

Vertragsinformationen für die Grundfähigkeitsversicherung

Version 01.2024

	Seite
● Bedingungen für die Grundfähigkeitsversicherung (B GF)	2
● Glossar	11
● Steuerinformationen	12
● Dienstleisterliste Mecklenburgische Lebensversicherungs-AG	13
● Kostenverzeichnis	13
● Merkblatt zur Datenverarbeitung	14
● Information gem. Art 14 EU-DSGVO über die infoscore Consumer Data GmbH („ICD“)	15

Bedingungen für die Grundfähigkeitsversicherung (B GF)

Guten Tag,

mit diesen Versicherungsbedingungen wenden wir uns an Sie als unseren Versicherungsnehmer und Vertragspartner. Erläuterungen zu einzelnen Begriffen innerhalb dieser Bedingungen können Sie dem Glossar entnehmen.

Versicherungsumfang	Seite	Sonstige Regelungen	Seite
§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?	2	§ 18 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung und was ist die Vertragssprache?	8
§ 2 Was ist der Verlust einer Grundfähigkeit oder der Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne der Bedingungen (Versicherungsfall)?	2	§ 19 Wo ist der Gerichtsstand?	8
§ 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	4	§ 20 Wann können die Beiträge und Bedingungen geändert werden?	8
§ 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	5	§ 21 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sein sollten?	8
§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	5	§ 22 Was gilt bei Einschluss einer Dynamik (planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen)?	9
§ 6 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	5	§ 23 Unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihren Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen (Nachversicherungsoption)?	9
Auszahlung von Leistungen		§ 24 Unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihren Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung verlängern (Verlängerungsoption)?	9
§ 7 Was ist zu beachten, wenn Leistungen verlangt werden (Mitwirkungspflichten)?	6	§ 25 Unter welchen Voraussetzungen können Sie den Leistungsumfang Ihrer Versicherung ändern (Einschluss der Zusatzpakete)?	10
§ 8 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	6	§ 26 Unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihre Grundfähigkeitsversicherung in eine Berufsunfähigkeitsversicherung umstellen?	10
§ 9 Was gilt nach Anerkennung unserer Leistungspflicht und bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt des Versicherungsfalles (Verlust einer Grundfähigkeit, Pflegebedürftigkeit gemäß § 2)?	6		
§ 10 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?	7		
§ 11 Wer erhält die Leistung?	7		
Beiträge und Kosten			
§ 12 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?	7		
§ 13 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	7		
§ 14 Welche Möglichkeiten bestehen bei Zahlungsschwierigkeiten, wann können Sie Ihren Vertrag kündigen oder beitragsfrei stellen?	7		
§ 15 Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?	8		
§ 16 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen und welche Auskunftspflichten haben Sie?	8		
§ 17 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?	8		

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

Leistung bei Verlust einer Grundfähigkeit oder bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit

- (1) Verliert die versicherte Person während der Versicherungsdauer mindestens eine der versicherten Grundfähigkeiten oder tritt Pflegebedürftigkeit (siehe § 2) ein, erbringen wir folgende Leistungen:
- (a) Wir zahlen die vereinbarte Grundfähigkeitsrente an die versicherte Person, längstens bis zum Ende der vereinbarten Leistungsdauer. Die Grundfähigkeitsrente zahlen wir monatlich im Voraus.
- (b) Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für die Grundfähigkeitsversicherung, längstens für die vereinbarte Beitragszahlungsdauer.

Wenn der Verlust mehrerer versicherter Grundfähigkeiten bzw. zusätzlich ein Eintritt der Pflegebedürftigkeit vorliegt, erbringen wir die vereinbarten Leistungen nur einmal.

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

Beginn der Leistung

- (2) Der Anspruch auf Rentenzahlung und Beitragsbefreiung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem der Verlust der versicherten Grundfähigkeit oder die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist. Dafür müssen Sie uns den Verlust einer versicherten Grundfähigkeit oder den Eintritt der Pflegebedürftigkeit in Textform mitteilen. Wird uns der Verlust einer versicherten Grundfähigkeit oder der Eintritt der Pflegebedürftigkeit erst später angezeigt, leisten wir rückwirkend.

Ende der Leistung

- (3) Der Anspruch auf Rentenzahlung und Beitragsbefreiung endet ab dem nächsten Monatsersten, wenn
- im Sinne dieser Bedingungen (siehe § 2) die versicherte Person alle versicherten Grundfähigkeiten wiedererlangt oder die Pflegebedürftigkeit nicht mehr vorliegt,
 - die versicherte Person stirbt oder
 - die vereinbarte Leistungsdauer abläuft.

Wir leisten erneut, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer ein weiteres Mal eine versicherte Grundfähigkeit verliert oder die Pflegebedürftigkeit eintritt.

Beitragszahlung während der Leistungsprüfung

- (4) Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten. Sie können aber beantragen, dass wir Ihnen die Beiträge bis zur endgültigen Leistungsentscheidung stunden. Nähere Informationen können Sie § 14 Absatz 1 entnehmen.

Hilfestellungen

- (5) Während der gesamten Dauer Ihres Vertrages beraten und unterstützen wir Sie auf Wunsch gerne. Wir geben Auskünfte zu Ihrem Versicherungsschutz allgemein und wenn Sie Leistungen beanspruchen. Wir erläutern Ihnen zum Beispiel, welche

Bedingungen Sie erfüllen müssen, um Leistungen zu erhalten. Außerdem unterstützen wir Sie, wenn Sie zum Beispiel Fragen haben, wie und wann wir die Leistungen prüfen oder welche Unterlagen Sie einreichen müssen, um den Verlust der versicherten Grundfähigkeiten nachzuweisen, oder welche Ansprechpartner geeignet sind, um Maßnahmen für die medizinische Rehabilitation zu ergreifen.

Keine Leistung bei Tod

- (6) Stirbt die versicherte Person während der Versicherungsdauer endet der Vertrag. Eine Leistung wird nicht fällig.

Weltweiter Schutz

- (7) Sie haben weltweit Versicherungsschutz, sowohl im Beruf als auch in der Freizeit.

§ 2 Was ist der Verlust einer Grundfähigkeit oder der Eintritt der Pflegebedürftigkeit im Sinne der Bedingungen (Versicherungsfall)?

Leistungsvoraussetzungen

- (1) Die versicherte Person hat eine Grundfähigkeit verloren oder wurde pflegebedürftig, wenn jede der folgenden Bedingungen erfüllt ist:

- **Umfang:**
Die versicherte Person hat mindestens eine ihrer versicherten Grundfähigkeiten im beschriebenen Umfang verloren. Die Definitionen der Grundfähigkeiten finden Sie im Anschluss. Welche Grundfähigkeiten Ihr Vertrag beinhaltet, finden Sie in Ihrem Versicherungsschein, den Informationen nach der VVG-Informationspflichtenverordnung und dem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten.
- **Ursache:**
Mögliche Ursachen für den Verlust der Grundfähigkeit oder für die Pflegebedürftigkeit sind:
 - eine Krankheit,
 - eine Verletzung des Körpers oder
 - ein Verfall der Kräfte. Ein Verfall der Kräfte liegt bereits dann vor, wenn dieses dem Alter der versicherten Person entspricht.
- **Dauer:**
 - die versicherte Person wird voraussichtlich in den nächsten sechs Monaten die Grundfähigkeit nicht wiedererlangen bzw. die Pflegebedürftigkeit wird weiterhin bestehen oder
 - die versicherte Person hat die Grundfähigkeit bereits für sechs Monate verloren oder ist bereits für sechs Monate pflegebedürftig.

Hat die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen eine Grundfähigkeit verloren oder ist sie sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig, gilt die Fortdauer dieses Zustandes als Verlust einer Grundfähigkeit oder als Pflegebedürftigkeit. In diesem Fall erbringen wir unsere Leistung rückwirkend mit Ablauf des Monats, in dem der sechsmonatige Zeitraum begonnen hat.

Bitte beachten Sie:

Der Verlust einer Grundfähigkeit liegt nicht vor, wenn die entsprechende Grundfähigkeit bei Versicherungsbeginn nicht vorhanden war. Für die Grundfähigkeit „Autofahren“, „Kraftrad fahren“ und „Führen von landwirtschaftlichen Zugmaschinen (Klasse L) und selbstfahrenden Arbeitsmaschinen (eingeschlossen sind hier die Klassen L und T)“ gilt abweichend, dass der Verlust auch ab Erwerb der entsprechenden Fahrerlaubnis nach Versicherungsbeginn gedeckt ist.

Abweichend gilt für versicherte Personen bis zur Vollendung des 13. Lebensjahres: Sofern die Grundfähigkeit bei Versicherungsbeginn altersbedingt noch nicht vorhanden war, reicht der Grundfähigkeits-Erwerb vor Eintritt des Versicherungsfalles aus.

Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person eine Grundfähigkeit wegen psychischer oder psychosomatischer Ursachen verliert. Davon ausgenommen sind die Grundfähigkeiten „Intellekt“ und „Pflegebedürftigkeit“.

Umfang des Versicherungsschutzes

- (2) Die Absicherung „Basis-Plus“ ist immer Bestandteil des Versicherungsschutzes. Sie umfasst die Grundfähigkeiten

- Sehen
- Sprechen
- Hören
- Gehen
- Treppe steigen
- Stehen
- Sitzen
- Armgebrauch
- Handgebrauch
- Schreiben
- Tippen (Tastatur benutzen, Touchscreen)
- Smartphone/Tablet benutzen
- Intellekt (geistige Leistungsfähigkeit)
- Eigenverantwortliches Handeln (gesetzliche Betreuung) und eine Leistung bei Pflegebedürftigkeit.

Diesen Schutz können Sie mit folgenden optionalen Zusatz-Paketen passend erweitern:

Zusatzpaket „Aktiv“

Dieses Zusatzpaket beinhaltet folgende Grundfähigkeiten:

- Schieben und Ziehen
- Knien und Bücken
- Heben und Tragen

Zusatzpaket „Mobil“

Dieses Zusatzpaket enthält folgende Grundfähigkeiten:

- Autofahren
- Kraftrad fahren
- Führen von landwirtschaftlichen Zugmaschinen (Klasse L) und selbstfahrenden Arbeitsmaschinen (eingeschlossen sind hier die Klassen L und T)
- Fahrrad fahren
- Nutzung ÖPNV und Fernverkehr

In den Absätzen (3), (5) und (6) beschreiben wir Ihnen, was wir konkret unter den aufgeführten Grundfähigkeiten verstehen und wann ein Verlust vorliegt. Im Absatz (4) beschreiben wir, was wir unter Pflegebedürftigkeit verstehen und wann Pflegebedürftigkeit eintritt.

Definition der Grundfähigkeiten und der Pflegebedürftigkeit

- (3) **Absicherung „Basis-Plus“**

Sehen

Ein Verlust liegt vor, wenn das Sehvermögen der versicherten Person auch bei Einsatz von geeigneten Hilfsmitteln oder therapeutischen Maßnahmen so stark eingeschränkt ist, dass

- auf jedem Auge nur noch ein Restsehvermögen von höchstens 5 % oder
- eine Einschränkung des Gesichtsfeldes auf höchstens 15 Grad Abstand vom Zentrum besteht.

Zum Nachweis muss eine kinetische Perimetrie verwendet werden. Geeignete Hilfsmittel sind zum Beispiel Brillen oder Kontaktlinsen.

Sprechen

Ein Verlust des Sprechvermögens liegt vor, wenn sich die versicherte Person – auch bei Verwendung geeigneter Hilfsmittel - in ihrem sozialen Umfeld gegenüber einem unbeteiligten Dritten nicht mehr verbal verständlich machen kann.

Das bedeutet:

- Die versicherte Person kann keine verständlichen Wörter mehr formen und aussprechen oder
- die gesprochenen Wörter ergeben keinen Sinn mehr (sogenannte Wernicke-Aphasie).

Der Verlust muss nach erfolgtem Spracherwerb eintreten und auf einer körperlichen Ursache beruhen. Sprachverlust aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung löst keinen Leistungsanspruch aus. Sie müssen die Einschränkung belegen, indem ein Facharzt die Einschränkung durch wissenschaftlich anerkannte Testverfahren bestätigt. Ein solches Testverfahren ist zum Beispiel der Aachener Aphasie-Test. Ein geeignetes Hilfsmittel ist zum Beispiel ein Kehlkopfmikrofon.

