

Kundendokumente zur fondsgebundenen Grundfähigkeitsversicherung

Nachstehend erhalten Sie die aktuellen Kundendokumente **L-IGR-6** zur fondsgebundenen Grundfähigkeitsversicherung.

Die Kundendokumente beinhalten die folgenden Druckstücke:

- [Versicherungsinformation nach der Informationspflichtenverordnung \(Druckstück L-2-33-2021.B3\)](#)
- [Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz für die fondsgebundene Grundfähigkeitsversicherung \(Druckstück L-1-33-2021.B1\)](#)
- [Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Grundfähigkeitsversicherung \(Druckstück L- 3-33-2022.B1\)](#)
- [Besondere Bedingungen für die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung \(Druckstück L-4-33-2021.B1\)](#)
- [Die von uns zu Ihrem Tarif angebotenen Fondszusammenstellungen \(Baskets\) \(Druckstück L-6-12-2021.B2\)](#)
- [Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht \(Druckstück L-5-1-2008.B1\)](#)

Je nach individueller Ausgestaltung Ihres Vertrags ist es möglich, dass einzelne Druckstücke der Kundendokumente für Ihre Versicherung nicht relevant sind. Die genauen für Sie relevanten Druckstücke entnehmen Sie der Anlage zur Versicherungsinformation bzw. Ihrem Versicherungsschein.

Versicherungsinformation nach der Informationspflichtenverordnung (Druckstück L-2-33-2021.B3)

Seite 1 von 5

1. Versicherungsunternehmen

Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG
Weißadlergasse 2
60311 Frankfurt a.M.

Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Markus Gemperle
Vorstand: Dipl.-Kfm. Volker Steck (Vors.), Dipl.-Kfm. Burkhard Gierse, Dipl.-Math. Heino Kuhlmann

Registergericht Frankfurt a.M.
Registernummer HRB 28138
USt-IdNr. DE 811311232

Die Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG hat ihre Zulassung für den Geschäftsbetrieb der Lebensversicherung in der Bundesrepublik Deutschland durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) erhalten.

2. Hauptgeschäftstätigkeit

Unsere Hauptgeschäftstätigkeit ist der Vertrieb aller Arten der Lebensversicherung.

3. Garantiefonds

Wir sind Mitglied des gesetzlichen Sicherungsfonds bei der

Protektor Lebensversicherungs-AG
Wilhelmstraße 43 G
10117 Berlin

4. Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistungen

Die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistungen können den Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen entnommen werden. Individuelle Angaben zu Ihrer Versicherung sind in der „Anlage zur Versicherungsinformation“ Punkt 1 und Punkt 2 beziehungsweise im Versicherungsschein zusammengestellt. Die genannten Dokumente enthalten auch Angaben über Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Leistung.

5. Gesamtpreis

Den Gesamtpreis können Sie der „Anlage zur Versicherungsinformation“ Punkt 3 beziehungsweise Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

6. Zusätzliche Kosten

Besondere Kosten können Sie den Allgemeinen Bedingungen für die fondsgebundene Grundfähigkeitsversicherung (Allgemeine Versicherungsbedingungen, AVB), insbesondere § 31 AVB, entnehmen. Falls besondere Kosten für Telekommunikation anfallen, die über die normalen Telefonkosten hinausgehen, geben wir diese bei der jeweiligen Nummer an.

7. Beitragszahlung

Die Beiträge sind wie in der „Anlage zur Versicherungsinformation“ Punkt 3 und Punkt 4 beziehungsweise im Versicherungsschein angegeben zu zahlen. Je nach Vereinbarung müssen Sie die Beiträge monatlich, viertel-, halbjährlich oder jährlich zahlen. Die vereinbarten Beiträge müssen zum vereinbarten Fälligkeitszeitpunkt gezahlt werden. Falls Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt haben, werden wir den Beitrag rechtzeitig von Ihrem Konto abbuchen.

8. Gültigkeit

Die Gültigkeit der Ihnen zur Verfügung gestellten Informationen (Allgemeine und Besondere Versicherungsbedingungen, Tarifbestimmungen und Höhe des Beitrags) sind auf längstens drei Monate und auf den Versicherungsbeginn befristet, sofern diese Tarifgeneration zwischenzeitlich nicht geschlossen wurde.

9. Zustandekommen des Vertrages und Beginn Ihres Versicherungsschutzes

Der Vertrag zwischen Ihnen und der Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG kommt zustande, wenn Ihnen der Versicherungsschein zugeht. Versicherungsschutz haben Sie ab dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, sofern Sie den ersten oder einmaligen Beitrag rechtzeitig zahlen.

10. Widerrufsrecht

Nach den gesetzlichen Vorschriften (§ 8 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG)) steht Ihnen ein Widerrufsrecht zu, über das wir Sie belehren müssen.

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- **der Versicherungsschein,**
- **die Vertragsbestimmungen,** einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- **diese Belehrung,**
- **das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,**
- **und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen**

jeweils in Textform zugegangen sind.

Versicherungsinformation nach der Informationspflichtenverordnung (Druckstück L-2-33-2021.B3)

Seite 2 von 5

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an die:

Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG
Weißadlergasse 2

60311 Frankfurt am Main.

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten:

069 - 1332 - 515

Bei einem Widerruf per E-Mail ist der Widerruf an folgende E-Mail-Adresse zu richten:

info@leben.helvetia.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich in Abhängigkeit der vereinbarten Zahlungsweise (siehe Versicherungsschein) um einen Betrag in Höhe von 1/360 des Jahresbeitrags bei jährlicher Zahlungsweise bzw. 1/180 des Halbjahresbeitrags bei halbjährlicher Zahlungsweise bzw. 1/90 des Vierteljahresbeitrags bei vierteljährlicher Zahlungsweise oder 1/30 des Monatsbeitrags bei monatlicher Zahlungsweise, multipliziert mit der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat. Den Rückkaufswert einschließlich der Überschussanteile hat der Versicherer Ihnen auszahlen. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Unterabschnitt 1

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. a) gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrages sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden;
b) alle Kosten, die Ihnen für die Benutzung von Fernkommunikationsmitteln entstehen, wenn solche zusätzlichen Kosten in Rechnung gestellt werden;
8. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
9. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
10. den Hinweis, dass sich die Finanzdienstleistung auf Finanzinstrumente bezieht, die wegen ihrer spezifischen Merkmale oder der durchzuführenden Vorgänge mit speziellen Risiken behaftet sind oder deren Preis Schwankungen auf dem Finanzmarkt unterliegt, auf die der Versicherer keinen Einfluss hat, und dass in der Vergangenheit erwirtschaftete Beträge kein Indikator für künftige Erträge sind; die jeweiligen Umstände und Risiken sind zu bezeichnen;
11. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
12. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
13. Angaben zur Laufzeit des Vertrages;

Versicherungsinformation nach der Informationspflichtenverordnung (Druckstück L-2-33-2021.B3)

Seite 3 von 5

14. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
15. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
16. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
17. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Unterabschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
18. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
19. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Unterabschnitt 2

Zusätzliche Informationspflichten bei dieser Lebensversicherung

Bei dieser Lebensversicherung hat der Versicherer Ihnen zusätzlich zu den oben genannten Informationen die folgenden Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. Angaben in Euro zur Höhe der in die Prämie einkalkulierten Kosten; dabei sind die einkalkulierten Abschlusskosten als einheitlicher Gesamtbetrag und die übrigen einkalkulierten Kosten als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen; bei den übrigen einkalkulierten Kosten sind die einkalkulierten Verwaltungskosten zusätzlich gesondert als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen;
2. Angaben in Euro zu möglichen sonstigen Kosten, insbesondere zu Kosten, die einmalig oder aus besonderem Anlass entstehen können;
3. Angaben über die für die Überschussermittlung und Überschussbeteiligung geltenden Berechnungsgrundsätze und Maßstäbe;
4. Angabe in Euro der in Betracht kommenden Rückkaufswerte;
5. Angaben in Euro über den Mindestversicherungsbetrag für eine Umwandlung in eine prämienfreie oder eine prämienreduzierte Versicherung und über die Leistungen aus einer prämienfreien oder prämienreduzierten Versicherung;
6. das Ausmaß, in dem die Leistungen nach den Nummern 4 und 5 garantiert sind; die Angabe hat in Euro zu erfolgen;
7. Angaben über die der Versicherung zugrundeliegenden Fonds und die Art der darin enthaltenen Vermögenswerte;
8. allgemeine Angaben über die für diese Versicherungsart geltende Steuerregelung.

