung steht im Versicherungsschein.

Alle weiteren Beiträge, die so genannten Folgebeiträge, sind immer zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode zu zahlen. Wenn Sie monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich zahlen, entspricht eine Versicherungsperiode einem Monat, einem Vierteljahr, einem halben Jahr oder einem Jahr.

- 16.3 Sie haben den Beitrag rechtzeitig gezahlt, wenn Sie bis zum Beginn der Versicherungsperiode alles dafür getan haben, dass der Beitrag bei uns eingeht. Ist vereinbart, dass der Beitrag von einem Konto eingezogen wird, gilt die Zahlung in folgendem Fall als rechtzeitig:

- Der Beitrag konnte zum Beginn der Versicherung eingezogen werden und
- der Kontoinhaber widerspricht einer berechtigten Einziehung nicht.

Konnten wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, erhalten Sie eine Zahlungsaufforderung. Zahlen Sie den fälligen Beitrag unverzüglich nach, ist die Zahlung noch rechtzeitig.

- 16.4 Haben Sie zu vertreten, dass wir den Beitrag wiederholt nicht einziehen konnten, können wir auf einen anderen Zahlungsweg außerhalb des Lastschriftverfahrens be-

stehen.

- 16.5 Wenn eine Leistung fällig wird, verrechnen wir mögliche Beitragsrückstände mit der Leistung.

17. Was gilt, wenn Sie den Beitragsplan vereinbart haben?

Wenn Sie den Beitragsplan vereinbart haben, zahlen Sie bei gleich bleibender Leistung einen Beitrag, der zu festgelegten Terminen in 5 jährlichen Stufen steigt. Der nach diesen 5 Stufen erreichte Beitrag gilt dann für die restliche Laufzeit Ihrer Versicherung ZUHAUSE. Die Termine und die Höhe der Beiträge finden Sie in Ihrem Versicherungsschein. Der erste Termin ist der Jahrestag des Versicherungsbeginns in dem Kalenderjahr, in dem der 55. Geburtstag der versicherten Person liegt.

Sie können die Beitragszahlung vor diesen Terminen auf eine Beitragszahlung ohne Beitragsplan umstellen. Den dann zu zahlenden Beitrag berechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik.

18. Was passiert, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

Erster Beitrag

- 18.1 Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir von der Versicherung zurücktreten. Dies gilt, solange die Zahlung nicht eingegangen ist. In diesem Fall können wir von Ihnen die Kosten für ärztliche Untersuchungen, die bei der Prüfung der Gesundheit entstanden sind, zurückverlangen. Wir dürfen nur zurücktreten, wenn Sie für die nicht rechtzeitige Zahlung verantwortlich sind. Sind Sie dafür nicht verantwortlich, müssen Sie uns dies nachweisen.
- 18.2 Wir leisten nicht, wenn der Leistungsfall eintritt und der erste Beitrag noch nicht gezahlt ist. Auf diese Rechtsfolge müssen wir Sie durch eine eigenständige Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein aufmerksam gemacht haben. Wir leisten, wenn Sie nachweisen, dass Sie für das Ausbleiben der Zahlung nicht verantwortlich sind.

Folgebeitrag

- 18.3 Zahlen Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist. Die Kosten hierfür müssen Sie übernehmen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen. Diese Frist beginnt mit dem Erhalt unserer Mitteilung.
- 18.4 Kommt es nach Ablauf der Zahlungsfrist zu einem Leistungsfall, verringert sich Ihr Schutz oder er entfällt. Dies gilt, wenn Sie bei Eintritt des Leistungsfalls mit der Zahlung in Verzug sind. Voraussetzung: Wir haben Sie mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen.
- 18.5 Nach Ablauf der Zahlungsfrist können wir die Versicherung fristlos kündigen. Dies gilt, wenn Sie noch immer mit den Beiträgen, Zinsen oder Kosten in Verzug sind. Voraussetzung für die Kündigung: Wir haben Sie mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen. Wir können die Versicherung bereits mit der Fristsetzung kündigen. Die Kündigung wird dann automatisch mit dem Ablauf der Zahlungsfrist wirksam, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt noch immer mit der Zahlung in Verzug sind. Auf diese Rechtsfolge müssen wir Sie ebenfalls hinweisen.
- 18.6 Wenn unsere Kündigung wirksam geworden ist, können Sie den offenen Betrag immer noch nachzahlen. Hierfür gilt:
- Sie zahlen innerhalb eines Monats nach der Kündigung nach oder
 - Sie zahlen innerhalb eines Monats nach Ablauf der Zahlungsfrist nach, wenn die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden wurde.

Zahlen Sie innerhalb dieses Zeitraums, wird die Kündigung unwirksam und Ihre Versicherung läuft weiter. Für Leistungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Frist und der Zahlung eintreten, besteht kein oder nur ein geringer Schutz.

- 18.7 Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt er sich in einen beitragsfreien Vertrag um, für den die Regelungen unter 21.3 gelten.

Regelungen für die automatische Erhöhung Ihrer Beiträge und Leistungen

19. Was gilt, wenn Sie die automatische Erhöhung Ihrer Beiträge und Leistungen vereinbart haben?

Zeitpunkt der Erhöhung

- 19.1 Haben Sie mit uns eine automatische Erhöhung für Ihre Versicherung ZUHAUSE vereinbart, erhöhen sich die Beiträge und Leistungen jährlich. Die Erhöhung erfolgt zum Jahrestag des Versicherungsbeginns. Die Gesundheit der versicherten Person prüfen wir nicht noch einmal.
- 19.2 Wir informieren Sie rechtzeitig vor dem Termin über die Erhöhung. Der erhöhte Schutz gilt dann ab dem Termin der Erhöhung.

Umfang der Erhöhung

- 19.3 Ihre Rente erhöht sich im gleichen Verhältnis wie der vom Statistischen Bundesamt ermittelte Verbraucherpreisindex für Deutschland, mindestens aber um 2,5 %. Sofern Sie Bausteine vereinbart haben, erhöht sich die Leistung daraus entsprechend.
- 19.4 Wird die Rente automatisch erhöht, erhöhen sich auch die Beiträge. Diese Erhöhung richtet sich nach
- dem Alter der versicherten Person zum Zeitpunkt der Erhöhung und
 - einem eventuell vereinbarten Zuschlag.
- Die Leistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge. In der Regel ist die prozentuale Erhöhung der Beiträge größer als die der Leistungen.
- 19.5 Für die Erhöhung verwenden wir in der Regel die gleichen Rechnungsgrundlagen wie bei Abschluss Ihrer Versicherung ZUHAUSE. Wir dürfen allerdings für die Erhöhung auch die für Neuverträge geltenden Rechnungsgrundlagen verwenden.