Hören

Ein Verlust liegt vor, wenn bei der versicherten Person auch unter Nutzung geeigneter Hilfsmittel auf beiden Ohren jeweils ein Hörverlust

- von mindestens 75 % oder
- von mindestens 60 dB bei einer Tonfrequenz von 2 kHz vorliegt.

Der Hörverlust muss mittels Tonaudiogramm nachgewiesen werden. Geeignete Hilfsmittel sind zum Beispiel Hörgeräte.

Gehen

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Verwendung geeigneter Hilfsmittel und einer Pause von maximal einer Minute nicht mehr selbstständig in der Lage ist, eine Strecke von 400 Metern über einen festen und ebenen Boden gehend zurückzulegen.

Geeignete Hilfsmittel sind zum Beispiel Prothesen.

Treppe steigen

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Verwendung geeigneter Hilfsmittel und einer Pause von maximal einer Minute nicht mehr selbstständig in der Lage ist, eine Treppe von zwölf gleich hohen Stufen mit üblicher Stufenhöhe von 18 bis 20 cm und festem Bodenbelag hinauf- und hinabzusteigen.

Geeignete Hilfsmittel sind zum Beispiel eine Prothese oder ein Gehstock.

Stehen

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Verwendung geeigneter Hilfsmittel auch mit einer Veränderung der Körperhaltung nicht mehr in der Lage ist, zehn Minuten lang auf einem festen und ebenen Boden zu stehen, ohne sich abzustützen.

Geeignete Hilfsmittel sind zum Beispiel Prothesen, Orthesen oder Stützbandagen.

Sitzen

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, 20 Minuten ununterbrochen zu sitzen, auch nicht mit Änderung der Sitzposition oder mit Abstützen auf Armlehnen.

Armgebrauch

Ein Verlust liegt vor, wenn es der versicherten Person nicht mehr möglich ist,

- den linken oder rechten Arm seitwärts zu bewegen und 10 Sekunden abgespreizt auf Schulterhöhe zu halten sowie
- nach vorne zu bewegen und 10 Sekunden abgespreizt auf Schulterhöhe zu halten und in beide Richtungen zu drehen.

Handgebrauch

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person mit der rechten oder mit der linken Hand nicht mehr in der Lage ist, einen maximal 200 g schweren Alltagsgegenstand zu greifen und fünf Minuten lang ununterbrochen, auch unter Ablage des Unterarms, zu halten.

Schreiben

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Verwendung geeigneter Hilfsmittel weder mit der rechten noch mit der linken Hand mit einem Schreibstift mindestens 5 Wörter mit jeweils mindestens 10 Buchstaben in Druckbuchstaben schreiben kann, so dass ein unbeteiligter Dritter diese Wörter lesen kann.

Geeignete Hilfsmittel sind zum Beispiel Brillen oder Kontaktlinsen.

Tippen (Tastatur benutzen, Touchscreen)

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Verwendung geeigneter Hilfsmittel nicht mehr in der Lage ist, mit Fingern der rechten oder linken Hand mindestens fünf sinngebende Wörter mit jeweils mindestens zehn Buchstaben zu tippen oder abzutippen.

Geeignete Hilfsmittel sind zum Beispiel Brillen oder Kontaktlinsen.

Smartphone/Tablet benutzen

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person ausschließlich aus körperlichen Gründen nicht mehr in der Lage ist, mit der linken oder mit der rechten Hand ein Smartphone oder Tablet (Displaygröße: mindestens 5 Zoll) zu halten und mithilfe einer Bildschirm-tastatur des Smartphones oder des Tablets (die über den Touchscreen bedient wird) mindestens fünf sinngebende Wörter mit jeweils mindestens zehn Buchstaben zu tippen.

Geeignete Hilfsmittel sind zum Beispiel Brillen oder Kontaktlinsen.

Intellekt (geistige Leistungsfähigkeit)

Ein Verlust liegt vor, wenn die allgemeine geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person in Bezug auf die exekutiven Funktionen Arbeitsgedächtnis, Handlungsplanung, Konzentration, Aufmerksamkeit oder räumliche und zeitliche Orientierung so stark eingeschränkt ist, dass diese nicht mehr in der Lage ist, alltagsrelevante Tätigkeiten (zum Beispiel Körperhygiene, Selbstversorgung, Einkaufen, Putzen, Zubereitung von Essen, Ankleiden und Vereinbarung von Terminen) eigenständig auszuführen, und zusätzlich eine Intelligenz-minderung nachgewiesen werden kann.

Die Einschränkung der allgemeinen geistigen Leistungsfähigkeit der versicherten Person in Bezug auf die oben genannten exekutiven Funktionen muss auf Basis einer ausführlichen Befunderhebung inklusive psychopathologischer Untersuchung sowie unter Verwendung normierter psychometrischer Testverfahren mittels eines fachärztlichen Gutachtens nachgewiesen werden. Die eingesetzten psychometrischen Testverfahren müssen allgemein anerkannt sein, was nicht nur eine gängige Anwendung im klinischen Bereich, sondern auch die Testgütekriterien (insbesondere Objektivität, Reliabilität und Validität) einschließt.

Die Ergebnisse der oben genannten Tests müssen im Bereich der unteren 10% der zur Normierung verwendeten vergleichbaren Altersstichprobe (d.h. Prozentrang \leq 10) liegen.

Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsfall durch Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch und deren jeweilige Folgen verursacht ist.

Eigenverantwortliches Handeln (gesetzliche Betreuung)

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person aufgrund einer gerichtlichen Entscheidung nach deutschem Recht anhand eines psychiatrischen Gutachtens mindestens 6 Monate lang ununterbrochen rechtlich betreut werden muss oder seit mindestens 6 Monaten ununterbrochen rechtlich betreut wird.

Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsfall durch Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch und deren jeweilige Folgen verursacht ist.

(4) Pflegebedürftigkeit

Hinweis: Die im Rahmen dieser Bedingungen verwendeten Definitionen entsprechen nicht dem vom Gesetzgeber im Sozialgesetzbuch definierten Begriff der Pflegebedürftigkeit und der gesetzlichen Abstufung in einzelne Pflegegrade. Sie sind hiervon unabhängig. Zur Begründung des Anspruchs auf Leistung sind daher allein die Voraussetzungen der im Rahmen dieser Bedingungen verwendeten Definitionen maßgeblich.

Einstufung nach ADL („Activities of Daily Living“, Verrichtungen des täglichen Lebens)

Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls voraussichtlich dauerhaft so hilflos ist, dass sie für mindestens drei der im Folgenden genannten sechs Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. „Voraussichtlich dauerhaft“ bedeutet in diesem Zusammenhang, dass ein erheblicher Hilfebedarf für voraussichtlich mindestens sechs Monate vorliegt. Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig gewesen, gilt die Fortdauer dieses Zustandes als Pflegebedürftigkeit. In diesem Fall erbringen wir unsere Leistung rückwirkend mit Ablauf des Monats, in dem der sechsmonatige Zeitraum begonnen hat. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

Aufstehen und Positionswechsel

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie einer Krücke oder eines speziellen Griffes – nur mit Hilfe einer anderen Person von einer erhöhten Sitzfläche (wie Bettkante, Stuhl, Sessel, Bank, Toilette) aufstehen und sich auf einen Rollstuhl, Toilettenstuhl, Sessel o. ä. umsetzen und sich nicht oder nur kurz selbstständig in einer Sitzposition halten kann. Zusätzlich kann sie nur durch Hilfsmittel oder Reichen der Hand ihre Lage im Bett verändern.

Fortbewegen

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – sich nur mit Hilfe einer anderen Person auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortbewegen kann und ihr das Treppensteigen nicht oder nur mit Stützen oder Festhalten der versicherten Person möglich ist.

Waschen

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Wannengriff oder Wannenlift – sich nur mit Hilfe einer anderen Person so waschen kann, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt. Das bedeutet, dass die versicherte Person beim Waschen und Abtrocknen des Intimbereichs und bei der Durchführung des Dusch- oder Wannenbades einschließlich des Waschens der Haare nur einen begrenzten Teil der Aktivitäten selbstständig durchführen kann. Die Unfähigkeit, ins Badezimmer zu gelangen, gilt nicht als Hilfebedarf.

An- und Auskleiden

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Schuhhelfer oder Knöpfhilfe – sich nur mit Hilfe einer anderen Person den Ober- und Unterkörper an- und auskleiden kann. Das Reichen der Kleidung und die Kontrolle des Sitzes der Kleidung gelten nicht als Hilfebedarf.

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nur mit Hilfe einer anderen Person bereitstehende Getränke aufnehmen und bereit gestellte, mundgerecht zubereitete Speisen essen kann. Dies beinhaltet das Aufnehmen, zum Mund Führen, ggf. Abbeißen, Kauen und Schlucken von Speisen, die üblicherweise mit den Fingern gegessen werden.

Verrichten der Notdurft

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie spezieller Griffe oder Toilette mit Duschfunktion – nur mit Hilfe einer anderen Person die Toilette benutzen kann, weil sie sich nach dem Stuhlgang nicht alleine säubern oder ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann. Besteht eine Inkontinenz der Blase bzw. des Darms, liegt Hilfebedarf vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person Hilfsmittel wie saugende Inkontinenzversorgung, Katheter, Stomabeutel verwenden kann.

(5) Zusatzpaket „Aktiv“

Schieben und Ziehen

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person nicht eine 85 kg (das jeweilige Eigengewicht für Kinder bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres) schwere Person in einem manuellen, unbeschädigten Standard-Rollstuhl 100 Meter weit auf ebenem, festem Boden schieben beziehungsweise ziehen kann.

Knien und Bücken

Ein Verlust liegt vor, wenn eine der folgenden Bedingungen erfüllt ist:

- Die versicherte Person ist nicht mehr dazu in der Lage, sich aus eigener Kraft auf den Boden hinzuknien und sich anschließend wiederaufzurichten.
- Die versicherte Person ist nicht mehr dazu in der Lage, sich aus eigener Kraft so weit zu bücken (auch mit angewinkelten Knien), dass sie mit den Fingerspitzen den Boden berührt, und sich anschließend wiederaufzurichten.

Heben und Tragen

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person weder mit der rechten noch mit der linken Hand einen fünf Kilogramm schweren Gegenstand von einem Tisch heben und auch bei Verwendung geeigneter Hilfsmittel auf festem und ebenem Boden fünf Meter weit tragen kann.

Für versicherte Personen vor Vollendung des 11. Lebensjahres gilt ein Gewicht von einem Kilogramm.

Geeignete Hilfsmittel sind zum Beispiel Krücken, Stützbandagen oder ein Gehstock.

(6) Zusatzpaket „Mobil“

Autofahren

Ein Verlust liegt vor, wenn der versicherten Person aus gesundheitlichen Gründen die Fahrerlaubnis für PKW nachweislich entzogen wurde. Dies muss ein verkehrsmedizinisches Gutachten bestätigen.

Ein Verlust liegt ebenfalls vor, wenn die versicherte Person aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr in der Lage ist, in einen PKW ein- oder auszustiegen. Sie kann weder allein noch mit Hilfsmitteln in eine Tür - vorne oder hinten - in einen PKW ein- und aussteigen.

Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsfall durch Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch und deren jeweilige Folgen verursacht ist.

Kraftrad fahren

Ein Verlust liegt vor, wenn der versicherten Person aus gesundheitlichen Gründen die Fahrerlaubnis für Krafträder nachweislich entzogen wurde. Dies muss ein verkehrsmedizinisches Gutachten bestätigen.

Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsfall durch Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch und deren jeweilige Folgen verursacht ist

Führen von landwirtschaftlichen Zugmaschinen (Klasse L) und selbstfahrenden Arbeitsmaschinen (eingeschlossen sind hier die Klassen L und T)

Ein Verlust liegt vor, wenn der versicherten Person aus gesundheitlichen Gründen die Fahrerlaubnis für Kraftfahrzeuge der Klasse L oder der Klasse T nachweislich entzogen wurde. Dies muss ein verkehrsmedizinisches Gutachten bestätigen.

Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsfall durch Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch und deren jeweilige Folgen verursacht ist.

Fahrrad fahren

Die versicherte Person ist aufgrund motorischer Einschränkungen nicht mehr in der Lage, sich auf ein Fahrrad ohne Mittelstange (Oberrohr) und mit tiefem Einstieg zu setzen und damit einen Kilometer auf ebener Strecke zu fahren.