Ihre Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG

11. Vertragsbeginn und Laufzeit des Vertrages

Den Vertragsbeginn und die Laufzeit des Vertrages können Sie der „Anlage zur Versicherungsinformation“ Punkt 5 beziehungsweise Ihrem Versicherungsschein entnehmen. Weitere Angaben enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

12. Beendigung beziehungsweise Kündigung des Vertrages

Angaben für die Beendigung beziehungsweise Kündigung Ihres Vertrages entnehmen Sie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

13. Anwendbares Recht und Gerichtsstände

Für Ihren Vertrag findet ausschließlich deutsches Recht Anwendung.

Die Gerichtsstände für Klagen aus Ihrem Versicherungsvertrag ergeben sich aus § 40 AVB.

14. Vertragssprache

Die Vertragssprache ist deutsch.

15. Außergerichtliches Beschwerdeverfahren

Angaben zum außergerichtlichen Beschwerdeverfahren enthält § 41 AVB.

16. Versicherungsaufsicht

Angaben zu unserer zuständigen Aufsichtsbehörde enthält § 41 Abs. (4) AVB.

17. Angaben zu den Kosten des Versicherungsvertrages

Die in den Beitrag eingerechneten Abschluss-, Vertriebs- und Verwaltungskosten hängen von der Höhe des zu zahlenden Beitrags ab. Die Höhe der in den Beitrag eingerechneten Abschluss-, Vertriebs- und Verwaltungskosten sowie die Höhe der Verwaltungskosten, welche aus dem Vertragsguthaben entnommen werden, können Sie der „Anlage zur Versicherungsinformation“ Punkt 6 beziehungsweise Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Die Kosten während der Leistungspflicht der vereinbarten Grundfähigkeitsrente beziehungsweise einer gegebenenfalls mitverscherten Arbeitsunfähigkeitsrente betragen jährlich 2,00 EUR pro 100 EUR Grundfähigkeitsjahresrente beziehungsweise Arbeitsunfähigkeitsjahresrente (inklusive der Rente aus der Überschussbeteiligung).

Für das Management der Anlagestrategien betragen die Kosten jährlich 0,84 EUR pro 100 EUR Vertragsguthaben in den Anlagestrategien.

Die Kosten der eingeschlossenen Investmentfonds können Sie den Verkaufsprospekten der jeweiligen Investmentfonds oder im Internet unter www.helvetia.de/investmentinformationen entnehmen.

Versicherungsinformation nach der Informationspflichtenverordnung (Druckstück L-2-33-2021.B3)

Seite 4 von 5

Bitte beachten Sie, dass bei Erhöhungen, wie beispielsweise einmaligen Zahlungen (Zuzahlungen) oder jährlicher planmäßiger Erhöhung des Beitrags, Abschluss-, Vertriebs- und Verwaltungskosten eingerechnet sind.

Weitere Informationen finden Sie in § 30 AVB.

Zusätzliche Kosten, die wir Ihnen aus besonderen, von Ihnen verantworteten Gründen gesondert in Rechnung stellen, können Sie § 31 AVB entnehmen.

18. Angaben zur Überschussermittlung und Überschussbeteiligung

Nähere Angaben zur Überschussermittlung und -beteiligung entnehmen Sie bitte § 11 AVB. Individuelle Angaben zur Überschussbeteiligung Ihres Vertrages können Sie der „Anlage zur Versicherungsinformation“ Punkt 7 beziehungsweise Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

19. Rückkaufswerte

Angaben zur Kündigung Ihrer Versicherung und zur Bestimmung der Rückkaufswerte enthält § 27 AVB.

Der Auszahlungsbetrag bei Kündigung ist der Rückkaufswert vermindert um den Abzug. Die Höhe des Abzugs entnehmen Sie bitte der „Anlage zur Versicherungsinformation“ Punkt 8 beziehungsweise Ihrem Versicherungsschein.

20. Beitragsfreie Versicherungsleistungen

Angaben zur Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung und zur Bestimmung der beitragsfreien Versicherungsleistungen enthält § 28 AVB.

21. Ausmaß, in dem Leistungen nach Punkt 19 und Punkt 20 garantiert sind

Die Höhe der Rückkaufswerte und der beitragsfreien Leistungen ist nicht garantiert (vgl. § 27 und § 28 AVB).

22. Risiken der zugrunde liegenden Finanzinstrumente

Wichtige Hinweise zu den Risiken bei Anlage in Fonds entnehmen Sie der Anlage „Die von uns zu Ihrem Tarif angebotenen Fondszusammenstellungen (Baskets)“.

23. Zugrunde liegende Fonds

Der Anlage „Die von uns zu Ihrem Tarif angebotenen Fondszusammenstellungen (Baskets)“ können Sie die angebotenen Baskets und die enthaltenen Investmentfonds und Anlagestrategien sowie den jeweiligen Anteil entnehmen. Den individuell für Ihren Vertrag ausgewählten Basket und die darin enthaltenen Investmentfonds beziehungsweise Anlagestrategien entnehmen Sie Ihrem Antrag beziehungsweise Ihrem Versicherungsschein.

24. Steuerhinweise für Grundfähigkeitsversicherungen

Einkommensteuer

Beiträge für Grundfähigkeitsversicherungen können nicht als Sonderausgaben für Vorsorgeaufwendungen abgezogen werden.

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

Andere Leistungen als Grundfähigkeitsrenten, zum Beispiel Kapitalauszahlungen zählen nicht zu den Einkünften aus Kapitalvermögen und sind damit nicht einkommensteuerpflichtig.

Vorstehende Ausführungen gelten auch für entsprechende Grundfähigkeitsversicherungen mit Dynamik.

Meldepflichtigkeit gegenüber der Deutschen Rentenversicherung Bund

Wir sind gesetzlich verpflichtet, den Bezug einer Grundfähigkeitsrente und gegebenenfalls einer anderen Leistung der Deutschen Rentenversicherung Bund durch eine sogenannte Rentenbezugsmitteilung zu melden.

Erbschaftsteuer

Ansprüche oder Leistungen aus Grundfähigkeitsversicherungen unterliegen der Erbschaftsteuer, wenn sie aufgrund einer Schenkung des Versicherungsnehmers oder bei dessen Tod als Erwerb von Todes wegen (beispielsweise aufgrund eines Bezugsrechts oder als Teil des Nachlasses) erworben werden.