Wegfall der Erhöhung

- 19.6 Die automatische Erhöhung findet zum letzten Mal in dem Kalenderjahr statt, in dem der 75. Geburtstag der versicherten Person liegt.
- 19.7 Die Erhöhung gilt als abgelehnt und entfällt rückwirkend, wenn Sie
- ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Termin widersprechen oder
 - den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Termin zahlen.
- 19.8 Ihr Recht auf weitere Erhöhungen entfällt, wenn Sie dreimal hintereinander die Erhöhung ablehnen.
- 19.9 Wenn wir für Sie wie unter 3. beschrieben die Beitragszahlung übernehmen, finden keine automatischen Erhöhungen der Beiträge und Leistungen statt. Das Gleiche gilt während einer Zahlungspause oder nach einer Beitragsfreistellung.

Stundung, Zahlungspause

20. Wie können Sie eine Stundung der Beiträge oder eine Zahlungspause mit uns vereinbaren?

Stundung

- 20.1 Sie können mit uns eine Stundung der Beiträge für bis zu 6 Monate vereinbaren. Das heißt, Sie müssen in diesem Zeitraum keinen oder nicht den vollen Beitrag zahlen und können die Zahlung der Beiträge aufschieben. Dies ist möglich, wenn
- Ihre Versicherung ZUHAUSE seit mindestens einem Jahr besteht oder
 - seit der letzten Stundung mindestens ein Jahr vergangen ist
 - und Sie bis zum Beginn der Stundung alle Beiträge bezahlt haben.

Eine Stundung ist während der gesamten Laufzeit Ihrer Versicherung ZUHAUSE für

maximal 24 Monate möglich. Für die Stundung erheben wir Zinsen.

- 20.2 Nach dem Ende der Stundung müssen Sie die Beiträge für den Stundungszeitraum und die Zinsen nachzahlen. Sie können die Beiträge in einer Summe oder in bis zu 6 Monatsraten nachzahlen.
Wenn aus Ihrer Versicherung ZUHAUSE genügend Kapital vorhanden ist, wie unter 22.7 beschrieben, können gestundete Beiträge auch mit diesem Kapital verrechnet werden. Sie können in diesem Fall zwischen zwei Möglichkeiten wählen:
- Sie führen Ihre Versicherung mit niedrigeren Leistungen fort oder
 - Sie führen Ihre Versicherung mit den gleichen Leistungen fort, aber zu einem höheren Beitrag.
- 20.3 Sie wünschen eine Stundung während Ihrer Elternzeit? Dann gilt Folgendes:
- Wir erheben keine Zinsen.
 - Die Stundung ist für bis zu 24 Monate möglich und wird bei dem unter 20.1 genannten maximalen Zeitraum für die gesamte Laufzeit berücksichtigt.
 - Sie können die gestundeten Beiträge in einer Summe oder in Raten nachzahlen. Der Zeitraum für die Ratenzahlungen darf höchstens doppelt so lang sein wie der Zeitraum der Stundung.

Zahlungspause

- 20.4 Sie haben weiterhin die Möglichkeit, eine Zahlungspause für maximal 12 Monate mit uns zu vereinbaren. Für die Zeit der Zahlungspause haben Sie keinen Schutz, müssen die Beiträge aber auch nicht nachzahlen.

Nach Ablauf der Zahlungspause müssen Sie wieder Beiträge zahlen und der Schutz läuft weiter, ohne dass wir die Gesundheit der versicherten Person erneut prüfen. Weil die versicherte Person nach Ablauf dieser Zahlungspause älter ist, erhöht sich in der Regel der Beitrag.
- 20.5 Sie können mit uns auch eine Zahlungspause vereinbaren, wenn Sie eine Leistung beantragen und wir Ihren Anspruch prüfen. Sollten die Voraussetzungen für eine Leistung nicht erfüllt sein, müssen Sie die Beiträge ohne Zinsen nachzahlen. Dies können Sie mit einer einmaligen Zahlung oder in bis zu 24 Monatsraten machen. Erhalten Sie eine Leistung und Sie haben nach Eintritt des Leistungsfalls weiter Beiträge gezahlt, zahlen wir Ihnen diese zinslos zurück.
- 20.6 Für eine Stundung oder eine Zahlungspause benötigen wir von Ihnen eine Erklärung in Textform.

Beiträge reduzieren, Versicherung beitragsfrei stellen

21. Wann können Sie Ihre Beiträge reduzieren oder Ihre Versicherung beitragsfrei stellen?

Beiträge reduzieren

- 21.1 Sie können die Beiträge für Ihre Versicherung ZUHAUSE jederzeit zum Ende der laufenden Versicherungsperiode reduzieren.

Mit der Reduzierung der Beiträge verringert sich auch die Höhe der Leistungen. Diese errechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. Sie können den Beitrag nur reduzieren, wenn nach der Reduzierung
- Ihr Jahresbeitrag mindestens 120 Euro und
 - die neu berechnete vereinbarte Rente mindestens 100 Euro monatlich beträgt.
- 21.2 Haben Sie den Beitragsplan vereinbart, wie unter 17. beschrieben, können Sie zukünftige Beiträge auf die Höhe des aktuellen Beitrags reduzieren, so dass keine Erhöhungsstufen mehr stattfinden. Auch in diesem Fall verringert sich die Höhe der Leistung und wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu berechnet.

Versicherung beitragsfrei stellen

21.3 Sie können Ihre Versicherung auch weiterführen, ohne Beiträge zu zahlen. Dies ist möglich, da während der Laufzeit Ihrer Versicherung ZUHAUSE Kapital entsteht, wie unter 22.7 beschrieben. Bitte beachten Sie auch die Hinweise dort. Die so genannte Beitragsfreistellung erfolgt dann zum Ende der laufenden Versicherungsperiode.

Zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung entnehmen wir dem vorhandenen Kapital

- noch rückständige Beiträge und
- einen Abzug, wie unter 23.8 beschrieben.

Aus dem restlichen Kapital bilden wir eine beitragsfreie Leistung nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. Die beitragsfreie vereinbarte Rente muss mindestens 100 Euro monatlich betragen. Ist dies nicht der Fall, endet Ihre Versicherung und es gelten die Regelungen aus 22.

21.4 In Ihrem Versicherungsschein steht, ob und in welcher Höhe beitragsfreie Renten im Verlauf Ihrer Versicherung möglich sind.

21.5 Tritt ein Leistungsfall vor der Beitragsfreistellung ein, bleiben die Ansprüche auf Leistungen in voller Höhe bestehen. Dies gilt auch, wenn Sie den Leistungsfall erst nach der Beitragsfreistellung melden.

Wiederherstellung des Schutzes

21.6 Wenn Sie nach einer Beitragsfreistellung oder einer Reduzierung der Beiträge Ihren Schutz wiederherstellen möchten, müssen Sie eine neue Versicherung abschließen. Es kann allerdings sein, dass dies dann nur noch zu einem höheren Beitrag oder gar nicht mehr möglich ist, weil

- die versicherte Person älter ist und/oder
- sich die Gesundheit verschlechtert hat.

Wenn Sie Ihren Schutz innerhalb von 12 Monaten ab Beginn der Beitragsfreistellung oder Reduzierung wiederherstellen, prüfen wir die Gesundheit der versicherten Person nicht noch einmal.