Mit „Fahrrad“ ist ein einspuriges Fahrrad gemeint (mit genau zwei Rädern).

Als Fahrrad zählt auch ein E-Bike oder ein Pedelec, bei denen ein Elektromotor mit einer Nenndauerleistung von höchstens 250 Watt das Treten bis zu einer Geschwindigkeit von 25 Kilometer pro Stunde unterstützt. Ein E-Bike muss dabei die Straßenzulassung für Deutschland haben.

Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsfall durch Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch und deren jeweilige Folgen verursacht ist.

Nutzung ÖPNV und Fernverkehr

Ein Verlust liegt vor, wenn die versicherte Person aufgrund ihrer motorischen Einschränkungen - auch unter Verwendung geeigneter Hilfsmittel - nicht mehr in der Lage ist, ohne fremde Hilfe, in die Transportmittel des öffentlichen Personennahverkehrs oder Personenfernverkehrs (ÖPNV/ÖPFV) ein- oder aus diesen auszustiegen oder durch sie befördert zu werden. Bei der Beurteilung dieses Grundfähigkeitsverlusts wird berücksichtigt, ob Handgepäck mitgeführt werden kann. Dabei sind Transportmittel des ÖPNV/ÖPFV zum Beispiel Züge, Straßenbahnen, Busse, U-Bahnen oder S-Bahnen. Geeignete Hilfsmittel sind zum Beispiel Gehhilfen, Haltegriffe oder reservierte Sitze für Menschen mit Mobilitätseinschränkung. Für die Beurteilung des Verlusts der Grundfähigkeit ist nicht relevant, ob die versicherte Person selbst in Besitz der Hilfsmittel ist, oder ob diese durch den Transportdienstleister bereitgestellt oder bedient werden, wobei eine Bedienung durch das Personal nicht als fremde Hilfe angesehen wird.

Als Handgepäck im Sinne dieser Bedingungen sehen wir Gepäck bis zu 5 Kilogramm an, welches freihändig am Körper getragen werden kann. Für versicherte Personen vor Vollendung des 11. Lebensjahres gilt ein Gewicht von einem Kilogramm.

Zur Beurteilung des Verlusts der Grundfähigkeit wird eine maximale planmäßige Reisedauer von zwei Stunden zugrunde gelegt.

Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsfall durch Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch und deren jeweilige Folgen verursacht ist.

§ 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

Wir beteiligen Sie an dem Überschuss (Überschussbeteiligung). Die Leistung aus der Überschussbeteiligung kann auch Null Euro betragen. Eine Beteiligung an den Bewertungsreserven erfolgt nicht. In den folgenden Absätzen erläutern wir Ihnen,

- wie wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens ermitteln und wie wir diesen verwenden (Absatz 1),
- wie Ihre Versicherung an dem Überschuss beteiligt wird (Absatz 2),
- warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung Ihrer Versicherung nicht garantieren können (Absatz 3) und
- wie wir Sie über die Überschussbeteiligung informieren (Absatz 4).

Wie ermitteln wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens und wie verwenden wir diesen?

- (1) 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 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 Versicherungsverträgen gutgeschrieben haben. Zweck 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 Ihrer Versicherung am Überschuss ergeben sich aus der Zuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht.

Wir haben gleichartige Versicherungen (zum Beispiel Risikolebensversicherungen, Berufsunfähigkeitsversicherungen) zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen.

Wie wird Ihre Grundfähigkeitsversicherung an dem Überschuss beteiligt?

- (2) Bei der Verteilung des Überschusses auf die einzelnen Verträge wenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren an. Hierzu bilden wir innerhalb der Bestandsgruppen Gewinngruppen. Wir verteilen den Überschuss in dem Maß, wie die Bestandsgruppen und Gewinngruppen zu seiner Entstehung beigetragen haben. Hat eine Bestandsgruppe oder eine Gewinngruppe nicht zur Entstehung des Überschusses beigetragen, besteht insoweit kein Anspruch auf Überschussbeteiligung.

Ihre Grundfähigkeitsversicherung gehört zu der Bestandsgruppe BU und der Gewinngruppe GF.

Der Vorstand legt jedes Jahr auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars fest, wie der Überschuss auf die Gewinngruppen 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 Ihre Gewinngruppe entfallenden Teil des Überschusses. Die Mittel hierfür werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen.

(a) Überschussbeteiligung während der Beitragszahlungsdauer

Während der Beitragszahlung erhält die Grundfähigkeitsversicherung einen Überschussanteil in Prozent des Zahlbeitrages für die Grundfähigkeitsversicherung. Er wird von Beginn an jeweils für ein Versicherungsjahr gewährt und verringert Ihren zu zahlenden Beitrag entsprechend der vereinbarten Zahlweise.

(b) Überschussbeteiligung für beitragsfreie Versicherungen

Es wird keine Überschussbeteiligung fällig.

(c) Überschussbeteiligung, wenn eine Grundfähigkeitsrente gezahlt wird

Mit Beginn der Zahlung der Grundfähigkeitsrente werden die jeweils zugeteilten Überschüsse für jährlich fortlaufende Erhöhungen der Grundfähigkeitsrente verwendet. Die Grundfähigkeitsrente erhöht sich entsprechend dem deklarierten Überschussanteilsatz.

Die Erhöhung erfolgt jeweils zum Ende des Versicherungsjahres. Bemessungsgröße für diese Erhöhung ist das jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres berechnete überschussberechtigte Deckungskapital.

Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

- (3) 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 Risikos des Verlusts der Grundfähigkeit, des Kapitalmarkts und der Kosten. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch Null Euro betragen.

Wie informieren wir über die Überschussbeteiligung?

- (4) Die festgelegten Überschussanteilsätze veröffentlichen wir jährlich in unserem Geschäftsbericht. Diesen finden Sie auf unserer Internetseite unter www.mecklenburgische.de.

§ 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie den Vertrag mit uns abgeschlossen haben. Dies ist der Fall, wenn wir die Annahme Ihres Antrags schriftlich erklärt haben oder Ihnen der Versicherungsschein zugewandt ist. Jedoch besteht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn kein Versicherungsschutz. Allerdings kann unsere Leistungspflicht entfallen, wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen (siehe § 12 Absätze 2 und 3 und § 13).

§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- (1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Verlust einer versicherten Grundfähigkeit oder der Eintritt der Pflegebedürftigkeit beruht.

- (2) Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Verlust der Grundfähigkeit oder der Eintritt der Pflegebedürftigkeit verursacht ist:

- (a) durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person,
- (b) durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat,
- (c) durch Beteiligung an Fahrveranstaltungen mit Kraftfahrzeugen, bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, und den dazugehörigen Übungsfahrten,
- (d) durch folgende von der versicherten Person vorgenommene Handlungen
 - absichtliche Herbeiführung von Krankheit,
 - absichtliche Herbeiführung von Kräfteverfall,
 - absichtliche Selbstverletzung oder
 - versuchte Selbsttötung.

Wir werden jedoch leisten, wenn uns nachgewiesen wird, dass die versicherte Person diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat.

- (e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich den Verlust einer Grundfähigkeit oder der Eintritt der Pflegebedürftigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben,
- (f) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse. Unsere Leistungen sind nicht ausgeschlossen, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen eine versicherte Grundfähigkeit verliert oder Pflegebedürftigkeit eintritt, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.
- (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 oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Unsere Leistungen sind nicht ausgeschlossen, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen eine versicherte Grundfähigkeit verliert oder die Pflegebedürftigkeit eintritt, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.
- (h) durch energiereiche Strahlen mit einer Härte von mindestens 100 Elektronen-Volt, durch Neutronen jeder Energie, durch Laser- oder Maser-Strahlen und durch künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen.

Wir werden jedoch leisten, wenn die versicherte Person als Arzt oder medizinisches Hilfspersonal diesem Risiko ausgesetzt ist, oder wenn eine Bestrahlung für Heilzwecke durch einen Arzt oder unter ärztlicher Aufsicht erfolgt.

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

Vorvertragliche Anzeigepflicht

- (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. Dies sind insbesondere gegenwärtige oder frühere Erkrankungen, gesundheitliche Störungen und Beschwerden.

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

- (2) Soll das Leben einer anderen Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – zur wahrheitsgemäßen und vollständigen Beantwortung der Fragen verpflichtet.
- (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 behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

Rechtsfolgen der Anzeigepflichtverletzung

- (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

- (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 Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

- (6) Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz. Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalles 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 Versicherungsfalles
 - 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.

- (7) Wenn der Vertrag durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir den Rückkaufswert gemäß § 14 Absatz 6.

Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

- (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. Für einen bereits eingetretenen Versicherungsfall besteht Leistungspflicht.

Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, verzichten wir auf unser Recht den Vertrag zu kündigen.

- (9) Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (zum Beispiel höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

- (10) Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt er sich in einen beitragsfreien Vertrag entsprechend § 14 Absatz 3 bis 5 um.

Vertragsänderung

- (11) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (zum Beispiel höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten (Absatz 5 Satz 3 und Absatz 9), werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil.

Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, verzichten wir auf unser Recht, den Vertrag ab der laufenden Versicherungsperiode anzupassen.

- (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 Gefahrsicherung 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

- (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.

- (14) Wir haben kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

- (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.

- (16) Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsabschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen.

Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

- (17) Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrages 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. Absatz 7 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung des Vertrages

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

Erklärungsempfänger

- (19) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsänderung 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 Tod ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist kein Bezugsberechtigter vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins als bevollmächtigt ansehen, die Erklärung entgegenzunehmen.

§ 7 Was ist zu beachten, wenn Leistungen verlangt werden (Mitwirkungspflichten)?

- (1) Wird eine Grundfähigkeitsleistung aus dem Vertrag beansprucht, müssen uns auf Kosten des Anspruchserhebenden folgende Auskünfte, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, gegeben und Nachweise vorgelegt werden:

- a) ein Zeugnis über den Tag der Geburt der versicherten Person,
- b) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt des Verlustes der Grundfähigkeit oder des Eintritts der Pflegebedürftigkeit,
- c) ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf, Schweregrad und voraussichtliche Dauer des Leidens der versicherten Person und Auswirkungen des Leidens auf die Grundfähigkeit,
- d) Angaben über Einkommen aus beruflicher Tätigkeit,
- e) bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege,
- f) bei Verlust der Grundfähigkeit „Intellekt“ zusätzlich ein ausführlicher fachärztlicher Befundbericht inklusive psychopathologischer Untersuchung nebst Ergebnissen der psychometrischen Tests. Die eingesetzten Tests müssen allgemein anerkannt sein, was nicht nur eine gängige Anwendung im klinischen Bereich, sondern auch die Testgütekriterien (insbesondere Objektivität, Reliabilität und Validität) einschließt,
- g) bei Verlust der Grundfähigkeit „Autofahren“ und „Motorrad fahren“ ein Nachweis für den Entzug der Fahrerlaubnis sowie ein verkehrsmedizinisches Gutachten,
- h) eine Aufstellung
 - der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war, ist oder – sofern bekannt – sein wird,
 - der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger oder sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Verlustes einer Grundfähigkeit oder Eintritt der Pflegebedürftigkeit geltend machen könnte.

Darüber hinaus können wir verlangen, dass uns die Auskunft nach § 16 gegeben wird.

- (2) Wir können außerdem auf unsere Kosten weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Wir können verlangen, dass die versicherte Person sich in Deutschland untersuchen lässt, wenn eine Untersuchung erforderlich ist. Wenn die versicherte Person aus dem Ausland anreisen muss, übernehmen wir die üblichen Kosten für Reise und Unterbringung.

- (3) Wenn eine Vermeidung des Verlustes einer Grundfähigkeit bzw. eine Vermeidung des Eintritts der Pflegebedürftigkeit oder eine Wiedererlangung der verlorenen Grundfähigkeit bzw. eine Minderung der Pflegebedürftigkeit zu erwarten ist, ist die versicherte Person soweit zumutbar zur Mitwirkung verpflichtet.

Zumutbar sind Maßnahmen,

- die gefahrlos sind,
- die nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und
- von denen eine wesentliche Besserung der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Hierzu gehören unter anderem diese Maßnahmen:

- die Verwendung orthopädischer oder anderer Heil- und Hilfsmittel, wie zum Beispiel Prothesen, Stützstrümpfe, Seh- oder Hörhilfen oder
- logopädische Therapien.