Erhält der Versicherungsnehmer die Versicherungsleistung, ist sie nicht erbschaftsteuerpflichtig.

Versicherungsteuer

Beiträge zu Grundfähigkeitsversicherungen sind nach § 4 Abs. 1 Nr. 5 Versicherungsteuergesetz (VersStG) von der Versicherungssteuer befreit, wenn durch die Versicherung Ansprüche begründet werden

- im Fall des Todes, des Erlebens oder des Alters oder
- im Fall der Krankheit, der Pflegebedürftigkeit, der Berufsunfähigkeit, der Erwerbsunfähigkeit oder der verminderten Erwerbsfähigkeit, sofern diese Ansprüche der Versorgung der versicherten Person oder der Versorgung von deren nahen Angehörigen im Sinne des § 7 des Pflegezeitgesetzes oder von deren Angehörigen im Sinne des § 15 der Abgabenordnung dienen.

Beiträge zu Grundfähigkeitsversicherungen im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung sind gemäß § 4 Abs. 1 Nr. 5a VersStG von der Versicherungssteuer befreit.

Umsatzsteuer

Beiträge zu Grundfähigkeitsversicherungen und Leistungen aus Grundfähigkeitsversicherungen sind umsatzsteuerfrei.

**Versicherungsinformation nach der Informationspflichtenverordnung
(Druckstück L-2-33-2021.B3)**

Seite 5 von 5

Einschränkung / Wichtiger Hinweis

Bei einer Vertragsänderung kann sich eine andere steuerliche Beurteilung ergeben. Die vorstehenden Hinweise entsprechen dem Stand der Steuergesetzgebung und Rechtsprechung von September 2021. Die Hinweise sind nicht als Garantie für den Eintritt der vorgenannten steuerlichen Behandlungen zu sehen. Änderungen der Rechtsprechung können Auswirkungen haben, die vom Unternehmen nicht zu vertreten sind. Außerdem kann sich jederzeit die Rechtslage durch neue Gesetzgebung ändern, die in gewissen Ausmaßen auch Rückwirkungen haben kann. Die hier gegebenen Steuerhinweise werden nach bestem Wissen - **jedoch unverbindlich** - gegeben. Diese unverbindlichen Hinweise können keinesfalls eine steuerliche Beratung ersetzen.

Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz für die fondsgebundene Grundfähigkeitsversicherung (Druckstück L-1-33-2021.B1)

Seite 1 von 2

§ 1 Was ist vorläufig versichert?

(1) Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich auf den Fall, dass die versicherte Person eine Grundfähigkeit verliert und dieser Verlust einer Grundfähigkeit im Sinne der Allgemeinen Bedingungen für die fondsgebundene Grundfähigkeitsversicherung aus einem Unfall resultiert, der während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eingetreten ist.

(2) Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

(3) Aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes zahlen wir die versicherte jährliche Grundfähigkeitsrente, höchstens jedoch eine jährliche Grundfähigkeitsrente in Höhe von 12.000 EUR, auch wenn Sie höhere Leistungen beantragt haben. Diese Begrenzung gilt auch dann, wenn mehrere Anträge auf Leistungen aufgrund Berufsunfähigkeit oder Verlust einer Grundfähigkeit derselben Person bei uns gestellt worden sind.

(4) Der Anspruch auf Grundfähigkeitsrente entsteht mit Ablauf des Monats, in dem der unfallbedingte Verlust einer Grundfähigkeit eingetreten ist.

(5) Eine Grundfähigkeitsrente zahlen wir nur, wenn uns der Verlust einer Grundfähigkeit innerhalb von drei Monaten seit ihrem Eintritt angezeigt worden ist.

(6) In jedem Fall enden die Leistungen aufgrund des unfallbedingten Verlusts einer Grundfähigkeit spätestens mit dem Ablauf der für die fondsgebundene Grundfähigkeitsversicherung beantragten Leistungsdauer oder wenn die Voraussetzungen für das Vorliegen des Verlusts einer Grundfähigkeit nicht mehr erfüllt sind.

§ 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

Sofern nichts anderes vereinbart ist, ist Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz, dass

- a) der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als zwei Monate nach der Unterzeichnung des Antrags liegt;
- b) der Einlösungsbeitrag für die beantragte Versicherung nach Vertragsabschluss und Rechnungsstellung unverzüglich gezahlt oder uns eine Ermächtigung zum Beitragseinzug erteilt worden ist;
- c) Sie das Zustandekommen der beantragten Versicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht haben;
- d) Ihr Antrag sich im Rahmen der von uns gebotenen Tarife und Bedingungen bewegt;
- e) die versicherte Person bei Unterzeichnung des Antrags das 15. Lebensjahr schon und das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat;

- f) frühere Verträge von uns nicht wegen Nichtzahlung oder Zahlungsrückständen gekündigt wurden;
- g) wir bei früheren Verträgen für dieselbe versicherte Person keinen Rücktritt beziehungsweise keine Anfechtung erklärt haben.

§ 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

(1) Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag, an dem Ihr Antrag bei uns eingeht.

(2) Soweit nichts anderes vereinbart ist, endet der vorläufige Versicherungsschutz, wenn

- a) der Versicherungsschutz aus der beantragten Versicherung begonnen hat;
- b) Sie Ihren Antrag angefochten oder zurückgenommen haben;
- c) Sie von Ihrem Widerrufsrecht nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) Gebrauch gemacht haben;
- d) aus von Ihnen zu vertretenden Gründen der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt wurde oder der Einzug des ersten Beitrags nicht möglich war oder dem Einzug widersprochen worden ist, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben;
- e) Sie einer Ihnen gemäß § 5 Abs. 1 und 2 VVG mitgeteilten Abweichung des Versicherungsscheins von Ihrem Antrag widersprochen haben.

(3) Jede Vertragspartei kann den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Wir werden den vorläufigen Versicherungsschutz insbesondere dann kündigen, wenn wir Ihren Antrag abgelehnt haben. Unsere Kündigungserklärung wird jedoch erst nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang bei Ihnen wirksam.

(4) Absatz (2) Buchstabe a) findet auch Anwendung, wenn Sie den Vertrag über die beantragte Versicherung oder einen weiteren Vertrag über vorläufige Deckung mit einem anderen Versicherer schließen oder geschlossen haben. Den Vertragsschluss müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

§ 4 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Unsere Leistungspflicht ist ausgeschlossen für die Versicherungsfälle aufgrund von Ursachen, nach denen im Antrag in Textform gefragt ist und von denen der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor seiner Unterzeichnung Kenntnis hatte, auch wenn diese im Antrag angegeben wurden. Dies gilt nicht

**Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz
für die fondsgebundene Grundfähigkeitsversicherung
(Druckstück L-1-33-2021.B1)**

Seite 2 von 2

für Umstände, die für den Eintritt des Versicherungsfalls nur mitursächlich geworden sind.

(2) Falls eine Arbeitsunfähigkeit ohne den gleichzeitigen Verlust einer Grundfähigkeit im Sinne der Allgemeinen Bedingungen für die fondsgebundene Grundfähigkeitsversicherung vorliegt, besteht kein vorläufiger Versicherungsschutz.

(3) Darüber hinaus gelten die Einschränkungen und Ausschlüsse der für die beantragte Versicherung maßgeblichen Versicherungsbedingungen.

§ 5 Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir zwar keinen besonderen Beitrag. Erbringen wir aber Leistungen aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes, behalten wir ein Entgelt ein. Das Entgelt entspricht einem Jahresbeitrag der fondsgebundenen Grundfähigkeitsversicherung.