21.7 Für eine Beitragsfreistellung, eine Reduzierung der Beiträge oder die Wiederherstellung des Schutzes ist es erforderlich, dass Sie uns eine Erklärung in Textform übermitteln.

Kündigung

22. Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?

22.1 Sie können Ihre Versicherung ZUHAUSE in Textform kündigen. Hierfür gelten folgende Voraussetzungen:

- Zum Kündigungszeitpunkt erbringen wir keine Rentenleistungen, wie unter 1. beschrieben.
- Die versicherte Person lebt. Hierfür können wir einen Nachweis verlangen.

22.2 Wenn Sie Beiträge zahlen, können Sie jederzeit zum Ende der laufenden Versicherungsperiode kündigen. Wenn Ihre Versicherung beitragsfrei ist, können Sie zu jedem Monatsende kündigen.

22.3 Mit der Kündigung endet Ihre Versicherung. Beiträge zahlen wir nicht zurück. Sie erhalten jedoch einen Auszahlungsbetrag, da während der Laufzeit Ihrer Versicherung ZUHAUSE Kapital entsteht, wie unter 22.7 beschrieben. Bitte beachten Sie auch die Hinweise dort.

Das vorhandene Kapital zum Zeitpunkt der Kündigung bezeichnen wir als Rückkaufswert. Diesem Rückkaufswert entnehmen wir einen Abzug, wie unter 23.8 beschrieben. Das restliche Kapital zahlen wir Ihnen aus und die Versicherung erlischt. Noch rückständige Beiträge verrechnen wir mit dem Auszahlungsbetrag.

22.4 Sie können Ihre Versicherung ZUHAUSE auch teilweise kündigen, indem Sie nur einen

Teil des vorhandenen Kapitals zurückkaufen. Der in 23.8 genannte Abzug bezieht sich dann nur auf diesen Teil.

Ihre Versicherung läuft dann mit verringerten Leistungen weiter. Die neue Höhe der Leistungen errechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik aus dem verbleibenden Kapital.

Die unter 22.1 und 22.2 genannten Voraussetzungen gelten auch für eine Teilkündigung. Außerdem muss die vereinbarte Rente nach der Teilkündigung mindestens 100 Euro monatlich betragen.

- 22.5 Ansprüche für Leistungsfälle, die vor dem Kündigungszeitpunkt eingetreten sind, bleiben in voller Höhe bestehen. Dies gilt auch, wenn Sie den Leistungsfall erst nach dem Kündigungszeitpunkt melden.

Bitte beachten Sie: Stellen wir fest, dass zum Kündigungszeitpunkt ein Anspruch auf eine Rentenleistung bestand, verrechnen wir die Rentenansprüche mit dem geleisteten Zahlungsbetrag. Die Rentenzahlung beginnt dann erst, wenn die Summe der Rentenansprüche den Zahlungsbetrag übersteigt.

- 22.6 Die möglichen Zahlungsbeträge im Verlauf Ihrer Versicherung finden Sie in Ihrem Versicherungsschein.

Wichtiger Hinweis zum Kapital, das bei Ihrer Versicherung ZUHAUSE gebildet wird

- 22.7 Das Kapital, das wir Ihnen bei einer Kündigung auszahlen oder aus dem wir bei einer Beitragsfreistellung eine beitragsfreie Leistung bilden, ist deutlich geringer als die Summe Ihrer eingezahlten Beiträge. Das hat drei Gründe:

1. ZUHAUSE ist eine lebenslange Risikoversicherung. Das heißt, es wird kein Kapital angespart, das zu einem bestimmten Termin ausgezahlt wird. Ihre Beiträge verwenden wir
 - als Risikobeiträge, mit denen wir die Leistungen für die Leistungsfälle in der Versicherungsgemeinschaft finanzieren,
 - für die Abschluss- und Vertriebskosten sowie für die Verwaltungskosten.Kapital entsteht während der Laufzeit Ihrer Versicherung ZUHAUSE trotzdem, weil
 - die Risikobeiträge, die wir zu Beginn der Versicherung benötigen, verhältnismäßig klein sind, aber
 - später Risikobeiträge erforderlich sind, die den Beitrag, den Sie zahlen, übersteigen.

Der Grund: Mit steigendem Alter nimmt das Risiko zu, dass Alltagsfähigkeiten verloren gehen.

Wir legen also zwischenzeitlich Teile Ihrer Beiträge zurück und verzinsen sie jährlich mit 0,5 %, um sie dann für die höheren Risikobeiträge in späteren Jahren zu verwenden. Dieses zwischenzeitlich angesparte Kapital steht im Falle einer Kündigung oder einer Beitragsfreistellung zur Verfügung.

2. Wir rechnen in die Beiträge der ersten Jahre Abschluss- und Vertriebskosten ein, wie unter 23.2 bis 23.4 beschrieben. Deshalb wird in dieser Zeit kein oder nur wenig Kapital gebildet.
3. Das Kapital Ihrer Versicherung ZUHAUSE wird bei einer Kündigung oder einer Beitragsfreistellung zusätzlich durch den unter 23.8 beschriebenen Abzug verringert.

Herabsetzung des Zahlungsbetrags im Ausnahmefall

- 22.8 Wir sind berechtigt, den unter 22.3 beschriebenen Zahlungsbetrag angemessen herabzusetzen, wenn dies erforderlich ist, um die Belange der Versicherungsnehmer nicht zu gefährden. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Gefahr besteht, dass die sich aus den Verträgen ergebenden Verpflichtungen nicht mehr dauerhaft erfüllt werden können. Die Herabsetzung ist jeweils auf ein Jahr befristet. Die gesetzliche Grundlage hierfür bildet § 169 Absatz 6 des Versicherungsvertragsgesetzes.

Kosten

23. Welche Kosten entstehen bei Ihrer Versicherung?

- 23.1 Bei Ihrer Versicherung entstehen
- Abschluss- und Vertriebskosten sowie

- Verwaltungskosten.

Die Abschluss- und Vertriebskosten sowie die Verwaltungskosten sind bereits in Ihrem Beitrag berücksichtigt.

Es können auch anlassbezogene Kosten anfallen. Diese sind zusätzlich zu Ihrem Beitrag zu zahlen.

Abschluss- und Vertriebskosten

- 23.2 Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören
- die Provisionszahlung für den Vermittler,
 - Kosten, um Ihren Antrag zu prüfen,
 - Kosten, um Ihre Versicherungsunterlagen zu erstellen.
- 23.3 Einen Teil der Abschluss- und Vertriebskosten in Höhe von maximal 2,5 % der Beitragssumme verrechnen wir dabei nach einem Verfahren, das durch die folgenden rechtlichen Grundlagen bestimmt wird:
- § 4 Deckungsrückstellungsverordnung,
 - § 169 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz in Verbindung mit
 - § 25 Absatz 2 Versicherungsunternehmens-Rechnungslegungsverordnung.
- Das bedeutet, dass Sie diese Abschluss- und Vertriebskosten in den ersten 5 Jahren durch Teile Ihrer Beiträge tilgen.
- 23.4 Weitere Abschluss- und Vertriebskosten sind in die Beiträge der Jahre 6 bis 8 eingerechnet. Wenn Sie den Beitragsplan vereinbart haben, wird außerdem ein Teil der Abschluss- und Vertriebskosten über die gesamte Laufzeit Ihrer Versicherung ZUHAUSE verteilt.