Unsere Leistungspflicht machen wir nicht davon abhängig, ob die versicherte Person unzumutbare Maßnahmen befolgt. Unzumutbar sind Behandlungen, die mit Risiken oder besonderen Schmerzen verbunden sind, wie zum Beispiel Operationen, Chemo- oder Strahlentherapie oder medikamentöse Behandlung mit unangemessen hohen Nebenwirkungen.

- (4) Unsere Leistungen werden fällig, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Wenn Sie eine der genannten Pflichten nicht erfüllen, kann dies zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine Pflichtverletzung kann somit dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird.

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

Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns hinzugezogenen Unterlagen erklären wir in Textform, ob und in welchem Umfang wir eine Leistungspflicht anerkennen. Wir werden den Versicherungsnehmer bzw. Anspruchserhebenden im Rahmen der Leistungsprüfung in regelmäßigen Abständen, jedoch spätestens alle 4 Wochen über den Bearbeitungsstand informieren.

§ 9 Was gilt nach Anerkennung unserer Leistungspflicht und bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt des Versicherungsfalles (Verlust einer Grundfähigkeit, Eintritt der Pflegebedürftigkeit gemäß § 2)?

Nachprüfung

- (1) Wenn wir unsere Leistungspflicht anerkannt haben oder sie gerichtlich festgestellt worden ist, sind wir berechtigt, das Fortbestehen des Verlustes einer Grundfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit nachzuprüfen.

- (2) Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte sowie notwendige Nachweise anfordern und einmal jährlich verlangen, dass sich die versicherte Person durch von uns beauftragte Ärzte umfassend untersuchen lässt. Hierbei anfallende Kosten sind von uns zu tragen.

Mitteilungspflicht

- (3) Sie müssen uns unverzüglich mitteilen, wenn die versicherte Person eine verlorene Grundfähigkeit wiedererlangt oder die Pflegebedürftigkeit sich mindert oder entfällt.

Leistungsfreiheit

- (4) Wir sind leistungsfrei, wenn wir feststellen, dass die in § 1 und § 2 genannten Voraussetzungen der Leistungspflicht entfallen sind und wir Ihnen diese Veränderung in Textform darlegen. Unsere Leistungen können wir mit Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen einstellen. Ab diesem Zeitpunkt müssen Sie auch die Beiträge wieder zahlen.

Erebnisfallnachweis

- (5) Wenn wir Grundfähigkeitsleistungen erbringen, sind wir berechtigt, uns in angemessenen Zeitabständen zu erkundigen, ob die versicherte Person noch lebt. Dafür benötigen wir eine amtlich beglaubigte Bescheinigung.

Pflichten im Todesfall

- (6) Verstirbt die versicherte Person, muss uns dies unverzüglich mitgeteilt werden.

Konsequenzen einer Verletzung der Mitwirkungspflicht nach Eintritt des Verlustes einer Grundfähigkeit oder von Pflegebedürftigkeit

- (7) Solange eine Mitwirkungspflicht (Absätze 1 bis 3) und § 7 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Ansprucherhebenden vorsätzlich nicht erfüllt werden, leisten wir nicht. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.
- (8) Weisen Sie nach, dass die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt worden ist, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen.
- (9) Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben auch bestehen, soweit Sie uns nachweisen, dass die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Das gilt nicht, wenn die Mitwirkungspflicht arglistig verletzt wird.
- (10) Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet.

§ 10 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

- (1) Den Versicherungsschein übermitteln wir Ihnen in Papierform.
- (2) 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.

§ 11 Wer erhält die Leistung?

- (1) Als unser Versicherungsnehmer können Sie bestimmen, wer die Leistung erhält. Gegebenenfalls bedarf es hierzu zusätzlich einer Zustimmung Dritter.

Bezugsberechtigung

- (2) Sie können uns widerruflich oder unwiderruflich eine andere Person benennen, die die Leistung erhalten soll (Bezugsberechtigter). Ein Bezugsrecht für Rentenleistungen dürfen Sie aber nur so vergeben, dass die Leistungen der Versorgung der versicherten Person oder von deren nahen Angehörigen im Sinne des § 7 des Pflegezeitgesetzes oder von deren Angehörigen im Sinne des § 15 der Abgabenordnung dienen.

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

Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich das Recht auf die Leistung erhält. Sobald uns Ihre Erklärung zugegangen ist, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des unwiderruflich Bezugsberechtigten geändert werden.

Abtretung und Verpfändung

- (3) Sie können das Recht auf die Leistung bis zum Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls grundsätzlich ganz oder teilweise an Dritte abtreten und verpfänden, soweit derartige Verfügungen rechtlich möglich sind.

Anzeige

- (4) Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts (Absatz 2) sowie die Abtretung und die Verpfändung (Absatz 3) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie als unser Versicherungsnehmer. Es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits zuvor Verfügungen (zum Beispiel unwiderrufliche Bezugsberechtigung, Abtretung, Verpfändung) getroffen haben.

§ 12 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

- (1) Die Beiträge zu Ihrem Vertrag können Sie je nach Vereinbarung monatlich oder jährlich zahlen.

- (2) Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden zum jeweiligen Beitragsfälligkeitstermin fällig.

- (3) Sie haben den Beitrag rechtzeitig gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag (Absatz 2) alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Wenn die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart wurde, gilt die Zahlung in folgendem Fall als rechtzeitig:

- der Beitrag konnte am Fälligkeitstag eingezogen werden und
- Sie haben einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen.

Konnten wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer 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) Sie müssen die Beiträge auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten zahlen. Kosten der Versicherung werden nicht auf den Vertragspartner umgelegt.

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

Erster Beitrag (Einlösungsbeitrag)

- (1) Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Vertrag zurücktreten.

- (2) Ist der erste Beitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie das Ausbleiben der Zahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag

- (3) Zahlen Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, können wir Ihnen in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.

- (4) Für einen Versicherungsfall, der nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintritt, entfällt oder vermindert sich der Versicherungsschutz, wenn Sie sich bei Eintritt des Versicherungsfalles noch mit der Zahlung in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

- (5) Nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn Sie sich noch immer mit den Beiträgen, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Sie wird dann automatisch mit Ablauf der Frist wirksam, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt noch immer mit der Zahlung in Verzug sind. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist, so entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Auf diese Rechtsfolgen müssen wir Sie ebenfalls hinweisen.

- (6) Sie können den angeforderten Betrag auch dann noch nachzahlen, wenn unsere Kündigung wirksam geworden ist. Nachzahlen können Sie nur
- innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder
 - wenn die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf.

Zahlen Sie innerhalb dieses Zeitraums, ist die Kündigung unwirksam und der Vertrag besteht fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Zahlung eintreten, besteht kein oder nur ein verminderter Versicherungsschutz.

§ 14 Welche Möglichkeiten bestehen bei Zahlungsschwierigkeiten, wann können Sie Ihren Vertrag kündigen oder beitragsfrei stellen?

Stundung der Beiträge in Verbindung mit einem Leistungsantrag

- (1) Sie können beantragen, dass wir die Beiträge bis zur endgültigen Leistungsentscheidung stunden. Im Falle unserer Leistungspflicht zahlen wir Ihnen die zuviel gezahlten Beiträge zurück und erheben für die Stundung keine Zinsen. Sind wir nicht leistungspflichtig, müssen Sie die Beiträge und die Stundungszinsen in einem Betrag zahlen. Sie haben die Möglichkeit, den Nachzahlungsbetrag auf 12 Monate zu verteilen. Auf Ihren Wunsch hin können die offenen Beiträge und die Stundungszinsen verrechnet werden. Dies kann durch eine Herabsetzung der versicherten Leistung oder eine Verrechnung mit dem Deckungskapital erfolgen.

Stundung der Beiträge bei Zahlungsschwierigkeiten

- (2) Zur Überbrückung von Zahlungsschwierigkeiten haben Sie das Recht, eine zinslose Stundung der Beiträge unter Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes zu beantragen. Dies ist frühestens sechs Monate nach Vertragsbeginn und längstens für einen Zeitraum von sechs Monaten möglich.

Darüber hinaus können Sie Ihren Vertrag unter bestimmten Voraussetzungen auch für einen längeren Zeitraum stunden. Die zu stundenden Beiträge dürfen dabei maximal so hoch sein, wie das Deckungskapital zu Beginn des Stundungszeitraums. Den maximalen Stundungszeitraum und die für die Stundung anfallenden Zinsen teilen wir Ihnen gerne auf Anfrage mit.

Die gestundeten Beiträge können Sie nach Ablauf des Stundungszeitraums in Form einer einmaligen Zahlung oder in maximal 12 Monatsraten nachzahlen. Sofern Sie es wünschen, kann der Ausgleich gegebenenfalls auch durch eine Verrechnung mit einem eventuell vorhandenen Deckungskapital erfolgen.

Beitragsfreistellung

- (3) Sie können beantragen, Ihre Versicherung beitragsfrei zu stellen. Dies ist zum Schluss einer jeden Versicherungsperiode, frühestens jedoch zum Schluss des ersten Versicherungsjahres, möglich.
- (4) Die versicherte Grundfähigkeitsrente wird dann auf eine beitragsfreie Grundfähigkeitsrente herabgesetzt. Diese wird nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode unter Zugrundelegung des Rückkaufswertes gemäß Absatz 6, gemindert um rückständige Beiträge, errechnet.
- (5) Der Antrag auf Beitragsfreistellung ist nur wirksam, wenn die beitragsfreie monatliche Grundfähigkeitsrente den Mindestbetrag von 25 Euro erreicht. Andernfalls erhalten Sie den Rückkaufswert nach Absatz 6.

Berechnung des Rückkaufswerts und des Abzugs

- (6) Die Bestimmung des Rückkaufswerts ergibt sich entsprechend § 169 VVG. Dabei nehmen wir einen Abzug von 50 % des Rückkaufswerts vor. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihres Verlangens der Beitragsfreistellung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.
- (7) **Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihres Vertrages sind wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (siehe § 15) keine Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Grundfähigkeitsrente 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 Grundfähigkeitsrente zur Verfügung. Nähere Informationen zur beitragsfreien Grundfähigkeitsrente und ihrer Höhe können Sie der Tabelle „Versicherungsverlauf“ in Ihren Vertragsunterlagen entnehmen.**
- (8) Hat die versicherte Person zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung eine versicherte Grundfähigkeit verloren oder ist Pflegebedürftigkeit eingetreten, bleiben Ansprüche auf Grund bereits vor Beitragsfreistellung eingetretenen Verlusts einer Grundfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit unberührt.

Teilweise Beitragsfreistellung (Herabsetzung)

- (9) Sie können in Textform zu den in Absatz 3 genannten Terminen beantragen, teilweise von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden.
- (10) Die reduzierte versicherte Grundfähigkeitsrente wird dann nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode unter Zugrundelegung des Rückkaufswertes nach Absatz 6 errechnet.
- (11) Der Antrag ist nur wirksam, wenn die monatliche Grundfähigkeitsrente einen Mindestbetrag von 25 Euro erreicht. Andernfalls können Sie nur die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragen.
- (12) Außerdem nehmen wir den in Absatz 6 beschriebenen Abzug anteilig vor.

Kündigung

- (13) Sie können Ihren Vertrag zu den in Absatz 3 genannten Fristen in Textform kündigen. In diesem Fall wandelt sich Ihre Grundfähigkeitsversicherung in eine beitragsfreie Versicherung gemäß Absatz 3 um. Erreicht die beitragsfreie monatliche Grundfähigkeitsrente den monatlichen Mindestbetrag von 25 Euro nicht, erhalten Sie den in Absatz 6 beschriebenen Rückkaufswert.

Keine Beitragsrückzahlung

- (14) Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

§ 15 Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?

- (1) Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Diese sind in Ihren Beitrag einkalkuliert. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten.

Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören insbesondere Abschlussprovisionen 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. Zu den übrigen Kosten gehören insbesondere die Verwaltungskosten.

Die Höhe der einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten können Sie Ihren Vertragsunterlagen entnehmen.

- (2) Wir wenden auf Ihren Vertrag das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung an. Dies bedeutet, dass wir die ersten Beiträge zur Tilgung der Abschluss- und Vertriebskosten heranziehen. Dies gilt jedoch nicht für den Teil der ersten Beiträge, der für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und aufgrund von gesetzlichen Regelungen für die Bildung einer Deckungsrückstellung bestimmt ist. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt. Die übrigen Kosten werden über die gesamte Vertragslaufzeit verteilt.