§ 6 Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

(1) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen für die beantragte Versicherung Anwendung, dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse. Eine Überschussbeteiligung erfolgt jedoch nicht.

(2) Haben Sie im Antrag ein Bezugsrecht festgelegt, gilt dieses auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Grundfähigkeitsversicherung (Druckstück L-3-33-2022.B1)

Seite 1 von 29

ALLGEMEINER HINWEIS

Zur Verbesserung der Übersichtlichkeit sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen in einzelne Abschnitte gegliedert. Diese Gliederung möchten wir Ihnen im Folgenden kurz erläutern. Dabei ist zu beachten, dass zwischen den Regelungen in einzelnen Paragraphen Abhängigkeiten bestehen können. Die Lektüre einzelner Teile liefert nicht notwendigerweise alle erforderlichen Informationen. Zum genauen Verständnis ist die Lektüre der gesamten Allgemeinen Versicherungsbedingungen unerlässlich.

VERSICHERUNGSLEISTUNGEN UND EINSCHRÄNKUNGEN (§ 1 BIS § 11)

Sie haben sich für eine fondsgebundene Grundfähigkeitsversicherung entschieden. Einzelheiten zu den Versicherungsleistungen sind in § 1 bis § 5 beschrieben. Einschränkungen unserer Leistungspflicht und Regelungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht sind in § 6 und § 7 beschrieben. Wie Sie an der Wertentwicklung der Fonds beteiligt sind, erfahren Sie in § 8. Wie wir Ihren Vertrag überprüfen, wann er beginnt und wann er endet, sehen Sie in § 9 bis § 10 nach. Details zur Überschussbeteiligung finden Sie in § 11.

GESTALTUNGSMÖGLICHKEITEN (§ 12 BIS § 16)

Wie Sie Ihre Versicherung erhöhen können, entnehmen Sie § 12. Wann Sie die Dauer der Versicherung verlängern können, erfahren Sie in § 13. Unter welchen Voraussetzungen Sie in eine Berufsunfähigkeitsversicherung wechseln können, finden Sie in § 14. Wie Sie Ihre Fondszusammenstellung (Basket) wechseln können, teilen wir Ihnen in § 15 mit. Welche Überbrückungsmöglichkeiten Sie haben, sehen Sie in § 16 nach.

LEISTUNGSFALL (§ 17 BIS § 23)

In § 17 bis § 22 finden Sie Regelungen zu Erklärung und Nachprüfung unserer Leistungspflicht sowie zu Ihren Mitwirkungspflichten. Welche Unterstützung Sie von uns während der Vertragslaufzeit und insbesondere im Leistungsfall erhalten, ist in § 23 beschrieben.

BEITRAGSZAHLUNG, KÜNDIGUNG UND KOSTEN (§ 24 BIS § 31)

Für die von uns erbrachten Versicherungsleistungen zahlen Sie laufende Beiträge. Bestimmungen zu Beitragszahlung, Kündigung, Beitragsfreistellung finden Sie in § 24 bis § 28, Einzelheiten zu den Kosten können Sie in § 29 bis § 31 nachlesen.

WEITERE VERTRAGSBESTIMMUNGEN (§ 32 BIS § 41)

Wie Sie den Wert Ihrer Versicherung erfahren können, entnehmen Sie § 32. Ausführungen zur Bedeutung des Versicherungsscheins sowie zur Auszahlung der Versicherungsleistung finden Sie in § 33 bis § 34. Bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens sehen Sie in § 35 nach. Weitere Regelungen zu Ihren Mitteilungspflichten, zu den von uns angebotenen Fonds sowie zur Änderung von Vertragsbestimmungen sowie zu dem Recht, das auf Ihren Vertrag Anwendung findet, und den Gerichtsstand finden Sie in § 36 bis § 40. Welche Beschwerdemöglichkeiten Ihnen offen stehen, ist in § 41 beschrieben.

ERLÄUTERUNG VON FACHAUSDRÜCKEN

Am Ende der Allgemeinen Versicherungsbedingungen finden Sie Erläuterungen einiger wichtiger verwendeter Fachausdrücke. Im Text sind diese Fachausdrücke mitunter durch ein vorangestelltes „→“ markiert (Beispiel: „→Versicherungsjahr“).

VERSICHERUNGSLEISTUNGEN UND EINSCHRÄNKUNGEN

§ 1 Was ist Ihre fondsgebundene Grundfähigkeitsversicherung?

Unsere Leistung bei Verlust einer Grundfähigkeit

(1) Verliert die →versicherte Person während der vereinbarten →Versicherungsdauer eine der folgenden Grundfähigkeiten im Sinne des § 3, so erbringen wir Leistungen gemäß § 2:

Motorische Grundfähigkeiten

- a) Gehen
- b) Einen Arm gebrauchen
- c) Stehen
- d) Knien
- e) Bücken
- f) Treppe steigen
- g) Heben und Tragen
- h) Sitzen

Feinmotorische Grundfähigkeiten

- i) Eine Hand gebrauchen
- j) Schreiben

Sensorische Grundfähigkeiten

- k) Sehen
- l) Sprechen
- m) Hören
- n) Gleichgewicht

Intellektuelle Grundfähigkeiten

- o) Eigenverantwortliches Handeln

Sonstige Grundfähigkeiten

- p) Auto fahren
- q) Pflegebedürftigkeit

Unsere Leistung bei Arbeitsunfähigkeit

(2) Haben Sie Tarif IGA oder IGAW vereinbart und wird die →versicherte Person während der vereinbarten →Versicherungsdauer arbeitsunfähig im Sinne des § 5, erbringen wir Leistungen gemäß § 4.

Fondsgebundene Kalkulation

(3) Für die zu Vertragsbeginn vereinbarten Leistungen zahlen Sie einen konstanten Beitrag. Ein Teil des gezahlten Beitrags wird zur Deckung von Kosten verwendet. Der restliche Beitrag wird in Fonds investiert (vgl. § 24 Abs. (1)).

Für die Investition in Fonds können Sie eine →Fondszusammenstellung (Basket) wählen (vgl. § 8 Abs. (2)). Diese dient zur Bildung des →Vertragsguthabens (vgl. § 8 Abs. (3)).

Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Grundfähigkeitsversicherung (Druckstück L-3-33-2022.B1)

Seite 2 von 29

Es findet allerdings kein Vermögensaufbau statt, da aus den Fonds Kosten und Risikobeiträge entnommen werden (vgl. § 24 Abs. (3)). Die Risikobeiträge sind nicht konstant, sondern schwanken über die Zeit. Das Vertragsguthaben dient daher zum Ausgleich für diese schwankenden Risikobeiträge.

Ihren Beitrag bestimmen wir zu Vertragsbeginn nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik unter Berücksichtigung der zum Berechnungszeitpunkt festgelegten Überschussätze (vgl. § 11) und einer Annahme an die Wertentwicklung der in Ihrem →Basket enthaltenen Investmentfonds beziehungsweise →Anlagestrategien (vgl. § 8 Abs. (8)) in Höhe von jährlich 5,5 %. Unter diesen Annahmen können die Kosten- und Risikobeiträge dann finanziert werden.