Verwaltungskosten

- 23.5 Unsere Verwaltungskosten beinhalten alle Sach- und Personalaufwendungen, die für den laufenden Versicherungsbetrieb erforderlich sind. Diese Kosten werden über die gesamte Laufzeit Ihrer Versicherung ZUHAUSE verteilt.

Anlassbezogene Kosten

- 23.6 Wenn aus von Ihnen veranlassten Gründen zusätzlicher Aufwand entsteht, können wir Ihnen die zusätzlichen Kosten in Rechnung stellen.

Dies gilt, wenn

- wir Ihnen einen neuen Versicherungsschein ausstellen,
- Sie fällige Beiträge nicht zahlen und wir Ihnen eine Frist setzen,
- wir die Beiträge nicht abbuchen können,
- Sie Ihre Versicherung außerhalb der vertraglich vereinbarten Möglichkeiten ändern,
- Sie Ihre Versicherung abtreten oder verpfänden,
- wir Ihre Adresse ermitteln müssen, weil Sie uns eine Änderung nicht mitgeteilt haben. Weitere Informationen hierzu stehen unter 29.

Darüber hinaus stellen wir Ihnen nur Kosten in Rechnung, wenn dies nach gesetzlichen Vorschriften zulässig ist.

Wir berechnen für diese Kosten eine Pauschale. Sie orientiert sich an unserem regelmäßig entstehenden Aufwand. Wenn Sie uns nachweisen, dass die Pauschale nicht angemessen ist, setzen wir sie entsprechend herab oder sie entfällt.

Höhe der Kosten

- 23.7 Die Höhe der unter 23.2 bis 23.6 beschriebenen Kosten können Sie Ihrem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten entnehmen.

Abzug bei Beitragsfreistellung und Kündigung

- 23.8 Bei einer Beitragsfreistellung, wie unter 21.3 beschrieben, erheben wir einen Abzug in Höhe von 10 % des zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung vorhandenen Kapitals. Bei einer Kündigung beziehungsweise Teilkündigung, wie unter 22. beschrieben, be-

trägt der Abzug 25 % des zurückgekauften Kapitals.

Der Abzug ist erforderlich, weil

- sich das Risiko des Bestandes verändert, wenn jemand die Versicherungsgemeinschaft verlässt. Diese Veränderung des Risikos müssen wir ausgleichen.
- wir ein kollektives Risikokapital für alle Versicherten bilden. Auch dieses müssen wir ausgleichen.

Im Zweifel müssen wir Ihnen nachweisen, dass der Abzug angemessen ist. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug nicht angemessen ist, setzen wir ihn entsprechend herab oder er entfällt.

Beteiligung an den Überschüssen

24. Wie beteiligen wir Sie an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven?

Entstehung von Überschüssen

- 24.1 Ein Versicherungsunternehmen erwirtschaftet verschiedene Arten von Überschüssen:
- Zinsüberschüsse entstehen, wenn wir aus unseren Kapitalanlagen mehr Erträge erzielen, als zur Finanzierung der garantierten Leistungen erforderlich sind.
 - Risikoüberschüsse entstehen zum Beispiel dann, wenn weniger Leistungsfälle eintreten, als wir anfangs angenommen haben.
 - Sonstige Überschüsse entstehen zum Beispiel dann, wenn unsere Kosten niedriger sind als die in die Beiträge eingerechneten Kosten.

Die Überschüsse ermitteln wir nach handelsrechtlichen Vorschriften. Die Höhe der erwirtschafteten Überschüsse können wir nicht vorhersehen. Daher können wir die Höhe der künftigen Beteiligung an den Überschüssen nicht garantieren. Sie kann auch null Euro betragen.

Beteiligung an den Überschüssen

- 24.2 Ihnen steht als Versicherungsnehmer eine Beteiligung an den Überschüssen zu. Dabei halten wir uns an die dafür geltenden rechtlichen Grundlagen wie
- § 153 Versicherungsvertragsgesetz und
 - die Mindestzuführungsverordnung.
- 24.3 Ihre Überschussanteile können wir direkt aus den erwirtschafteten Überschüssen des jeweiligen Geschäftsjahres finanzieren. Wir können die auf die Versicherungsnehmer entfallenden Überschüsse aber auch zunächst der so genannten Rückstellung für Beitragsrückerstattung zuführen und Ihre Überschussanteile dieser Rückstellung entnehmen. Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dient dazu, dass die Höhe Ihrer Überschussanteile möglichst wenig schwankt, auch wenn die von uns erwirtschafteten Überschüsse von Jahr zu Jahr unterschiedlich hoch sind.
- 24.4 Ihre Überschussanteile erhöhen Ihren Schutz. Das bedeutet, dass sich unsere Leistungen im Leistungsfall nicht nur an der vereinbarten Rente, sondern an einer höheren Gesamtrente bemessen. Beachten Sie hierzu auch 1.4 sowie 4.2 und 5.2. Zur Bestimmung dieser Gesamtrente wird ein Prozentsatz festgelegt, um den wir die vereinbarte Rente erhöhen.
- 24.5 Weitere Überschussanteile erhalten Sie, während wir Ihnen eine Rente zahlen. Dafür wird ein jährlicher Steigerungssatz in Prozent der Rente festgelegt. Ihre Rente wird dann jeweils zum Ende eines Versicherungsjahres, frühestens jedoch ein Jahr nach Beginn der Rentenzahlung, um den festgelegten Prozentsatz erhöht. Wenn unsere Leistungspflicht für eine verlorene Alltagsfähigkeit endet, weil die Alltagsfähigkeit wiedererlangt wird, ist Ihr Schutz hierfür wieder so hoch wie vor dem Leistungsfall.
- 24.6 Die in 24.4 und 24.5 beschriebenen Prozentsätze werden Überschussanteilsätze genannt. Sie werden jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars neu festgelegt. Das bedeutet auch, dass sich die Höhe der Gesamtrente jährlich verändern kann.
- 24.7 Wenn der in 24.4 beschriebene Überschussanteilsatz und damit die Gesamtrente im Rahmen dieser jährlichen Festlegung sinkt, können Sie Ihren Schutz innerhalb von 6

Monaten erhöhen. Dabei darf die Gesamtrente jedoch nicht höher sein als vor der Senkung der Überschussanteile. Eine erneute Prüfung der Gesundheit ist für diese Erhöhung nicht erforderlich. Voraussetzung ist jedoch, dass Sie zu diesem Zeitpunkt Beiträge zahlen. Für die Erhöhung gelten die Regelungen aus 7.5.