§ 16 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen und welche Auskunftspflichten haben Sie?

- (1) Mitteilungen, die das bestehende Versicherungsverhältnis betreffen und uns gegenüber abzugeben sind, müssen in Textform erfolgen. Für uns bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie uns zugegangen sind.
- (2) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Andernfalls können für Sie Nachteile entstehen. Wir sind berechtigt, eine an Sie zu richtende Erklärung (zum Beispiel Setzen einer Zahlungsfrist) mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift zu senden. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie den Vertrag für Ihren Gewerbebetrieb abgeschlossen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.
- (3) Bei Änderung Ihres Namens gilt Absatz 2 entsprechend.
- (4) Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, sollten Sie uns hierüber informieren. Sie sollten uns ferner eine im Inland ansässige Person benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen (Zustellungsbevollmächtigter).
- (5) Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung 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 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. Notwendige Informationen im Sinne von Absatz 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 maßgeblich sein können.

§ 17 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

- (1) In einigen Fällen stellen wir Ihnen pauschal zusätzliche Kosten gesondert in Rechnung. Wir behalten uns das Recht vor, diese mit Ihrem Deckungskapital zu verrechnen.

Eine aktuelle Aufstellung der gesondert in Rechnung zu stellenden Kosten können Sie dem Kostenverzeichnis im Anhang entnehmen.

- (2) Wir haben uns bei der Bemessung der Pauschale an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand orientiert. Sofern Sie uns nachweisen, dass die der Bemessung zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall dem Grunde nach nicht zutreffen, entfällt die Pauschale. Sofern Sie uns nachweisen, dass die Pauschale der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern ist, wird sie entsprechend herabgesetzt.

§ 18 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung und was ist die Vertragssprache?

- (1) Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.
- (2) Die Vertragssprache ist deutsch.

§ 19 Wo ist der Gerichtsstand?

- (1) Für Klagen aus dem Vertrag gegen uns ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk unser Sitz oder die für den Vertrag zuständige Niederlassung liegt. Zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz haben. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.
- (2) Klagen aus dem Vertrag gegen Sie müssen wir bei dem Gericht erheben, das für Ihren Wohnsitz zuständig ist. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.
- (3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts in das Ausland, sind für Klagen aus dem Vertrag die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben. Dasselbe gilt, wenn Ihr Wohnsitz oder der Ort des gewöhnlichen Aufenthalts im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt sind.

§ 20 Wann können die Beiträge und Bedingungen geändert werden?

Beitrags- und Leistungsänderung

- (1) Wir sind berechtigt, die vereinbarten Beiträge neu festzusetzen. Hierfür müssen jedoch die engen Voraussetzungen des § 163 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) erfüllt sein. Sie können verlangen, dass anstelle der Erhöhung des Beitrags die Leistung entsprechend herabgesetzt wird.

Bedingungsanpassung

- (2) Wir sind berechtigt, die Bedingungen zu ergänzen oder zu ersetzen. Dies ist jedoch nur unter den engen Voraussetzungen des § 164 VVG möglich, wenn
- dies für die Fortführung des Vertrages notwendig ist oder
 - das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine der Vertragsparteien eine unzumutbare Härte darstellen würde.

§ 21 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sein sollten?

- (1) 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:

Ombudsmann

- (2) Wenn Sie Verbraucher sind, können Sie sich an den Ombudsmann für Versicherungen wenden. Diesen erreichen Sie derzeit 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.

- (3) Wenn Sie Verbraucher sind und diesen Vertrag online (zum Beispiel 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

- (4) 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

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

Rechtsweg

- (5) Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

Unser Beschwerdemanagement

- (6) Unabhängig hiervon können Sie sich jederzeit auch an uns wenden. Unsere interne Beschwerdestelle steht Ihnen hierzu zur Verfügung. Sie erreichen diese derzeit wie folgt:

Mecklenburgische Lebensversicherungs-AG
Beschwerdemanagement
Platz der Mecklenburgischen 1
30625 Hannover

§ 22 Was gilt bei Einschluss einer Dynamik (planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen)?

Erhöhungsmaßstäbe

- (1) Die Zahlbeiträge erhöhen sich jährlich um 3 % des jeweiligen Vorjahresbeitrages. Eine erneute Gesundheitsprüfung ist dafür nicht erforderlich. Der Erhöhungsbeitrag beträgt mindestens 12 Euro bei jährlicher bzw. 1 Euro bei monatlicher Zahlweise.
- (2) Die dynamische Erhöhung endet zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer, spätestens jedoch fünf Jahre vor dem Ablauf der Versicherungsdauer Ihres Vertrages.

Erhöhungszeitpunkt

- (3) Die Erhöhungen der Beiträge und der Leistungen erfolgen jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres. Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

Entfallen und Ende der dynamischen Erhöhungen von Beiträgen und Leistungen

- (4) In folgenden Fällen entfällt die dynamische Erhöhung:
- Eine Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen. Entfallene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.
 - Ist die Erhöhung dreimal hintereinander nicht erfolgt, erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen; es kann jedoch mit unserer Zustimmung neu begründet werden.
 - Die Beiträge und Leistungen werden nicht erhöht, solange Ihre Beitragszahlungspflicht wegen Verlustes einer Grundfähigkeit oder Eintritt von Pflegebedürftigkeit entfällt.
 - Eine Erhöhung erfolgt nicht, solange die Beiträge gestundet werden.
 - Würde durch die dynamische Erhöhung das Dreifache der vereinbarten anfänglichen Grundfähigkeitsrente überschritten, endet die dynamische Erhöhung.

Wir behalten uns vor, nach jeder 3. angenommenen Erhöhung die Möglichkeit einer weiteren Erhöhung von dem Ergebnis einer finanziellen Risikoprüfung abhängig zu machen.

Berechnung der erhöhten Leistungen

- (5) Die Leistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge. Über die nach der Erhöhung geltenden Rückkaufswerte und beitragsfreien Grundfähigkeitsrenten werden Sie anhand eines Nachtrages zu Ihrem Versicherungsschein informiert.

Für die Berechnung der Erhöhung werden die Rechnungsgrundlagen verwendet, die wir bei Vertragsabschluss zugrunde gelegt haben.

Sonstige Bestimmungen

- (6) Alle im Rahmen des Vertrages getroffenen Vereinbarungen, auch
- die Bestimmung des Bezugsberechtigten,
 - die Regelungen zur Überschussbeteiligung (siehe § 3) und zu den im Vertrag vereinbarten Kosten bzw. der im Vertrag vereinbarten Kostenstruktur (siehe § 15) gelten ebenfalls für jede einzelne Erhöhung der Beiträge und Leistungen.
- Die dynamische Erhöhung der Beiträge und Leistungen setzt die Fristen für die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nicht erneut in Lauf.

§ 23 Unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihren Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen (Nachversicherungsoption)?

- (1) Sie haben das Recht, die versicherte Grundfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne die erneute Prüfung von Berufs- und Freizeitrissen zu erhöhen, wenn alle der nachfolgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
- ein auslösendes Ereignis nach Absatz 2 eingetreten ist,
 - die Voraussetzungen nach Absatz 3 erfüllt werden und
 - die bei Vertragsabschluss festgelegte Versicherungs-, Beitragszahlungs- und Leistungsdauer sich nicht erhöhen.

Auslösende Ereignisse

- (2) Für die Nachversicherung muss die versicherte Person eine der folgenden Voraussetzungen erfüllen:
- Heirat, Eintragung einer Lebenspartnerschaft,
 - Geburt oder Adoption eines Kindes,
 - Berufseintritt nach erfolgreichem Abschluss einer Berufsausbildung oder eines Studiums,
 - erfolgreicher Abschluss einer Promotion oder Habilitation,
 - Erhalt von Prokura,
 - Aufnahme eines Darlehens zur Finanzierung einer selbstgenutzten Immobilie von mindestens 100.000 Euro,
 - dauerhafte Erhöhung des Bruttoeinkommens aus nichtselbstständiger bzw. selbstständiger Arbeit/Gewerbebetrieb um mindestens 10 % gegenüber den Durchschnittsbruttogehältern bzw. dem Durchschnittsbruttoeinkommen der letzten 24 Monate,
 - Reduzierung oder Wegfall der Invaliditätsversorgung der versicherten Person aus einer privaten oder betrieblichen Versicherung oder einem berufsständischen Versorgungswerk von mindestens 10 % der bisherigen Leistung.

Voraussetzungen für die Nachversicherung

- (3) Das Recht auf Nachversicherung können Sie innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt des Ereignisses bzw. Erfüllen der Voraussetzung ausüben, sofern
- die versicherte Person beim Eintritt des Ereignisses nicht bereits eine Grundfähigkeit verloren hat, Pflegebedürftigkeit oder Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Werden Leistungen wegen Verlustes einer Grundfähigkeit oder Eintritt von Pflegebedürftigkeit rückwirkend anerkannt, sind Erhöhungen des Versicherungsschutzes unwirksam, die während des Zeitraums der rückwirkenden Anerkennung vorgenommen wurden,
 - der Vertrag beitragspflichtig ist,
 - die restliche Versicherungsdauer der Grundfähigkeitsversicherung mindestens 15 Jahre beträgt,
 - die Erhöhung mindestens 300 Euro Jahresrente bzw. mindestens 25 Euro Monatsrente beträgt,
 - nach erfolgter Leistungserhöhung die Summe aller bestehenden Anwartschaften, die die versicherte Person im Falle eines Verlustes von Grundfähigkeiten oder bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit aus dieser Versicherung beanspruchen kann, die im Folgenden genannten prozentualen Werte nicht übersteigt:

- (a) 80 % des durchschnittlichen Nettoeinkommens aus selbstständiger Arbeit, nicht-selbstständiger Arbeit, aus Gewerbebetrieb und Land- und Forstwirtschaft der letzten drei Jahre. Einkommensanteile über 50.000 Euro können nur zu 50 % abgesichert werden.

- (b) 60 % des durchschnittlichen Bruttoeinkommens aus selbstständiger Arbeit, nicht-selbstständiger Arbeit, aus Gewerbebetrieb und Land- und Forstwirtschaft der letzten drei Jahre. Einkommensanteile über 50.000 € können nur zu 35 % abgesichert werden.

- (4) Im Rahmen der Nachversicherung sind höchstens drei Erhöhungen möglich. Dabei dürfen die Erhöhungen insgesamt maximal zu einer Verdreifachung der bei Vertragsbeginn vereinbarten Grundfähigkeitsrente führen.

- (5) Im Rahmen Ihres Antrages auf Nachversicherung ist uns das Vorliegen der vereinbarten Voraussetzungen durch entsprechende Unterlagen nachzuweisen. Dies kann durch eine Urkunde, eine amtliche Bestätigung, einen Arbeitsvertrag, einen Gehaltsnachweis oder Ähnliches erfolgen.

- (6) Für die Einstufung des Risikos wird der Gesundheitszustand zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses zugrunde gelegt. Vereinbarte Leistungseinschränkungen und Beitragszuschläge gelten auch für die Erhöhungssumme. Vereinbarungen, welche bei Abschluss des Vertrages getroffen wurden, gelten auch für die Nachversicherung.

Vertragliche Regelungen für die Nachversicherung

- (7) Die Nachversicherung erfolgt in dem bestehenden Vertrag. Für die Berechnung der Nachversicherung werden die Rechnungsgrundlagen verwendet, die wir bei Vertragsabschluss zugrunde gelegt haben.

§ 24 Unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihren Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung verlängern?

- (1) Wird die Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung erhöht, haben Sie das Recht, die Versicherungs- und Leistungsdauer Ihrer Grundfähigkeitsversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung zu verlängern. Die Verlängerung darf dabei maximal die Zeitspanne betragen, um die sich die Regelaltersgrenze für die versicherte Person verschiebt. Die Versicherungs- und Leistungsdauer enden spätestens mit der neuen

Regelaltersgrenze, die für die versicherte Person gilt. Ferner darf das durch unsere Annahmerichtlinien festgelegte Höchstalter für den Beruf der versicherten Person nicht überschritten werden. Ist die versicherte Person anspruchsberechtigtes Mitglied in einem berufsständischen Versorgungswerk, gilt Entsprechendes, wenn die dort geltende Regelaltersgrenze erhöht wird. Die Anpassung erfolgt im bestehenden Vertrag.