Bedingte Garantie

(4) Die Vermögensentwicklung von Investmentfonds ist nicht voraussehbar. Daher stehen alle vereinbarten Leistungen unter der Bedingung, dass die Finanzierbarkeit der Kosten und Risikobeiträge aus Beitrag und →Vertragsguthaben gegeben ist (vgl. § 9 Abs. (2)), was regelmäßig überprüft wird (vgl. § 10). Einmal anerkannte →Grundfähigkeitsrenten beziehungsweise →Arbeitsunfähigkeitsrenten bleiben jedoch bezüglich der Höhe für die gesamte Dauer des Leistungsanspruchs garantiert.

Ermittlung und Auszahlung der Leistung

(5) Sollte das →Vertragsguthaben zum Ende der →Versicherungsdauer der →versicherten Person einen positiven Wert aufweisen, zahlen wir Ihnen das Vertragsguthaben aus.

Das Vertragsguthaben zum Ende der Versicherungsdauer ermitteln wir am letzten →Börsentag vor dem Ablauf.

Bei Tod der versicherten Person zahlen wir das Vertragsguthaben aus. Wir ermitteln den Wert des Vertragsguthabens an einem Börsentag, der höchstens drei Börsentage nach Eingang der Meldung des Todesfalls liegt.

(6) Alle Leistungen (insbesondere →Grundfähigkeitsrenten gemäß § 2 und →Arbeitsunfähigkeitsrenten gemäß § 4) erbringen wir als Geldleistung.

§ 2 Welche Leistungen erbringen wir bei Verlust einer Grundfähigkeit?

Unsere Leistung bei Verlust einer Grundfähigkeit

(1) Wenn die →versicherte Person während der →Versicherungsdauer eine der versicherten Grundfähigkeiten verliert (vgl. § 3), erbringen wir folgende Leistungen:

- Rentenzahlung (Tarife IGR, IGW, IGA, IGAW):** Wir zahlen die vereinbarte →Grundfähigkeitsrente monatlich im Voraus, längstens für die vereinbarte →Leistungsdauer.
- Rentenzahlung mit garantierter Rentensteigerung (Tarife IGW, IGAW):** In den Tarifen IGW und IGAW ist eine Rentenzahlung mit garantierter Rentensteigerung vereinbart, das heißt im Leistungsfall erhöht sich die Auszahlung der vereinbarten Grundfähigkeitsrente gemäß Buchstabe a) jährlich um 2 % (→Leistungsdynamik). Die Erhöhungen im Leistungsfall erfolgen jeweils am →Versicherungsstichtag. Die erste Erhöhung im Leistungsfall erfolgt am auf den Beginn des Leistungsanspruchs folgenden Versicherungsstichtag zeitanteilig, das heißt das Verhältnis der ersten Erhöhung zu

2 % ist gleich dem Verhältnis der zurückgelegten Zeit seit Leistungsbeginn zu einem Jahr.

- Befreiung von der Beitragszahlungspflicht (Tarife IGR, IGW, IGA, IGAW):** Während der Dauer des Verlusts einer Grundfähigkeit müssen Sie keine Beiträge bezahlen.

Die Versicherungsdauer ist der Zeitraum, innerhalb dessen Versicherungsschutz besteht. Mit Leistungsdauer wird der Zeitraum bezeichnet, bis zu dessen Ablauf eine während der Versicherungsdauer anerkannte Leistung längstens erbracht wird.

Beginn des Leistungsanspruchs

(2) Der Anspruch auf Versicherungsleistungen entsteht mit Ablauf des Monats, in dem der Verlust der →Grundfähigkeit eingetreten ist. Sie müssen uns den Verlust der Grundfähigkeit in →Textform mitteilen.

Dauer und Höhe des Leistungsanspruchs

(3) Der Anspruch auf Rentenzahlung und Befreiung von der Beitragszahlungspflicht endet, wenn

- der Verlust der →Grundfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt,
- die →versicherte Person stirbt oder
- die vereinbarte →Leistungsdauer für die Rentenzahlung abläuft.

(4) Endet der Anspruch auf Leistungen wegen des Verlusts einer →Grundfähigkeit vor Ablauf der →Versicherungsdauer, wird der Vertrag wieder beitragspflichtig fortgesetzt.

Bei den Tarifen IGW und IGAW (vgl. Absatz (1) Buchstabe b)) werden garantierte Rentensteigerungen bei erneutem Verlust einer Grundfähigkeit nicht angerechnet, sondern beginnen wieder von Neuem. Liegt die selbe medizinische Ursache vor, werden die Steigerungen dagegen angerechnet.

(5) Ist die →Leistungsdauer länger als die vertraglich vereinbarte →Versicherungsdauer und tritt nach Wegfall der Leistungsvoraussetzungen ein erneuter Verlust einer →Grundfähigkeit ein, welche ihren Ursprung im ersten Verlust der Grundfähigkeit hat und ist die Leistungsdauer noch nicht abgelaufen, so lebt der Anspruch auf eine vereinbarte →Grundfähigkeitsrente wieder auf, auch wenn die Versicherungsdauer inzwischen abgelaufen ist.

(6) Auch bei Verlust von mehr als einer →Grundfähigkeit erbringen wir die Leistung nur einmal.

Beitragszahlung bis zur Leistungsentscheidung

(7) Werden Leistungen beantragt, müssen Sie bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten. Wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen. Wir sind auf Ihren Wunsch hin bereit, die in diesem Zeitraum fälligen Beiträge bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos zu stunden. Wenn keine Leistungspflicht besteht, sind die gestundeten Beiträge unverzinst in einem Betrag oder auf Wunsch in bis zu 24 Monatsraten zusammen mit den laufenden Beiträgen nachzuzahlen. Sofern Sie es wünschen kann der Ausgleich auch durch eine Verrechnung mit dem vorhandenen →Vertragsguthaben erfolgen, falls dieses eine entsprechende Höhe aufweist. Grundsätzlich führt dies zu einer Beitragserhöhung, vgl. § 10 Abs. (3).

Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Grundfähigkeitsversicherung (Druckstück L-3-33-2022.B1)

Weltweiter Versicherungsschutz

(8) Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

§ 3 Wann liegt ein Verlust einer Grundfähigkeit vor?

Verlust einer Grundfähigkeit, der voraussichtlich mindestens sechs Monate dauern wird

(1) Wenn die →versicherte Person innerhalb der →Versicherungsdauer infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls mindestens eine der in Absatz (9) genannten Grundfähigkeiten im jeweils beschriebenen Umfang verliert und dieser Verlust für voraussichtlich mindestens 6 Monate ununterbrochen vorliegen wird, gilt dies als Verlust einer Grundfähigkeit.

Verlust einer Grundfähigkeit, der mindestens sechs Monate bestanden hat

(2) Wenn die →versicherte Person innerhalb der →Versicherungsdauer infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls mindestens eine der in Absatz (9) genannten Grundfähigkeiten im jeweils beschriebenen Umfang verloren hat und dieser Zustand bereits mindestens 6 Monate ununterbrochen andauert hat, gilt dies von Beginn an als Verlust einer Grundfähigkeit.

Weitere Voraussetzungen

(3) Die Grundfähigkeit muss bei Versicherungsbeginn vorhanden gewesen sein.

(4) Abweichend von Absatz (3) gilt für Kinder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres (→rechnungsmäßiges Alter): Soweit die entsprechende Grundfähigkeit bei Versicherungsbeginn altersbedingt noch nicht vorhanden war, liegt ein Verlust der Grundfähigkeit auch dann vor, wenn sie vor Eintritt des Versicherungsfalles erworben wurde.