- 24.8 Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Sie können den Geschäftsbericht auf unserer Internetseite einsehen.
- 24.9 Bei der Festlegung der Überschussanteilsätze fassen wir gleichartige Versicherungen, bei denen Überschüsse in ähnlichem Umfang entstehen, zu Bestandsgruppen zusammen. Zu welcher Bestandsgruppe Ihre Versicherung gehört, können Sie dem Versicherungsschein entnehmen.

Entstehung von Bewertungsreserven

- 24.10 Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind.
Beispiel: Wir haben eine Aktie zum Kurs von 100 Euro gekauft. Wenn der tatsächliche Kurs der Aktie zu einem Bilanzstichtag bei 110 Euro steht, ist eine Bewertungsreserve in Höhe von 10 Euro entstanden, da die Aktie in der Bilanz nur mit ihrem Anschaffungspreis in Höhe von 100 Euro ausgewiesen wird.

Die Bewertungsreserven ermitteln wir nach handelsrechtlichen Vorschriften und veröffentlichen sie jährlich im Anhang unseres Geschäftsberichts.
Wir können nicht vorhersehen, wie sich die Marktwerte der Kapitalanlagen entwickeln.

Daher können wir auch die Höhe der künftigen Beteiligung an den Bewertungsreserven nicht garantieren. Bewertungsreserven können auch negativ werden. Ihre Beteiligung an den Bewertungsreserven ist jedoch niemals negativ.

Beteiligung an den Bewertungsreserven

- 24.11 Ihnen steht als Versicherungsnehmer eine Beteiligung an den Bewertungsreserven zu. Dabei halten wir uns an die dafür geltenden rechtlichen Grundlagen wie
- § 153 Versicherungsvertragsgesetz und
 - die Mindestzuführungsverordnung.
- 24.12 Mindestens einmal im Jahr prüfen wir,
- ob Bewertungsreserven vorhanden sind,
 - ob Ihr Vertrag zur Bildung dieser Bewertungsreserven beigetragen hat und, falls ja,
 - welcher Anteil auf Ihren Vertrag entfällt. Diesen Anteil berechnen wir nach einem verursachungsorientierten Verfahren.
- Bei Beendigung des Vertrags, also bei Kündigung oder bei Tod, haben Sie Anspruch auf die Hälfte dieses Anteils und wir zahlen diesen Betrag aus. Wir können Sie auch schon während der Laufzeit Ihrer Versicherung ZUHAUSE an den Bewertungsreserven beteiligen. In diesem Fall vermindert sich der Auszahlungsbetrag bei Beendigung des Vertrags entsprechend.
- 24.13 Eine Beteiligung an den Bewertungsreserven kann teilweise oder ganz entfallen, wenn dies aufgrund von aufsichtsrechtlichen Regelungen erforderlich ist. Zum Beispiel kann eine solche Maßnahme notwendig sein, damit wir die Garantieverprechen aller Versicherungsverträge weiterhin einhalten können.

Vorvertragliche Anzeigepflicht

25. Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?

Als Versicherer müssen wir einschätzen, welches Risiko wir eingehen, wenn wir Schutz anbieten. Deshalb müssen Sie uns als Versicherungsnehmer über alle relevanten Tatsachen informieren, die für die Versicherung von Bedeutung sein können. Hierzu gehören zum Beispiel Angaben zur Gesundheit der versicherten Person. Nach den für uns relevanten Tatsachen fragen wir Sie im Antrag. Verletzen Sie Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht, weil Sie bestimmte Umstände verschweigen oder fehlerhaft mitteilen, hat dies Auswirkungen auf Ihren Schutz. Was genau passieren kann, ist in dem fol-

genden Text geregelt. Bitte lesen Sie diese Hinweise sorgfältig durch. Bei Fragen hierzu können Sie sich gerne an uns wenden.

Vorvertragliche Anzeigepflicht

- 25.1 Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme, in Textform stellen.

- 25.2 Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.
- 25.3 Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie so behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

Rechtsfolgen der Anzeigepflichtverletzung

- 25.4 Nachfolgend informieren wir Sie, unter welchen Voraussetzungen wir bei einer Verletzung der Anzeigepflicht
- vom Vertrag zurücktreten,
 - den Vertrag kündigen,
 - den Vertrag ändern oder
 - den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten können.

Rücktritt

- 25.5 Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, können wir vom Vertrag zurücktreten. Das Rücktrittsrecht besteht nicht, wenn weder eine vorsätzliche noch eine grob fahrlässige Anzeigepflichtverletzung vorliegt. Selbst wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir trotzdem kein Rücktrittsrecht, falls wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen, zum Beispiel höherer Beitrag oder eingeschränkter Schutz – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.
- 25.6 Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Schutz. Wenn wir nach Eintritt des Leistungsfalls zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung trotzdem bestehen: Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der
- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Leistungsfalls
 - noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.
- Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch auch im vorstehend genannten Fall, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.
- 25.7 Wenn der Vertrag durch Rücktritt aufgehoben wird, erlischt er, ohne dass ein Rückkaufswert anfällt. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

- 25.8 Wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgt ist, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.
- 25.9 Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen, zum Beispiel höherer Beitrag oder eingeschränkter Schutz – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen

hätten.

Darüber hinaus verzichten wir auf unser Kündigungsrecht, wenn Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten haben.

- 25.10 Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt er sich in einen beitragsfreien Vertrag um, für den die Regelungen unter 21.3 gelten.

Vertragsänderung

- 25.11 Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen, zum Beispiel höherer Beitrag oder eingeschränkter Schutz – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten, siehe 25.5 Satz 3 und 25.9 Satz 1, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil.
Wir verzichten auf das Recht, den Vertrag anzupassen, wenn Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten haben.
- 25.12 Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung über die Vertragsänderung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn
- wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 % erhöhen oder
 - wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.
- Auf dieses Recht werden wir Sie in der Mitteilung über die Vertragsänderung hinweisen.

Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

- 25.13 Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.
- 25.14 Wir haben kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
- 25.15 Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.
- 25.16 Nach Ablauf von 5 Jahren seit Vertragsschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung. Ist der Leistungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist 10 Jahre.

Anfechtung

- 25.17 Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrags durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. 25.7 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung und Wiederherstellung der Versicherung

- 25.18 Wenn der Schutz nachträglich erweitert oder wiederhergestellt wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung vorgenommen wird, gelten 25.1 bis 25.17 entsprechend. Die Fristen nach 25.16 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung des Vertrags bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

Erklärungsempfänger

- 25.19 Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsänderung sowie zur Anfechtung

tung üben wir durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Tod der von Ihnen bestimmte Empfänger der Leistung als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist kein Empfänger der Leistung bestimmt oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungs-scheins als bevollmächtigt ansehen, die Erklärung entgegenzunehmen.

- 25.20 Auf den Rücktritt, die Kündigung, die Vertragsanpassung oder Anfechtung des Versicherungsvertrags können wir uns auch dritten Berechtigten gegenüber berufen.