Für die Berechnung der Anpassung werden die Rechnungsgrundlagen verwendet, die wir bei Vertragsabschluss zugrunde gelegt haben. Durch den verlängerten Versicherungsschutz erhöht sich Ihr Beitrag. Die Risikoeinstufung (insbesondere Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse) des bestehenden Vertrags bleiben unverändert.

Fristen und Voraussetzungen

- (2) Dieses Recht können Sie innerhalb von zwölf Monaten nach Inkrafttreten der entsprechenden Regelung zur Erhöhung der Regelaltersgrenze in Textform ausüben.
- (3) Dieses Recht besteht nicht, wenn
 - die bei Vertragsabschluss vereinbarte Versicherungsdauer vor der Vervollendung des 60. Lebensjahres der versicherten Person endet,
 - die verbleibende Versicherungsdauer des Vertrags zum Zeitpunkt der Verlängerung weniger als 10 Jahre beträgt,
 - der Vertrag beitragsfrei ist,
 - die versicherte Person bereits Leistungen aus einer Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Pflege- oder Grundfähigkeitsversicherung erhalten hat oder
 - Leistungen aus einer dieser Versicherungen beantragt wurden.

§ 25 Unter welchen Voraussetzungen können Sie den Leistungsumfang Ihrer Versicherung ändern (Einschluss der Zusatzpakete)?

Folgende Pakete können einzeln oder zusammen während der Versicherungsdauer unter den nachfolgenden Voraussetzungen in den Vertrag aufgenommen werden:

- Zusatzpaket „Aktiv“
- Zusatzpaket „Mobil“

Für die Berechnung des neuen Beitrags werden die Rechnungsgrundlagen verwendet, die wir bei Vertragsabschluss zugrunde gelegt haben. Die Versicherungs- und Leistungsdauer sowie die Höhe der Grundfähigkeitsrente bleiben dabei unverändert.

Einschluss der Zusatzpakete ohne Gesundheitsprüfung

Sie können ohne erneute Gesundheitsprüfung innerhalb der ersten 5 Jahre nach Versicherungsbeginn und vor Vervollendung des 40. Lebensjahres der versicherten Person einmalig oder mehrmals erklären, dass Sie Zusatzpakete einschließen. Maßgeblich ist das Alter der versicherten Person zum Wirksamkeitstermin. Diese Erklärung müssen Sie mindestens 6 Monate vor dem Zeitpunkt, zu dem der Einschluss wirksam werden soll, in Textform (zum Beispiel Papierform, E-Mail) abgeben.

Außerdem müssen alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

- der Vertrag wurde ohne Zuschläge und Erschwerungen angenommen.
- der Vertrag besteht mindestens seit einem Jahr.
- der Vertrag wird beitragspflichtig geführt.
- zum Zeitpunkt der Beantragung ist die versicherte Person nicht schwerbehindert und hat keinen Antrag auf Anerkennung einer Schwerbehinderung gestellt.
- zum Zeitpunkt der Beantragung besteht für die versicherte Person weder eine teilweise oder volle Erwerbsminderung noch ist ein entsprechender Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt worden noch wird eine Erwerbsminderungsrente bezogen.
- zum Zeitpunkt der Beantragung besteht für die versicherte Person keine Pflegebedürftigkeit noch ist ein entsprechender Antrag auf Pflegerente gestellt worden noch wird eine Pflegerente bezogen.
- für die versicherte Person wurden bisher noch keine Leistungen aus Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherungen bei uns, einem anderen Versicherungsunternehmen oder einem Versorgungsträger beantragt.
- bis zum Zeitpunkt der Beantragung hat die versicherte Person keine der bei uns versicherbaren Grundfähigkeiten verloren.
- die versicherte Person war innerhalb der letzten 12 Monate vor Stellung des Antrags nicht länger als 2 Wochen durchgehend arbeitsunfähig.

Einschluss der Zusatzpakete mit Gesundheitsprüfung

Wenn die oben beschriebenen Voraussetzungen für den Einschluss ohne Gesundheitsprüfung nicht erfüllt werden, hängt die Annahme des Einschlusses der Zusatzpakete vom Ergebnis einer erneuten Risikoprüfung ab.

Bitte beachten Sie:

- Sie können Ihren Grundfähigkeitsschutz auch mehrmals anpassen.
- Die Regelungen in § 6 zur Verletzung der Anzeigepflichten gelten auch für neu beantragte Zusatzpakete.
- Das Recht zum nachträglichen Einschluss von Zusatzpaketen erlischt, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung festgestellt wurde.

§ 26 Unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihre Grundfähigkeitsversicherung in eine Berufsunfähigkeitsversicherung umstellen?

- (1) Sie können Ihre Grundfähigkeitsversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung in eine Berufsunfähigkeitsversicherung umstellen (BU-Wechseloption), wenn
 - ein auslösendes Ereignis nach Absatz 2 eingetreten ist und
 - die Voraussetzungen nach Absatz 3 erfüllt sind.

Auslösende Ereignisse

- (2) Für die BU-Wechseloption muss für die versicherte Person eines der folgenden Ereignisse vorliegen:
 - erstmalige Aufnahme einer in Deutschland allgemein anerkannten Berufsausbildung nach erfolgreichem Schulabschluss,
 - erstmalige Aufnahme eines Studiums an einer Hochschule in einem in Deutschland anerkannten Studiengang,

- erstmalige Aufnahme einer auf mindestens 24 Monate befristeten oder unbefristeten beruflichen Tätigkeit nach erfolgreichem Abschluss einer Berufsausbildung oder eines staatlich anerkannten Studiums.

Voraussetzungen

- (3) Die BU-Wechseloption können Sie innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt des Ereignisses ausüben, sofern
 - die Grundfähigkeitsversicherung vor dem vollendeten 15. Lebensjahr der versicherten Person abgeschlossen wurde,
 - die versicherte Person bei Beantragung der BU-Wechseloption das 30. Lebensjahr noch nicht vollendet hat,
 - die Grundfähigkeitsversicherung zum Zeitpunkt der Beantragung der BU-Wechseloption seit mindestens fünf Jahren beitragspflichtig besteht,
 - die Grundfähigkeitsversicherung ohne Erschwernisse (Ausschlüsse oder Risikozuschläge) angenommen wurde,
 - für die versicherte Person keine Leistungen im Sinne dieser Versicherungsbedingungen anerkannt oder beantragt wurden,
 - die versicherte Person keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, Erwerbsminderung oder Pflegebedürftigkeit bezieht und auch keine Leistungen deshalb beantragt wurden,
 - der zum Zeitpunkt der Beantragung der BU-Wechseloption ausgeübte Beruf in der Berufsunfähigkeitsversicherung versicherbar ist.
- (4) Das Recht zur Ausübung der BU-Wechseloption entfällt, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung festgestellt wurde.
- (5) Die Umstellung des Versicherungsschutzes erfolgt in einem rechtlich selbstständigen Vertrag. Es gelten die zum Zeitpunkt der Ausübung der BU-Wechseloption für neu abzuschließende Berufsunfähigkeitsversicherungen gültigen Versicherungsbedingungen und Rechnungsgrundlagen.
- (6) Die Versicherungs- und Leistungsdauer sowie die Höhe der versicherten Berufsunfähigkeitsrente dürfen maximal den zum Zeitpunkt der Beantragung der BU-Wechseloption versicherten Dauern und Leistungen der Grundfähigkeitsversicherung entsprechen. Lassen die Annahmerichtlinien für den jeweiligen Beruf nur geringere Dauern und Rentenhöhen zu, werden diese entsprechend herabgesetzt.
- (7) Durch die Umstellung des Versicherungsschutzes ändert sich die Beitragshöhe. Wir berechnen den Beitrag nach dem dann erreichten Alter der versicherten Person und dem zum Umstellungszeitpunkt ausgeübten Beruf.
- (8) Mit der Ausübung der Wechseloption erlischt die bisherige Grundfähigkeitsversicherung.

Glossar – Kurze Erläuterung einiger wichtiger Begriffe

Diese Erläuterung ist nicht abschließend.

Arglist

Arglistig handelt, wer bewusst falsche Angaben macht oder Informationen verschweigt mit dem Vorsatz, uns absichtlich zu täuschen. Beispiel: Sie oder die versicherte Person machen falsche Angaben um die Leistungen aus dem Vertrag zu erhalten.

Beitragsfreie Versicherung

Es handelt sich um eine Versicherung, für die keine Beiträge mehr zu zahlen sind. Das ist zum Beispiel der Fall nach Umwandlung einer beitragspflichtigen Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit entsprechender Reduzierung der Grundfähigkeitsrente.

Beitragszahler

Beitragszahler ist grundsätzlich der Versicherungsnehmer. Zahlt eine dritte Person die Beiträge, erwirbt diese hierdurch keine Rechte aus dem Vertrag.

Beitragszahlungsdauer

Dabei handelt es sich um den vertraglich vereinbarten Zeitraum, in dem Beiträge zu zahlen sind.

Bewertungsreserven

Bewertungsreserven sind der Wert, der entsteht, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über deren Buchwert liegt. Der Buchwert der Kapitalanlagen wird im Geschäftsbericht ausgewiesen.

Bezugsberechtigter

Bezugsberechtigter ist die vom Versicherungsnehmer schriftlich benannte Person, die die Leistung erhalten soll. Grundsätzlich kann jede beliebige Person benannt werden.

Deckungskapital

Das Deckungskapital ist das Kapital, das aus den Sparanteilen der Beiträge nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnet wird.

Deckungsrückstellung

Diese ist der Wert, den wir in der Bilanz für unsere vertraglichen Verpflichtungen ansetzen. Diese Verpflichtungen entstehen dadurch, dass wir immer in der Lage sein müssen, die vertraglich vereinbarten Leistungen zu erbringen.

Direktgutschrift

Diese ist eine Möglichkeit der Zuteilung von Überschüssen. Bei ihr wird den Verträgen die Beteiligung am Überschuss des Unternehmens direkt in dem Jahr gutgeschrieben, in dem sie tatsächlich auch entstanden sind.

Dynamik

Die Beiträge zu Ihrem Vertrag erhöhen sich jährlich um einen vereinbarten Prozentsatz. Durch die Erhöhung des Beitrags erfolgt auch eine Erhöhung der Leistungen.

Fahrlässig

Fahrlässig handelt, wer die in der jeweiligen Situation erforderliche Sorgfalt nicht beachtet.

Grob fahrlässig

Grob fahrlässig handelt, wer die in der jeweiligen Situation erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maß nicht beachtet. Dies ist auch der Fall, wenn schon einfachste, ganz naheliegende Überlegungen nicht angestellt werden.

Hilfsmittel

Hilfsmittel sind Gegenstände, deren Gebrauch eine beeinträchtigte Körperfunktion ersetzt, erleichtert, ergänzt oder erst ermöglicht. In diesen Bedingungen sind mit Hilfsmitteln nur zumutbare Hilfsmittel des täglichen Lebens gemeint, die weder mit Operationen noch mit gefährlichen Heilbehandlungen verbunden sind (es besteht z. B. keine Pflicht für ein Implantat). Ob und welche Hilfsmittel geeignet oder zumutbar sind, entnehmen Sie bitte der Beschreibung der einzelnen Grundfähigkeiten bzw. der Pflegebedürftigkeit.

Leistungsdauer

Die Leistungsdauer ist der Zeitraum, bis zu dessen Ablauf eine während der Versicherungsdauer anerkannte Leistung längstens erbracht wird.

Rechnungsgrundlagen

Die Rechnungsgrundlagen sind die Grundlagen für die Kalkulation Ihres Vertrages. Diese sind in der Regel der Rechnungszins und die Annahmen zur Entwicklung der versicherten Risiken und der Kosten.

Rechnungsmäßiges Alter

Das rechnungsmäßige Alter wird auf Grundlage des technischen Geburtstages monatsgenau kalkuliert. Der technische Geburtstag ist der Erste des Folgemonats Ihres tatsächlichen Geburtstages. Sind Sie z. B. am 12.02.1984 geboren, so ist der entsprechende technische Geburtstag der 01.03.1984.

Rechnungszins

Der Rechnungszins ist der Zinssatz, mit dem wir das Deckungskapital garantiert verzinsen.

Risikoprüfung

Die Risikoprüfung umfasst eine finanzielle Risikoprüfung, eine Gesundheitsprüfung sowie eine Prüfung der beruflichen Tätigkeit und der Freizeitrisiken.

Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB)

Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung ist ein Posten in der Bilanz eines Versicherungsunternehmens, der die Beiträge umfasst, die grundsätzlich für die Ausschüttung an die Versicherungsnehmer reserviert sind.

Schriftform (schriftlich)

Ist diese vorgesehen, muss die Erklärung durch ein eigenhändig unterschriebenes Schriftstück erfolgen.

Todesfalleistung

Bei der Todesfalleistung handelt es sich um die Versicherungssumme, die bei Tod der versicherten Person ausgezahlt wird.

Textform

Ist diese vorgesehen, muss die Erklärung zum Beispiel per Brief, Fax oder E-Mail abgegeben werden.

Überschussbeteiligung

Die Beiträge müssen vorsichtig kalkuliert werden. Deswegen können sich Überschüsse ergeben, an denen die Versicherungsnehmer zu wesentlichen Teilen beteiligt werden.

Unverzüglich

Unverzüglich heißt ohne schuldhaftes Zögern.

Verminderter Zahlbeitrag

Hierbei handelt es sich um den tatsächlich für einen Vertrag zu zahlenden Beitrag. Die Höhe des verminderten Zahlbeitrages errechnet sich daraus, dass die Überschussbeteiligung in Form der Beitragsverrechnung vom Zahlbeitrag abgezogen wird. Die Überschüsse werden jährlich neu festgelegt. Daher kann der verminderte Zahlbeitrag nur für das laufende Versicherungsjahr garantiert werden.

Versicherte Person

Dies ist die Person, auf deren Leben die Versicherung abgeschlossen ist.

Versicherungsdauer

Hierbei handelt es sich um den Zeitraum, innerhalb dessen der Versicherungsfall eintreten muss, damit ein Anspruch auf Leistungen entstehen kann.

Versicherungsfall

Der Versicherungsfall ist das Ereignis, das die Leistungspflicht des Versicherers entstehen lässt, wenn es während der Versicherungsdauer eintritt.

Versicherungsjahr

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem Beginndatum der Versicherung und beträgt einen Zeitraum von genau 12 Monaten. Das bedeutet, dass alle folgenden Versicherungsjahre zu diesem Zeitpunkt beginnen oder enden. Beginnt beispielsweise eine Versicherung zum 01.04. dann endet das Versicherungsjahr am 31.03. des folgenden Jahres.

Versicherungsnehmer

Dieser ist unser Vertragspartner. Die Rechte und Pflichten aus dem Vertrag betreffen vorrangig den Versicherungsnehmer.

Versicherungsperiode

Die Versicherungsperiode ist der Zeitabschnitt, für den die Zahlung des Beitrags vereinbart ist. Die Versicherungsperiode umfasst bei Jahreszahlung ein Jahr, ansonsten entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.

Versicherungsschein

Dieser wird dem Versicherungsnehmer zu Vertragsbeginn übersandt. Er dokumentiert einen zustande gekommenen Vertrag und wird vom Versicherungsunternehmen als Urkunde ausgestellt. Er gibt unter anderem Auskunft über den vereinbarten Versicherungsschutz, die Höhe der Leistungen, Versicherungsbeginn und -dauer sowie über Ablauftermin.

Vertragsunterlagen

Diese bestehen aus dem Antrag, der Beratungsdokumentation, den vor Antragstellung ausgehändigten Informationen nach § 7 Abs. 2 VVG, dem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten, dem Versicherungsschein bzw. den Nachträgen zum Versicherungsschein. In den Bedingungen wird bei einigen Angaben ein Verweis auf die Vertragsunterlagen getätigt.

Vorsätzlich

Vorsätzlich handelt, wer ein bestimmtes Ziel erreichen will, dabei die Umstände seines Handelns kennt und die Folgen bewusst in Kauf nimmt.

Zahlbeitrag

Der Zahlbeitrag ist der Beitrag, den der Versicherungsnehmer maximal zahlen muss. Die Höhe wird vertraglich festgelegt und so kalkuliert, dass selbst bei einem schlechten Risikoverlauf die vereinbarten Leistungen erbracht werden können.

Allgemeiner Vorbehalt

Diese Steuerinformationen basieren auf dem derzeit geltenden Steuerrecht.

Die steuerlichen Vorschriften können sich in Zukunft ändern. Dies kann sich auch auf die steuerliche Behandlung von Lebensversicherungsverträgen auswirken. Die folgenden Ausführungen beschränken sich auf die wichtigsten Informationen. Eine steuerliche Beratung können sie nicht ersetzen.

I. Einkommensteuer

Die Regelungen des Einkommensteuergesetzes (EStG) zu Ehegatten sind auch auf Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz anzuwenden.

1. Beitragszahlungen

Die Beiträge zu Grundfähigkeitsversicherungen können nicht bei der Veranlagung zur Einkommensteuer im Rahmen der Höchstbeträge für Vorsorgeaufwendungen als Sonderausgaben abgezogen werden (§ 10 Abs. 1 Nr. 3a i. V. m. § 10 Abs. 4 EStG).

2. Grundfähigkeitsrenten

Rentenleistungen aus Grundfähigkeitsversicherungen sind als zeitlich begrenzte Leibrenten mit dem Ertragsanteil aus § 55 EStDV zu versteuern.

Rentenbezugsmitteilung

Versicherungsunternehmen sind gemäß § 22a EStG verpflichtet, der Zentralen Stelle (§ 81 EStG) die für den Besteuerungszeitraum zugeflossenen Leibrenten und deren Empfänger zu melden.

II. Erbschafts- oder Schenkungsteuer

Grundfähigkeitsleistungen unterliegen der Erbschaft- und Schenkungsteuer, wenn sie aufgrund einer Schenkung des Versicherungsnehmers oder bei dessen Tod als Erwerb von Todes wegen (z. B. aufgrund eines Bezugsrechts oder als Teil des Nachlasses) erworben werden. Ob tatsächlich Erbschaftsteuer anfällt, ist von den individuellen Verhältnissen (z. B. den zur Verfügung stehenden Freibeträgen) abhängig.

III. Versicherungsteuer

Die Beiträge zu dieser Versicherung sind nach § 4 Absatz 1 Nr. 5 Buchstabe b Versicherungsteuergesetz (VersStG) nur dann von der Versicherungsteuer befreit, sofern die Ansprüche aus der Versicherung der Versorgung einer der folgender Personengruppen dienen:

- der natürlichen Person, bei der sich das versicherte Risiko realisiert (Risikoperson), oder
- deren nahen Angehörigen im Sinne des § 7 des Pflegezeitgesetzes oder
- deren Angehörigen im Sinne des § 15 der Abgabenordnung.

IV. Meldepflichten

Gesetzliche Vorschriften erfordern unsererseits Meldungen unter anderem bei

1. Kapitalzahlungen

Wird eine Leistung nicht an den Versicherungsnehmer, sondern an eine andere Person ausgezahlt, kann Erbschaft- bzw. Schenkungsteuer anfallen. Daher sind wir bei Kapitalauszahlungen ab 5.000 Euro aus Kapitalversicherungen an andere Personen als den Versicherungsnehmer gemäß § 33 Absatz 3 ErbStG i. V. m. § 3 Absatz 3 ErbStDV verpflichtet, das zuständige Finanzamt zu benachrichtigen.

2. Übertragung der Versicherungsnehmereigenschaft

Auch Übertragungen der Versicherungsnehmereigenschaft müssen dem Finanzamt gemeldet werden.

Dienstleisterliste für die Mecklenburgische Lebensversicherungs-AG

11/21

Konzerngesellschaften mit einer gemeinsamen Verarbeitung von Daten innerhalb der Unternehmensgruppe

Einzelne Versicherungsbranchen (z. B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) werden durch rechtlich selbstständige Unternehmen betrieben. Wir führen und verarbeiten Ihre Stammdaten (z. B. Name, Adresse, Kundennummer, IBAN, BIC, bestehende Verträge) in gemeinsamen Datensammlungen. Diese sind von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden. Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten stehen nur der Mecklenburgische Lebensversicherungs-AG zur Verfügung.

Unserer Versicherungsgruppe gehören zurzeit folgende Gesellschaften an:
 Mecklenburgische Versicherungs-Gesellschaft auf Gegenseitigkeit,
 Mecklenburgische Lebensversicherungs-AG,
 Mecklenburgische Krankenversicherungs-AG,
 Mecklenburgische Rechtsschutz-Service-GmbH,
 Mecklenburgische Vermittlungs-GmbH.

Gesellschaften, die Datenverarbeitung in Funktionsübertragung oder im Auftrag erbringen

a) Einzelne Stellen

Auftragnehmer	Hauptgegenstand des Auftrages	Gesundheitsdaten
Mecklenburgische Versicherungs-Gesellschaft a. G.	Versicherungsbetrieb mit Risikoprüfung, Vertragsverwaltung und Leistungsbearbeitung, Postservice inkl. Scannen und Zuordnen von Eingangspost, Telefonservice	teilweise
Roland Assistance GmbH	Telefonischer Kundendienst	nein
Gesamtverband der deutschen Versicherungs- wirtschaft e. V. (GDV)	Datenübermittlung an öffentliche Stellen, Führen von Gesamtstatistiken	nein
GDV	Datenübermittlung an die Zentrale Zulassungsstelle für Altersvermögen (ZfA)	nein
GDV	Übertragung von Daten an die Deutsche Rentenversicherung zu Steuerzwecken	nein
Infoscore Consumer Data GmbH	Bonitätsanfragen	nein
Creditreform Boniversum GmbH	Wirtschaftsauskünfte	nein
HEUBECK pen@min GmbH	Kommunikation mit den Krankenkassen	nein

b) Kategorien von Gesellschaften

Auftragnehmer	Hauptgegenstand des Auftrages	Gesundheitsdaten
Gutachter / Sachverständige (auch medizinisch)	Antrags- und Leistungsprüfung	ja
Beratungsärzte		
Forderungsmanagement	Realisierung von Forderungen	nein
Rechtsanwälte	juristische Beratung und Vertretung	ja
Rückversicherer	Antrags- und Leistungsprüfung, Rückversicherung	ja
Adressrecherche	Adressprüfung	nein
Marktforschungsunternehmen	Marktforschung	nein
Druckereien	Druck von Formularen und Schriftstücken	nein
IT-Dienstleister	Wartungs-, Analyse- und Servicearbeiten, Aktenvernichtung	ja

Kostenverzeichnis

Zur Abgeltung des zusätzlichen Verwaltungsaufwandes können wir Ihnen gemäß § 17 B GF in folgenden Fällen gesonderte Gebühren in Rechnung stellen. Zum Zeitpunkt des Abschlusses Ihres Vertrages betragen diese:

Dienstleistung	Höhe der Gebühr
Versicherungsmathematische Vertragsänderung	25,00 €
Ausstellen eines Ersatzversicherungsscheines	10,00 €
Wechsel des Versicherungsnehmers	25,00 €
Bearbeitung von Abtretungen oder Verpfändungen	25,00 €
Rückbuchungen im Lastschriftverfahren aufgrund von Umständen, die nicht vom Versicherer zu vertreten sind	5,00 €
Mahngebühren	2,50 €
Verzug von Beiträgen	7,5 % Zinsen p. a.
Interne Vertragsteilung im Rahmen des Versorgungsausgleiches	200,00 €

Die aktuellen Konditionen können Sie jederzeit bei uns erfragen.

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Mecklenburgische Versicherungsgruppe und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Zur Mecklenburgischen Versicherungsgruppe fassen wir die folgenden Unternehmen zusammen:

- Mecklenburgische Versicherungs-Gesellschaft a. G.
- Mecklenburgische Lebensversicherungs-AG
- Mecklenburgische Krankenversicherungs-AG
- Mecklenburgische Vermittlungs-GmbH
- Mecklenburgische Rechtsschutz-Service-GmbH

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Mecklenburgische Versicherungs-Gesellschaft a. G.
Platz der Mecklenburgischen 1 · 30625 Hannover
Telefon (0511) 53 51-99 56
Fax (0511) 53 51-44 44
service@mecklenburgische.de

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter der Telefonnummer (0511) 53 51-99 55, per Post unter der o. g. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: datenschutz@mecklenburgische.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter <https://www.mecklenburgische.de/datenschutz> abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit einer der Gesellschaften der Mecklenburgischen Versicherungsgruppe bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für andere Produkte der Unternehmen der Mecklenburgischen Versicherungsgruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Nähere Informationen zum eingesetzten Rückversicherer können Sie unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden.