(5) Der Verlust der Grundfähigkeit ist durch einen Facharzt der entsprechenden Fachrichtung mit den nach aktuellem medizinischen Wissensstand üblichen Befunderhebungen nachzuweisen.

(6) Die Krankheit, die Körperverletzung oder der Kräfteverfall muss zu nachweisbaren körperlichen Veränderungen führen und damit einer objektiven Befunderhebung zugänglich sein.

Der Verlust von Fähigkeiten aufgrund von psychischen oder psychosomatischen Beeinträchtigungen kommt als Ursache nicht in Betracht.

(7) Abweichend von Absatz (6) leisten wir bei der Grundfähigkeit „Eigenverantwortliches Handeln“ auch, wenn der Verlust der Grundfähigkeit auf psychischen oder psychosomatischen Beeinträchtigungen beruht.

(8) Die Verwendung von geeigneten und zumutbaren Hilfsmitteln (vgl. auch die Definitionen in Absatz (9)) sowie der Einsatz von zumutbaren therapeutischen Maßnahmen ist verpflichtend.

Versicherte Grundfähigkeiten

(9) Der Verlust einer versicherten Grundfähigkeit ist wie folgt definiert:

a) Gehen

Ein Verlust der Grundfähigkeit "Gehen" liegt vor, wenn die →versicherte Person auch bei einer Pause von insgesamt maximal einer Minute nicht mehr selbstständig in der Lage ist, eine Strecke von 400 Metern über einen festen und ebenen

Boden gehend zurückzulegen. Die Zeitdauer für die Strecke soll nicht länger als 20 Minuten betragen.

Ein Verlust der Grundfähigkeit "Gehen" liegt nicht vor, wenn die Einschränkung durch die Verwendung geeigneter zumutbarer Hilfsmittel ausgeglichen werden kann. Zumutbare Hilfsmittel sind zum Beispiel Gehstock, Prothesen, Orthesen, Stützbandagen, Unterarm- oder Achselgehilfen. Nicht zu den Hilfsmitteln zählen Rollatoren und Gehwagen.

b) Einen Arm gebrauchen

Ein Verlust der Grundfähigkeit "Einen Arm gebrauchen" 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.

c) Stehen

Ein Verlust der Grundfähigkeit "Stehen" liegt vor, wenn die versicherte Person auch mit Veränderung der Körperhaltung nicht mehr in der Lage ist, 10 Minuten lang auf einem ebenen und festen Untergrund zu stehen, ohne sich dabei festzuhalten oder abzustützen.

Ein Verlust der Grundfähigkeit "Stehen" liegt nicht vor, wenn die Einschränkung durch die Verwendung geeigneter zumutbarer Hilfsmittel ausgeglichen werden kann. Zumutbare Hilfsmittel sind zum Beispiel Prothesen, Orthesen oder Stützbandagen. Nicht zu den Hilfsmitteln zählen Rollatoren, Gehwagen und Unterarm- oder Achselgehilfen.

d) Knien

Ein Verlust der Grundfähigkeit "Knien" liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, sich auf einem ebenen und festen Untergrund, auch mit Abstützen, mit beiden Knien auf den Boden hinzuknien und sich anschließend aus eigener Kraft wieder aufzurichten.

e) Bücken

Ein Verlust der Grundfähigkeit "Bücken" liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, sich auf einem ebenen und festen Untergrund, auch mit Abstützen, aus eigener Kraft so weit zu bücken (auch mit angewinkelten Knien), dass sie mit den Fingerspitzen den Boden berührt, und sich anschließend aus eigener Kraft wieder aufrichten kann.

f) Treppe steigen

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

Ein Verlust der Grundfähigkeit "Treppe steigen" liegt nicht vor, wenn die Einschränkung durch die Verwendung geeigneter zumutbarer Hilfsmittel vermieden werden kann. Zumutbare Hilfsmittel sind zum Beispiel Treppenhilfen, Prothesen, Orthesen, Unterarm- oder Achselgehilfen.

g) Heben und Tragen

Ein Verlust der Grundfähigkeit "Heben und Tragen" liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, mit der

Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Grundfähigkeitsversicherung (Druckstück L-3-33-2022.B1)

rechten oder mit der linken Hand einen mit einem Griff versehenen und 2 kg (1 kg für Kinder bis zur Vollendung des 7. Lebensjahrs) schweren Gegenstand von einer Erhöhung, die sich in Hüfthöhe der versicherten Person befindet, zu heben und diesen auf festem und ebenem Boden 5 m weit zu tragen.

Ein Verlust der Grundfähigkeit "Heben und Tragen" liegt nicht vor, wenn die Einschränkung beim Tragen durch die Verwendung geeigneter zumutbarer Hilfsmittel ausgeglichen werden kann. Zumutbare Hilfsmittel sind zum Beispiel Gehstock, Prothesen, Orthesen, Stützbandagen, Unterarm- oder Achselgehilfen. Nicht zu den Hilfsmitteln zählen Rollatoren und Gehwagen.

h) Sitzen

Ein Verlust der Grundfähigkeit "Sitzen" 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 Armlehne oder Anlehnen an der Rückenlehne.

i) Eine Hand gebrauchen

Ein Verlust der Grundfähigkeit "Eine Hand gebrauchen" liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, mit der linken oder mit der rechten Hand,

- eine PC-Tastatur bestimmungsgemäß zu bedienen, so dass sie 5 Wörter mit mindestens 5 Buchstaben innerhalb von 5 Minuten tippen kann oder
- eine geöffnete Flasche mit Schraubverschluss zu schließen und wieder zu öffnen.

j) Schreiben

Ein Verlust der Grundfähigkeit "Schreiben" liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr, weder mit der rechten noch mit der linken Hand, mit einem Schreibstift mindestens 5 Wörter mit jeweils mindestens 5 Buchstaben in Druckbuchstaben innerhalb von 5 Minuten schreiben kann, so dass ein unbeeinträchtigter Dritter diese Wörter lesen kann.

k) Sehen

Ein Verlust der Grundfähigkeit "Sehen" liegt vor, wenn das Sehvermögen der versicherten Person 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.

Ein Verlust der Grundfähigkeit "Sehen" liegt nicht vor, wenn die Einschränkung durch die Verwendung geeigneter Hilfsmittel ausgeglichen werden kann. Geeignete Hilfsmittel sind Sehhilfen, wie zum Beispiel Brille oder Kontaktlinsen.

l) Sprechen

Ein Verlust der Grundfähigkeit "Sprechen" liegt vor, wenn die Sprechfähigkeit oder die sprachliche Ausdrucksfähigkeit der versicherten Person nach abgeschlossenem Spracherwerb so weit eingeschränkt ist, dass die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist mittels Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren, weil sie keine verständlichen Worte mehr formen kann.

Bei aphasischen Störungen (Sprachstörung nach Hirnschädigung zum Beispiel durch Schlaganfall, Schädelhirntrauma) muss die Beeinträchtigung unter Verwendung entsprechender Tests, wie zum Beispiel dem Aachener Aphasietest nachgewiesen werden.

Ein Verlust der Grundfähigkeit Sprechen liegt nicht vor, wenn die Einschränkung durch die Verwendung geeigneter Hilfsmittel, wie zum Beispiel einem Kehlkopfmikrofon, ausgeglichen werden kann.

m) Hören

Ein Verlust der Grundfähigkeit "Hören" liegt vor, wenn bei der versicherten Person auf beiden Ohren jeweils im Frequenzbereich des gesprochenen Wortes bei 1.000 bis 3.000 Hz, mittels Tonaudiogramm (Knochenleitung) ein Resthörvermögen von höchstens 20 % nachgewiesen wird.