Weitere Regelungen

26. Wann haben Sie keinen Schutz?

Sie haben keinen Schutz, wenn der Leistungsfall durch eine der folgenden Ursachen eingetreten ist:

1. Durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person. Einfach fahrlässige und grob fahrlässige Verstöße sowie Ordnungswidrigkeiten, zum Beispiel im Straßenverkehr, sind davon nicht betroffen.
2. Durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter daran teilgenommen hat.
3. Wenn die versicherte Person
 - den Leistungsfall absichtlich herbeigeführt hat,
 - sich absichtlich verletzt hat oder
 - versucht hat, sich zu töten.

Wir leisten jedoch, wenn Sie uns nachweisen, dass die versicherte Person aufgrund krankhafter Störungen der Geistestätigkeit bei den oben genannten Handlungen nicht in der Lage gewesen ist, selbstbestimmt zu handeln.

4. Wenn Sie durch widerrechtliche Handlungen vorsätzlich den Leistungsfall herbeigeführt haben.
5. Durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen gefährden. Dies gilt nur, wenn zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder eine vergleichbare Behörde tätig wird.
6. Unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse. Wir leisten jedoch, wenn die versicherte Person kriegerischen Ereignissen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt war und sich nicht aktiv daran beteiligt hat.
7. Durch vorsätzliches
 - Einsetzen von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder
 - Freisetzen von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen.

Dies gilt jedoch nur, wenn

- mit dem Einsatz oder der Freisetzung eine nicht vorhersehbare Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Rechnungsgrundlagen derart verbunden ist, dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Leistungen nicht mehr gewährleistet ist, und
- dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.

Unsere Leistungen sind nicht ausgeschlossen, wenn der Leistungsfall in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen eintritt, denen die versicherte Person während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

27. Wann dürfen wir den Beitrag erhöhen oder die Leistungen reduzieren?

- 27.1 Nach § 163 Versicherungsvertragsgesetz sind wir berechtigt, einen neuen Beitrag für Ihre Versicherung festzusetzen, wenn
1. sich unser Leistungsbedarf für Leistungen aus Ihrer Versicherung ZUHAUSE nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den Rechnungsgrundlagen des vereinbarten Beitrags geändert hat,
 2. der nach den berichtigten Rechnungsgrundlagen neu festgesetzte Beitrag angemessen und erforderlich ist, damit wir die Versicherungsleistung dauerhaft erbringen können, und
 3. ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die Voraussetzungen

der Ziffern 1 und 2 überprüft und bestätigt hat.

Wir können den Beitrag nicht neu festsetzen, wenn

- die Leistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und
- ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies insbesondere anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen hätte erkennen müssen.

- 27.2 Sie können verlangen, dass anstelle einer Erhöhung des Beitrags nach 27.1 die Leistung entsprechend reduziert wird.
- 27.3 Bei beitragsfreien Versicherungen – allerdings nicht während einer Rentenzahlung – sind wir bei Vorliegen der Voraussetzungen von 27.1 dazu berechtigt, die Leistungen zu reduzieren. Sie haben in diesem Fall das Recht, die Leistung ohne erneute Prüfung der Gesundheit durch eine Zuzahlung auf den Wert vor der Anpassung anzuheben.
- 27.4 Wir werden Ihnen die Neufestsetzung des Beitrags und die Reduzierung der Leistung in Textform mitteilen. Dabei stellen wir die maßgeblichen Gründe für die Änderung dar. Zu Beginn des zweiten auf die Mitteilung folgenden Monats werden die Änderungen wirksam.

28. Unter welchen Voraussetzungen können wir die Bedingungen anpassen und wann wird eine neue Bestimmung wirksam?

- 28.1 Eine Bestimmung in diesen Bedingungen kann durch eine höchstrichterliche Entscheidung oder einen bestandskräftigen Verwaltungsakt unwirksam werden. In diesem Fall können wir die unwirksame Bestimmung nach § 164 Versicherungsvertragsgesetz durch eine neue Bestimmung ersetzen. Wir dürfen dies allerdings nur unter folgenden Voraussetzungen:
- Wenn es notwendig ist, die alte durch die neue Bestimmung zu ersetzen, um die Versicherung fortzuführen, oder
 - wenn es für Sie oder uns eine unzumutbare Härte darstellen würde, wenn die Versicherung ohne neue Bestimmung bestehen bleibt.

Wir haben Ihre und unsere Interessen zu berücksichtigen.

- 28.2 Eine neue Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Außerdem muss auch mit der neuen Bestimmung das Ziel Ihres Vertrags gewahrt bleiben. Die neue Bestimmung wird Bestandteil dieser Versicherung, sobald die beiden folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
- Wir haben Ihnen die neue Bestimmung mitgeteilt. Dabei müssen wir Ihnen auch die Gründe nennen, die für die Änderung maßgeblich waren.
 - Sie müssen die Mitteilung zwei Wochen vorher erhalten haben.
- 28.3 Wenn eine oder mehrere Bestimmungen dieser Bedingungen unwirksam sind, bleiben die übrigen dennoch wirksam.

29. Was gilt, wenn sich Ihr Name oder Ihre Adresse ändert?

Wenn sich Ihr Name oder Ihre Adresse ändert, teilen Sie uns dies bitte unverzüglich mit. Tun Sie dies nicht, können für Sie Nachteile entstehen. Wir sind berechtigt, eine an Sie zu richtende Willenserklärung, wie zum Beispiel die Erklärung des Rücktritts vom Vertrag oder die Kündigung, an Ihre uns zuletzt bekannte Adresse per Einschreiben zu schicken. Drei Tage danach gilt die Willenserklärung als zugegangen.

Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung für Ihren Gewerbebetrieb abgeschlossen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

30. Was müssen Sie uns außerdem mitteilen?

- 30.1 Wir können aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbei-

tung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sein, zum Beispiel, wenn Sie eine Leistung bekommen. Dann müssen Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen unverzüglich zur Verfügung stellen. Diese Verpflichtung gilt

- bei Abschluss der Versicherung,
- bei Änderung nach Abschluss der Versicherung oder
- auf Nachfrage.

Dies gilt auch, soweit es sich um Informationen, Daten und Unterlagen von dritten Personen handelt, die Rechte an dem Vertrag haben.

- 30.2 Notwendige Informationen im Sinne von 30.1 sind beispielsweise Umstände, die für die Beurteilung
- Ihrer persönlichen steuerlichen Ansässigkeit,
 - der steuerlichen Ansässigkeit dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, und
 - der steuerlichen Ansässigkeit des Leistungsempfängers maßgebend sein können.

Dazu zählen insbesondere die deutsche oder ausländische(n) Steueridentifikationsnummer(n), das Geburtsdatum, der Geburtsort und der Wohnsitz.

- 30.3 Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, gilt Folgendes: Bei einer entsprechenden gesetzlichen Verpflichtung melden wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden. Dies gilt auch dann, wenn gegebenenfalls keine steuerliche Ansässigkeit im Ausland besteht.
- 30.4 Eine Verletzung Ihrer Auskunftspflichten gemäß 30.1 und 30.2 kann dazu führen, dass wir unsere Leistung nicht zahlen. Dies gilt so lange, bis Sie uns die für die Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt haben.