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht im Anhang sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter <https://www.mecklenburgische.de/datenschutz> entnehmen.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden). Daneben arbeiten unsere Versicherungsunternehmen und Vermittler zur umfassenden Beratung und Betreuung ihrer Kunden in weiteren Finanzdienstleistungen (z. B. Kredite, Bausparverträge, Kapitalanlagen, Immobilien) auch mit Kreditinstituten, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften außerhalb der Gruppe zusammen. Zurzeit kooperieren wir mit der Wüstenrot Bausparkasse AG.

Die Zusammenarbeit besteht dabei in der gegenseitigen Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. So vermitteln z. B. die genannten Kreditinstitute im Rahmen einer Kundenberatung/-betreuung Versicherungen als Ergänzung zu den eigenen Finanzdienstleistungsprodukten.

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

Betroffenenrechte

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen. Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen
Prinzenstraße 5
30159 Hannover

Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (nicht in der Lebens- und der Krankenversicherung)

Die Versicherungswirtschaft nutzt das Hinweis- und Informationssystem (HIS) der informa HIS GmbH zur Unterstützung der Risikobeurteilung im Antragsfall, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch. Dafür ist ein Austausch bestimmter personenbezogener Daten mit dem HIS erforderlich. Nähere Informationen dazu entnehmen Sie bitte den beiliegenden Hinweisen zum HIS.

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages (z. B. zur Mitnahme eines Schadensfreiheitsrabattes in der Kfz-Haftpflichtversicherung) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalles überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

Information gem. Art 14 EU-DSGVO über die infoscore Consumer Data GmbH („ICD“)

1. Name und Kontaktdaten der ICD (verantwortliche Stelle) sowie des betrieblichen Datenschutzbeauftragten

infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden
Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der ICD ist unter der o.a. Anschrift, zu Hd. Abteilung Datenschutz, oder per E-Mail unter: datenschutz@arvato-infoscore.de erreichbar.

2. Zwecke der Datenverarbeitung der ICD

Die ICD verarbeitet und speichert personenbezogene Daten, um ihren Vertragspartnern Informationen zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen und juristischen Personen sowie zur Prüfung der Erreichbarkeit von Personen unter den von diesen angegebenen Adressen zu geben. Hierzu werden auch Wahrscheinlichkeits- bzw. Scoringwerte errechnet und übermittelt. Solche Auskünfte sind notwendig und erlaubt, um das Zahlungsausfallrisiko z.B. bei einer Kreditvergabe, beim Rechnungskauf oder bei Abschluss eines Versicherungsvertrages vorab einschätzen zu können. Die Datenverarbeitung und die darauf basierenden Auskunftserteilungen der ICD dienen gleichzeitig der Bewahrung der Auskunftsempfänger vor wirtschaftlichen Verlusten und schützen Verbraucher gleichzeitig vor der Gefahr der übermäßigen Verschuldung. Die Verarbeitung der Daten erfolgt darüber hinaus zur Betrugsprävention, zur Risikosteuerung, zur Festlegung von Zahlarten oder Konditionen sowie zur Tarifierung.

3. Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung der ICD

Die ICD ist ein Auskunftseunternehmen, das als solches bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde gemeldet ist. Die Verarbeitung der Daten durch die ICD erfolgt auf Basis einer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1a i.V.m. Art. 7 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) oder auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 f DSGVO, soweit die Verarbeitung zur Wahrung der berechtigten Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten erforderlich ist und sofern die Interessen und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, nicht überwiegen. Die ICD stellt ihren Vertragspartnern die Informationen nur dann zur Verfügung, wenn eine Einwilligung des Betroffenen vorliegt oder von den Vertragspartnern ein berechtigtes Interesse hieran im Einzelfall glaubhaft dargelegt wurde und eine Verarbeitung nach Abwägung aller Interessen zulässig ist.

Das berechtigte Interesse ist insbesondere vor Eingehung von Geschäften mit wirtschaftlichem Risiko gegeben (z.B. Rechnungskauf, Kreditvergabe, Abschluss eines Mobilfunk-, Festnetz- oder Versicherungsvertrages).

4. Kategorien der personenbezogenen Daten der ICD

Von der ICD werden personenbezogene Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften), Informationen zum vertragswidrigen Zahlungsverhalten (siehe auch Ziff. 5), zu Schuldnerverzeichniseinträgen, (Privat-) Insolvenzverfahren und zur (Nicht-) Erreichbarkeit unter der angegebenen Adresse sowie entsprechende Scorewerte verarbeitet bzw. gespeichert.

5. Herkunft der Daten der ICD

Die Daten der ICD stammen aus den amtlichen Insolvenzveröffentlichungen sowie den Schuldnerverzeichnissen, die bei den zentralen Vollstreckungsgerichten geführt werden. Dazu kommen Informationen von Vertragspartnern der ICD über vertragswidriges Zahlungsverhalten basierend auf gerichtlichen sowie außergerichtlichen Inkassomaßnahmen. Darüber hinaus werden personenbezogene Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) aus den Anfragen von Vertragspartnern der ICD gespeichert.

6. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten der ICD

Empfänger sind ausschließlich Vertragspartner der ICD. Dies sind insbesondere Unternehmen, die ein wirtschaftliches Risiko tragen und ihren Sitz im europäischen Wirtschaftsraum, in Großbritannien und in der Schweiz haben. Es handelt sich dabei im Wesentlichen um Versandhandels- bzw. eCommerce-, Telekommunikations- und Versicherungsunternehmen, Finanzdienstleister (z. B. Banken, Kreditkartenanbieter), Energieversorgungs- und Dienstleistungsunternehmen. Darüber hinaus gehören zu den Vertragspartnern der ICD Unternehmen, die Forderungen einziehen, wie etwa Inkassounternehmen, Abrechnungsstellen oder Rechtsanwälte.

7. Dauer der Datenspeicherung der ICD

Die ICD speichert Informationen über Personen nur für eine bestimmte Zeit, nämlich solange, wie deren Speicherung i.S.d. Art. 17 Abs. 1 lit. a) DSGVO notwendig ist.

Die bei ICD zur Anwendung kommenden Prüf- und Löschrufen entsprechen einer Selbstverpflichtung (Code of Conduct) der im Verband Die Wirtschaftsauskunfteien e.V. zusammengeschlossenen Auskunftseunternehmen.

- Informationen über fällige und unbestrittene Forderungen bleiben gespeichert, so lange deren Ausgleich nicht bekannt gegeben wurde; die Erforderlichkeit der fortwährenden Speicherung wird jeweils taggenau nach vier Jahren überprüft. Wird der Ausgleich der Forderung bekannt gegeben, erfolgt eine Löschung der personenbezogenen Daten taggenau drei Jahre danach.
- Daten aus den Schuldnerverzeichnissen der zentralen Vollstreckungsgerichte (Eintragungen nach § 882c Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 – 3 ZPO) werden taggenau nach drei Jahren gelöscht, jedoch vorzeitig, wenn der ICD eine Löschung durch das zentrale Vollstreckungsgericht nachgewiesen wird.
- Informationen über Verbraucher-/Insolvenzverfahren oder Restschuldbefreiungsverfahren werden taggenau drei Jahre nach Beendigung des Insolvenzverfahrens oder nach Erteilung oder Versagung der Restschuldbefreiung gelöscht.
- Informationen über die Abweisung eines Insolvenzantrages mangels Masse, die Aufhebung der Sicherungsmaßnahmen oder über die Versagung der Restschuldbefreiung werden taggenau nach drei Jahren gelöscht.
- Angaben über Anfragen werden spätestens taggenau nach drei Jahren gelöscht.
- Voranschriften bleiben taggenau drei Jahre gespeichert; danach erfolgt die Prüfung der Erforderlichkeit der fortwährenden Speicherung für weitere drei Jahre. Danach werden sie taggenau gelöscht, sofern nicht zum Zwecke der Identifizierung eine länger währende Speicherung erforderlich ist.

8. Betroffenenrechte gegenüber der ICD

Jede betroffene Person hat gegenüber der ICD das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für die ICD zuständige Aufsichtsbehörde – Der Landesdatenschutzbeauftragte für den Datenschutz Baden-Württemberg, Königstr. 10a, 70173 Stuttgart – zu wenden. Einwilligungen können jederzeit gegenüber dem betreffenden Vertragspartner widerrufen werden. Dies gilt auch für Einwilligungen, die bereits vor Inkrafttreten der DSGVO erteilt wurden. Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten personenbezogenen Daten.

Nach Art. 21 Abs. 1 DSGVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben, gegenüber der ICD widersprochen werden.

Sofern Sie wissen wollen, welche Daten die ICD zu Ihrer Person gespeichert und an wen sie welche Daten übermittelt hat, teilt Ihnen die ICD das gerne im Rahmen einer – unentgeltlichen – schriftlichen Selbstauskunft mit. Die ICD bittet um Ihr Verständnis, dass sie aus datenschutzrechtlichen Gründen keinerlei telefonische Auskünfte erteilen darf, da eine eindeutige Identifizierung Ihrer Person am Telefon nicht möglich ist. Um einen Missbrauch des Auskunftsrechts durch Dritte zu vermeiden, benötigt die ICD folgende Angaben von Ihnen: Name (ggf. Geburtsname), Vorname(n), Geburtsdatum, Aktuelle Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort), ggf. Voranschriften der letzten fünf Jahre (dies dient der Vollständigkeit der zu erteilenden Auskunft).

Wenn Sie – auf freiwilliger Basis – eine Kopie Ihres Ausweises beifügen, erleichtern Sie der ICD die Identifizierung Ihrer Person und vermeiden damit mögliche Rückfragen. Sie können die Selbstauskunft auch via Internet unter <https://www.arvato.com/finance/de/verbraucher/selbstauskunft/selbstauskunft-anfordern.html> beantragen.

9. Profilbildung/Profiling/Scoring

Die ICD-Auskunft kann um sogenannte Scorewerte ergänzt werden. Beim Scoring der ICD wird anhand von Informationen und Erfahrungen aus der Vergangenheit eine Prognose insbesondere über Zahlungswahrscheinlichkeiten erstellt. Das Scoring basiert primär auf Basis der zu einer betroffenen Person bei der ICD gespeicherten Informationen. Anhand dieser Daten, von adressbezogenen Daten sowie von Anschriftendaten erfolgt auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren (insbes. Verfahren der logistischen Regression) eine Zuordnung zu Personengruppen, die in der Vergangenheit ähnliches Zahlungsverhalten aufwiesen.

Folgende Datenarten werden bei der ICD für das Scoring verwendet, wobei nicht jede Datenart auch in jede einzelne Berechnung mit einfließt: Daten zum vertragswidrigen Zahlungsverhalten (siehe Ziff. 4. u. 5.), zu Schuldnerverzeichniseinträgen und Insolvenzverfahren (siehe Ziff. 4. u. 5.), Geschlecht und Alter der Person, adressbezogene Daten (Bekanntsein des Namens bzw. des Haushalts an der Adresse, Anzahl bekannter Personen im Haushalt (Haushaltsstruktur), Bekanntheit der Adresse), Anschriftendaten (Informationen zu vertragswidrigem Zahlungsverhalten in Ihrem Wohnumfeld (Straße/Haus)), Daten aus Anfragen von Vertragspartnern der ICD.

Besondere Kategorien von Daten i.S.d. Art. 9 DSGVO (z.B. Angaben zur Staatsangehörigkeit, ethnischen Herkunft oder zu politischen oder religiösen Einstellungen) werden von ICD weder gespeichert noch bei der Berechnung von Wahrscheinlichkeitswerten berücksichtigt. Auch die Geltendmachung von Rechten nach der DSGVO, also z.B. die Einsichtnahme in die bei der ICD gespeicherten Informationen nach Art. 15 DSGVO, hat keinen Einfluss auf das Scoring. Die ICD selbst trifft keine Entscheidungen über den Abschluss eines Rechtsgeschäfts oder dessen Rahmenbedingungen (wie z.B. angebotene Zahlarten), sie unterstützt die ihr angeschlossenen Vertragspartner lediglich mit ihren Informationen bei der diesbezüglichen Entscheidungsfindung. Die Risikoeinschätzung und Beurteilung der Kreditwürdigkeit sowie die darauf basierende Entscheidung erfolgt allein durch Ihren Geschäftspartner.