Ein Verlust der Grundfähigkeit "Hören" liegt nicht vor, wenn die Einschränkung durch die Verwendung geeigneter Hilfsmittel, wie zum Beispiel einem Hörgerät, ausgeglichen werden kann.

n) Gleichgewicht

Ein Verlust der Grundfähigkeit "Gleichgewicht" liegt vor, wenn die versicherte Person

- nicht zehn Meter entlang einer imaginären Linie (Strichgang) mit geschlossenen Augen ohne Fallneigung auf festem und ebenem Boden gehen kann und
- eine der beiden folgenden Aufgaben nicht bewältigen kann:
 - 50 Schritte auf fester und ebener Stelle mit geschlossenen Augen treten, ohne sich dabei um mindestens 45 Grad zur Seite zu drehen.
 - Mit geschlossenen Augen und parallelem Fußstand 60 Sekunden auf fester und ebener Stelle stehen, ohne Fallneigung zu bekommen.

Die Störung muss durch

- eine Verletzung oder organische Erkrankung des Gehirns (zum Beispiel Multiple Sklerose, Schädelhirntrauma, Schlaganfall, Hirntumor, Epilepsie) oder
- eine nachweisbare Schädigung des Gleichgewichtsorgans oder
- eine Schädigung der kleinen Nerven der Füße und Unterschenkel (Polyneuropathie)

verursacht worden sein.

Ausgeschlossen sind Polyneuropathien, die nachweisbar auf Alkoholmissbrauch zurückzuführen sind.

o) Eigenverantwortliches Handeln

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

Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Grundfähigkeitsversicherung (Druckstück L-3-33-2022.B1)

Seite 5 von 29

Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle, bei denen der Verlust der Grundfähigkeit "Eigenverantwortliches Handeln" ganz oder teilweise auf Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch zurückzuführen ist.

p) Auto fahren

Ein Verlust der Grundfähigkeit "Auto fahren" liegt vor, wenn die versicherte Person aufgrund von körperlichen Ursachen nicht mehr zum Führen eines Personenkraftwagens in der Lage ist. Dies muss ein verkehrsmedizinisches Gutachten bestätigen. Zudem muss aus körperlichen Gründen die Fahrerlaubnis für Personenkraftwagen nach deutschen verwaltungsrechtlichen Vorschriften nachweislich rechtskräftig entzogen oder nachweislich freiwillig bei der zuständigen Führerscheinbehörde abgegeben worden sein.

Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle, bei denen der Verlust der Grundfähigkeit "Auto fahren" ganz oder teilweise auf Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch zurückzuführen ist.

Sind alle genannten Voraussetzungen erfüllt, liegt der Verlust der Grundfähigkeit "Auto fahren" abweichend von Absatz (3) auch dann vor, wenn der Führerschein erst nach Versicherungsbeginn erworben wurde.

q) Pflegebedürftigkeit

Der Verlust einer Grundfähigkeit liegt im Sinne dieser Bedingungen auch bei Pflegebedürftigkeit nach Absatz (10) bis (15) vor.

Pflegebedürftigkeit

(10) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die →versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls voraussichtlich mindestens sechs Monate so hilflos sein wird, dass sie für mindestens vier der in Absatz (14) genannten neun gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

(11) Pflegebedürftigkeit liegt auch vor, wenn die →versicherte Person bereits sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls so hilflos gewesen ist, dass sie für mindestens vier der in Absatz (14) genannten neun gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe durch eine andere Person bedurfte. Dieser Zustand gilt von Anfang an als Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

(12) Bei Kindern, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, wird bei der Bewertung der gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens allein die Abweichung von der Selbständigkeit und den Fähigkeiten altersentsprechend entwickelter Kinder zugrunde gelegt.

(13) Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle, bei denen die Pflegebedürftigkeit ganz oder teilweise auf Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch zurückzuführen ist.

(14) Bewertungsmaßstab für die Einstufung des Pflegefalls ist die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung werden die nachstehend genannten

gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens zugrunde gelegt:

Die →versicherte Person benötigt Hilfe beim

a) 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 oder ähnliches umsetzen und sich nicht oder nur kurz selbständig in einer Sitzposition halten kann. Zusätzlich kann sie nur durch Hilfsmittel oder Reichen der Hand ihre Lage im Bett verändern.

b) Fortbewegen im Zimmer

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.

c) 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 selbständig durchführen kann. Die Unfähigkeit, ins Badezimmer zu gelangen, gilt nicht als Hilfebedarf.

d) An- und Auskleiden

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Schuhlöfler 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.

e) 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.

f) 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 beziehungsweise des Darms, liegt Hilfebedarf vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer

Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Grundfähigkeitsversicherung (Druckstück L-3-33-2022.B1)

Seite 6 von 29

anderen Person Hilfsmittel wie saugende Inkontinenzversorgung, Katheter, Stomabeutel verwenden kann.

g) Kommunizieren

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist mit anderen Personen zu kommunizieren, das heißt

- die versicherte Person kann elementare Bedürfnisse nur noch durch nonverbale Reaktionen (wie Mimik, Gestik, Lautäußerungen) mitteilen

oder

- die versicherte Person äußert von sich aus keine elementaren Bedürfnisse und
- die versicherte Person antwortet auf Ansprache/Fragen lediglich mit wenigen Worten oder sie weicht im Gespräch in aller Regel vom Gesprächsinhalt ab und
- die versicherte Person zeigt keine Eigeninitiative zur Kontaktaufnahme zu Personen innerhalb und außerhalb des direkten Umfeldes und benötigt personelle Unterstützung während der Kontaktaufnahme, zum Beispiel bei der Nutzung von Kommunikationshilfen (wie Telefon bedienen/halten, Brief- oder Mailkontakt).

h) Denkvermögen

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person sich ihrer selbst und ihrer Umgebung nicht mehr bewusst ist, das heißt die versicherte Person benötigt den ganzen Tag Hilfe in Form von Erinnern und/oder Auffordern

- beim Treffen geeigneter Entscheidungen zur eigenen Sicherheit und zum Wohlbefinden und beim Ausführen und Steuern von Alltagshandlungen, da sie die Reihenfolge einzelner Handlungsschritte oder einzelne, notwendige Schritte regelmäßig vergisst und
- beim Planen und Strukturieren des Tagesablaufs und über den Tag hinaus und bei der Auswahl und Durchführung von Freizeitaktivitäten

oder die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage,

- Personen aus dem näheren Umfeld (wie Familienangehörige) zu erkennen und sich an kurz zurückliegende Ereignisse oder Beobachtungen zu erinnern und
- sich in ihrer gewohnten häuslichen und außerhäuslichen Umgebung zurecht zu finden und dortige Risiken und Gefahren zu erkennen und
- sich auch unter Nutzung äußerer Orientierungshilfen zeitlich zu orientieren und Tageszeiten mit regelmäßigen Ereignissen (wie Mittagessen) zu erkennen und
- einfache Sachverhalte, Informationen sowie Aufforderungen zu verstehen, wenn diese nicht wiederholt und erläutert werden.

i) Umgang mit Emotionen

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr alleine mit Emotionen, Wahrnehmungen, Gefühlen sowie Risiken und Gefahren umgehen kann. Dies ist der Fall, wenn die versicherte Person mindestens zweimal wöchentlich

- Hilfe einer anderen Person beim Einschlafen, Weiter-schlafen und bei der Bewältigung von motorisch geprägten Verhaltensauffälligkeiten (wie ständiges Aufstehen, zielloses Umhergehen) benötigt oder
- verbal oder physisch aggressiv gegenüber sich selbst, anderen Personen oder Gegenständen wird und Unterstützung (wie bei der Körperpflege, der Nahrungsaufnahme) ablehnt oder
- unter Angstattacken und Wahnvorstellungen leidet, d. h., sie fühlt sich verfolgt/bedroht/bestohlen und hat starke Ängste oder Sorgen oder
- antriebslos und schwer depressiv ist, d. h., sie bringt keine Eigeninitiative für Aktivitäten oder Kommunikation auf, wirkt traurig und/oder apathisch.