31. Welches Recht gilt für diese Versicherung?

Für diese Versicherung gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

32. Was können Sie bei Meinungsverschiedenheiten tun?

- 32.1 Sollten Sie aus irgendeinem Grund mit uns nicht einer Meinung oder der Ansicht sein, wir hätten uns falsch verhalten, bedauern wir dies sehr – bitte sprechen Sie uns an. Wir sind jederzeit bemüht, Ihnen Ihren Schutz, unsere Rechtsauffassung und unser Vorgehen zu erläutern und eine einvernehmliche Regelung zu finden.
- 32.2 Wenn Sie mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, stehen Ihnen insbesondere die nachfolgenden Beschwerdemöglichkeiten offen.

Versicherungsombudsmann

- 32.3 Wenn Sie Verbraucher sind, können Sie sich an den Ombudsmann für Versicherungen wenden. Diesen erreichen Sie wie folgt:

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632
10006 Berlin
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Internet: www.versicherungsombudsmann.de

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

- 32.4 Wenn Sie Verbraucher sind und diesen Vertrag online (z. B. über eine Webseite oder

per E-Mail) abgeschlossen haben, können Sie sich mit Ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet.

Versicherungsaufsicht

- 32.5 Sind Sie mit unserer Betreuung nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können Sie sich auch an die für uns zuständige Aufsicht wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de
Internet: www.bafin.de

Bitte beachten Sie, dass die BaFin keine Schiedsstelle ist und einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden kann.

Klageerhebung

- 32.6 Neben den oben genannten Beschwerdemöglichkeiten, haben Sie außerdem die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

- 32.7 Wenn Sie eine natürliche Person sind, können Sie Klage gegen uns bei folgenden zuständigen Gerichten erheben:
- Am Sitz unserer Niederlassung,
 - an Ihrem Wohnsitz oder
 - an Ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben.

Klagen gegen Sie erheben wir bei dem für Ihren Wohnsitz zuständigen Gericht. Wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, ist das Gericht Ihres gewöhnlichen Aufenthaltsortes zuständig.

- 32.8 Wenn Sie eine juristische Person sind, können Sie an folgenden Orten Klage gegen uns erheben:
- Am Sitz unserer Niederlassung oder
 - beim zuständigen Gericht Ihres Geschäftssitzes oder Ihrer Niederlassung.

Klagen gegen Sie erheben wir bei dem für Ihren Geschäftssitz zuständigen Gericht oder am Ort Ihrer Niederlassung.

- 32.9 Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort ins Ausland, sind für Klagen die Gerichte des Landes zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.
- 32.10 Bitte beachten Sie, dass die Ansprüche aus dieser Versicherung verjähren können. Es gelten die zivilrechtlichen Verjährungsregeln der §§ 194ff des Bürgerlichen Gesetzbuchs.

Bedingungen für den vorläufigen Schutz Ihrer Versicherung ZUHAUSE

33. Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Schutz?

Voraussetzung für den vorläufigen Schutz ist, dass

- die beantragte Versicherung nicht später als zwei Monate, nachdem der Antrag unterschrieben wurde, beginnt,
- uns ein gültiges SEPA-Lastschriftmandat vorliegt,
- Sie das Zustandekommen der Versicherung ZUHAUSE nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht haben,
- Ihr Antrag nicht von unseren Tarifen und Bedingungen abweicht und
- die versicherte Person zwischen 18 und 65 Jahre alt ist, wenn der Antrag unterschrieben wird.

34. Wann beginnt und endet der vorläufige Schutz?

34.1 Der vorläufige Schutz beginnt mit dem Tag, an dem Ihr Antrag bei uns eingeht.

34.2 Der vorläufige Schutz endet, wenn

- der Schutz aus Ihrer Versicherung ZUHAUSE beginnt,
- Sie Ihre Vertragserklärung anfechten,
- Sie Ihre Vertragserklärung widerrufen,
- der Versicherungsschein vom Antrag abweicht und Sie diesen Abweichungen widersprechen,
- wir den ersten Beitrag nicht abbuchen können und Sie dafür verantwortlich sind oder Sie der Abbuchung widersprechen oder
- ein gleichartiger – auch vorläufiger – Schutz bei uns oder einem anderen Versicherer beginnt.

34.3 Sowohl Sie als auch wir können den vorläufigen Schutz ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Unsere Kündigung wird allerdings erst nach Ablauf von zwei Wochen wirksam, nachdem Sie Ihnen zugegangen ist.

35. Was ist vorläufig versichert?

Wenn Sie die Versicherung ZUHAUSE beantragen und während der Dauer des vorläufigen Schutzes ein Leistungsfall eintritt, leisten wir in dem von Ihnen beantragten Umfang, maximal jedoch eine Rente von 1.000 Euro monatlich.

Eine Beteiligung an den Überschüssen erfolgt nicht.

Unsere Rentenleistungen enden spätestens bei Tod der versicherten Person.

36. Wann ist der vorläufige Schutz ausgeschlossen?

36.1 Unsere Leistungspflicht besteht nicht, wenn der Leistungsfall aufgrund von Ursachen eintritt,

- nach denen wir im Antrag gefragt haben und
- von denen die versicherte Person vor der Unterzeichnung Kenntnis hatte.

Dies gilt auch dann, wenn die zum Leistungsfall führenden Ursachen bereits im Antrag angegeben waren. Wir leisten aber, wenn der Leistungsfall aufgrund von Umständen eintritt, die dafür nur mitursächlich waren.

36.2 Sie haben außerdem keinen Schutz in den unter 26. beschriebenen Fällen.

37. Was kostet der vorläufige Schutz?

Für den vorläufigen Schutz müssen Sie keinen zusätzlichen Beitrag zahlen.

38. Wie ist das Verhältnis zum Hauptvertrag und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Schutz?

- 38.1 Soweit in diesen Bedingungen für den vorläufigen Schutz Ihrer Versicherung ZUHAUSE nichts anderes bestimmt ist, finden die Bedingungen für Ihre Versicherung ZUHAUSE Anwendung. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse.
- 38.2 Haben Sie im Antrag einen Empfänger für die Leistungen bestimmt, erhält dieser auch die Leistungen aus dem vorläufigen Schutz.

Wichtige Begriffe

39. Kurze Erläuterung einiger wichtiger Begriffe

Diese Erläuterung ist nicht abschließend. Für den Vertragsinhalt sind nur die Bedingungen maßgeblich.

| | |
|-------------------------------|---|
| Aktuar | Aktuare sind wissenschaftlich ausgebildete Sachverständige. Sie sind Experten in Mathematik, Statistik und Wahrscheinlichkeitsrechnung, die sich mit Fragestellungen und Risiken im Versicherungs- und Finanzbereich auseinandersetzen. Ein Aktuar prüft zum Beispiel, ob die Beiträge zum Risiko passen, damit wir alle Leistungen auch erbringen können. Der Verantwortliche Aktuar eines Versicherungsunternehmens ist ein Aktuar mit bestimmten, gesetzlich festgelegten Verpflichtungen gegenüber dem Vorstand und der Aufsichtsbehörde. |
| Beitragsfreistellung | Sie haben die Möglichkeit, Ihre Versicherung ZUHAUSE beitragsfrei zu stellen. In dieser Zeit haben Sie keinen oder nur einen geringen Schutz. Welche Voraussetzungen dafür erfüllt sein müssen, steht in den Bedingungen. |
| Beitragssumme | Die Beitragssumme ist hier die Summe der Beiträge bis zum Alter 85 der versicherten Person. Haben Sie den Beitragsplan vereinbart, werden die geplanten Beitragserhöhungen bei der Bestimmung der Beitragssumme nicht berücksichtigt. |
| Beitragszahler | Die Beiträge zu Ihrer Versicherung ZUHAUSE zahlt in der Regel der Versicherungsnehmer. Auch ein Dritter kann Beitragszahler sein. Er erwirbt dadurch allerdings keine Rechte an Ihrer Versicherung. |
| Gesamtrente | Die Gesamtrente ist die Summe aus der vereinbarten Rente und einer nicht garantierten Zusatzrente aus Überschüssen und Bewertungsreserven. Die Zusatzrente wird in Prozent der vereinbarten Rente festgelegt und kann sich jährlich ändern. Unsere Leistungen bemessen sich immer an der bei Eintritt des Leistungsfalls gültigen Gesamtrente. |
| Leistung | Verliert die versicherte Person eine oder mehrere der versicherten Alltagsfähigkeiten, erbringen wir eine Leistung. Unsere Leistung besteht in diesem Fall aus einer Rentenzahlung und der Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung. Das heißt, solange Sie eine Rente von uns bekommen, müssen Sie keine Beiträge zahlen. Die Rente zahlen wir, solange die versicherte Alltagsfähigkeit verloren ist. Haben Sie zusätzliche Bausteine abgeschlossen, zahlen wir im Leistungsfall eine zusätzliche einmalige Leistung an Sie. |
| Leistungsfall | Der Leistungsfall ist der Verlust einer versicherten Alltagsfähigkeit. Dies kann zum Beispiel durch eine Krankheit, Verletzung oder einen Unfall geschehen. Haben Sie den Baustein „6 dazu“ vereinbart, ist auch der Verlust der Fähigkeit des Treppensteigens ein Leistungsfall. Beim Baustein „12 sicher“ ist der Tod der versicherten Person der Leistungsfall. |
| Prüfung der Gesundheit | Die Gesundheit der versicherten Person hat Einfluss auf den Schutz. Deshalb stellen wir im Antrag Fragen zur Gesundheit. Wir fragen aber auch nach Größe und Gewicht sowie nach riskanten Hobbies, um hieran gesundheitliche Risiken erkennen zu können. Manchmal kann es sein, dass wir weitere Informationen benötigen. Dann fragen wir mit ihrem Einverständnis die Ärzte der versicherten Person. |
| Rechnungsgrundlagen | Um die Beiträge richtig zu kalkulieren, greifen wir auf so genannte Rechnungsgrundlagen zurück. Sie bilden die Grundlage für die Berechnung der Leistungen und Beiträge. Die Rechnungsgrundlagen sind sorgfältig ermittelte Annahmen dazu, wie sich die versicherten Risiken, die Zinsen und die Kosten entwickeln werden. |
| Rückkaufswert | Der Rückkaufswert ist das zum Zeitpunkt einer Kündigung vorhandene Kapital Ihrer Versicherung ZUHAUSE. Wenn Sie Ihre Versicherung kündigen, wird der Rückkaufswert vermindert um einen Abzug ausgezahlt und Ihre Versicherung endet. Den Rück- |

kaufswert nach Abzug nennen wir Auszahlungsbetrag.

Schriftform

Die Erklärung muss handschriftlich unterschrieben sein. Eine Abgabe per E-Mail oder Fax ist nicht ausreichend. Geregelt ist die Schriftform in § 126 des Bürgerlichen Gesetzbuchs.

Textform

Eine Erklärung können Sie zum Beispiel per Brief, Fax oder E-Mail abgeben. Dabei müssen wir den Absender eindeutig als Person erkennen können. Geregelt ist die Textform in § 126 b des Bürgerlichen Gesetzbuchs.

Überschüsse

Wir berechnen die Beiträge vorsichtig. Dazu sind wir gesetzlich verpflichtet. Aus diesem Grund erzielen wir so genannte Überschüsse. An diesen beteiligen wir Sie. Bei Ihrer Versicherung ZUHAUSE bedeutet das zusätzlichen Schutz für Sie. Sie erhalten also im Leistungsfall eine höhere Leistung. Die Überschüsse können mal höher und mal niedriger ausfallen. Sie sind nicht garantiert. Dadurch kann sich auch die Höhe Ihres zusätzlichen Schutzes aus der Überschussbeteiligung ändern.

unverzüglich

Wenn Sie eine Leistung aus Ihrer Versicherung ZUHAUSE erhalten möchten, müssen Sie diese unverzüglich nach Eintritt des Leistungsfalls beantragen. Unverzüglich bedeutet: Ohne schuldhaftes Zögern und ist in § 121 Abs. 1 S. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs geregelt. Unverzüglich verlangt keine sofortige Erklärung. Ausreichend ist eine frühestmögliche und zumutbare Erklärung, die nach den Umständen des Einzelfalls nach einer angemessenen Überlegungsfrist abgegeben wird. Hierbei sind auch unsere Interessen zu berücksichtigen.

versicherte Person

Die versicherte Person ist die Person, deren Alltagsfähigkeiten versichert sind. Sie muss nicht automatisch der Versicherungsnehmer sein.

Versicherungsnehmer

Der Versicherungsnehmer ist unser Vertragspartner. Er hat die Rechte und Pflichten, die sich aus der Versicherung ergeben. In der Regel zahlt der Versicherungsnehmer zum Beispiel die Beiträge und kann Erklärungen abgeben.

Versicherungsperiode

Die Versicherungsperiode beschreibt den Zeitabschnitt, für den Sie Beiträge zahlen. Wenn Sie Ihre Beiträge monatlich zahlen, beträgt die Versicherungsperiode einen Monat. Sie können mit uns eine monatliche, vierteljährliche, halbjährliche oder jährliche Zahlweise vereinbaren.

Versicherungsschein

Der Versicherungsschein ist der Nachweis, dass Sie die Versicherung ZUHAUSE bei uns abgeschlossen haben. Sie erhalten den Versicherungsschein von uns in der Regel in Papierform. Dann handelt es sich um eine Urkunde. Bewahren Sie diese bitte sorgfältig auf. Sie ist der Nachweis, dass Sie im Leistungsfall berechtigt sind, die Leistung von uns zu bekommen.