(15) Vorübergehende akute Erkrankungen und vorübergehende Besserungen bleiben bei der Bewertung, ob Pflegebedürftigkeit gemäß der Absätze (10) bis (14) vorliegt, unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

§ 4 Welche Leistungen erbringen wir bei Arbeitsunfähigkeit?

Haben Sie die Tarife IGA oder IGAW vereinbart, so gelten folgende Bedingungen:

Unsere Leistung bei Arbeitsunfähigkeit

(1) Wird die →versicherte Person während der →Versicherungsdauer arbeitsunfähig (vgl. § 5), erbringen wir für die in Absatz (5) genannte Dauer die folgenden Leistungen:

- a) **Rentenzahlung (Tarife IGA, IGAW):** Wir zahlen die vereinbarte →Arbeitsunfähigkeitsrente monatlich im Voraus.
- b) **Rentenzahlung mit garantierter Rentensteigerung (Tarif IGAW):** Im Tarif IGAW ist eine Rentenzahlung mit garantierter Rentensteigerung vereinbart, das heißt im Leistungsfall erhöht sich die Auszahlung der vereinbarten Arbeitsunfähigkeitsrente gemäß Buchstabe a) jährlich um 2 % (→Leistungsdynamik). Die Erhöhungen im Leistungsfall erfolgen jeweils am →Versicherungstichtag. Die erste Erhöhung im Leistungsfall erfolgt am auf den Beginn des Leistungsanspruchs folgenden Versicherungstichtag zeitanteilig, das heißt das Verhältnis der ersten Erhöhung zu 2 % ist gleich dem Verhältnis der zurückgelegten Zeit seit Leistungsbeginn zu einem Jahr.
- c) **Befreiung von der Beitragszahlungspflicht:** Während der Dauer der →Arbeitsunfähigkeit, müssen Sie keine Beiträge bezahlen.

(2) Wenn wir Leistungen wegen des Verlusts einer →Grundfähigkeit gemäß § 2 erbringen, besteht kein Anspruch auf Leistungen wegen →Arbeitsunfähigkeit. Ein gleichzeitiger Bezug von Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit und Leistungen wegen des Verlusts einer Grundfähigkeit ist ausgeschlossen.

Beginn des Leistungsanspruchs aufgrund Arbeitsunfähigkeit

(3) Der Anspruch auf Leistungen wegen →Arbeitsunfähigkeit entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Arbeitsunfähigkeit gemäß § 5 eingetreten ist.

Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Grundfähigkeitsversicherung (Druckstück L-3-33-2022.B1)

Seite 7 von 29

Fortbestand des Leistungsanspruchs aufgrund Arbeitsunfähigkeit

(4) Arbeitsunfähigkeit gemäß § 5 besteht solange fort, wie der →versicherten Person eine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit ärztlich bescheinigt wird.

Ende des Leistungsanspruchs aufgrund Arbeitsunfähigkeit

(5) Der Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit endet, wenn,

- eine Arbeitsunfähigkeit gemäß § 5 nicht mehr vorliegt, also insbesondere wenn der →versicherten Person keine ärztlichen Bescheinigungen mehr über das Bestehen einer Arbeitsunfähigkeit ausgestellt werden oder
- wir Leistungen wegen des Verlusts einer →Grundfähigkeit nach § 2 Abs. (1) erbringen oder
- die versicherte Person stirbt oder
- die vereinbarte →Leistungsdauer abläuft,

jedoch spätestens mit Ablauf des 24. Monats nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit.

Arbeitsversuche im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung gemäß § 74 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) stellen keine Unterbrechung der Arbeitsunfähigkeit dar.

(6) Endet der Anspruch auf Leistungen wegen →Arbeitsunfähigkeit vor Ablauf der →Versicherungsdauer, wird der Vertrag wieder beitragspflichtig fortgesetzt.

Beim Tarif IGAW (vgl. Absatz (1) Buchstabe b)) werden garantierte Rentensteigerungen bei erneuter Arbeitsunfähigkeit oder bei Verlust einer →Grundfähigkeit nicht angerechnet, sondern beginnen wieder von Neuem.

(7) Kommt während einer Leistungspflicht wegen →Arbeitsunfähigkeit eine weitere Gesundheitsstörung hinzu, führt dies weder zu einer höheren Leistung noch zu einer Verlängerung des Anspruchs auf Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit. Wird die →versicherte Person nach dem Ende einer Leistungspflicht wegen Arbeitsunfähigkeit erneut gemäß § 5 arbeitsunfähig, entsteht ein neuer Anspruch auf die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit nur dann, wenn die versicherte Person bei Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit drei Monate ununterbrochen nicht arbeitsunfähig war und auch keine →Grundfähigkeit verloren hat. In diesem Fall beginnt der maximale Leistungszeitraum in Höhe von 24 Monaten gemäß Absatz (5) von Neuem.

Zusammenwirken von Arbeitsunfähigkeit und Verlust einer Grundfähigkeit

(8) Erbringen wir Leistungen aufgrund des Verlusts einer →Grundfähigkeit rückwirkend für einen bestimmten Zeitraum, werden diese mit den in diesem Zeitraum erbrachten Leistungen wegen →Arbeitsunfähigkeit verrechnet. Der Bezug von gleichzeitigen Leistungen wegen des Verlusts einer Grundfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit ist daher ausgeschlossen.

(9) Leistungen wegen des Verlusts einer →Grundfähigkeit erbringen wir nicht automatisch, wenn die Leistungen wegen →Arbeitsunfähigkeit nach 24 Monaten enden. Leistungen wegen des Verlusts einer Grundfähigkeit müssen Sie getrennt beantragen. Dies können Sie gleichzeitig mit der Beantragung von Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit tun oder zu einem späteren Zeitpunkt.

§ 5 Was ist Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

Arbeitsunfähigkeit, die vier Monate bestanden hat und voraussichtlich mindestens zwei weitere Monate dauern wird

(1) Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn der →versicherten Person ärztlich bescheinigt wird, dass sie seit mindestens vier Monaten ununterbrochen arbeitsunfähig ist.

Außerdem muss ein Facharzt der entsprechenden Fachrichtung bescheinigen, dass die versicherte Person voraussichtlich ununterbrochen bis zum Ende eines insgesamt sechsmonatigen Zeitraums arbeitsunfähig sein wird.

Arbeitsunfähigkeit, die mindestens sechs Monate bestanden hat

(2) Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt auch vor, wenn der →versicherten Person ärztlich bescheinigt wird, dass sie seit sechs Monaten ununterbrochen arbeitsunfähig ist.

Hierbei muss eine der Bescheinigungen durch einen Facharzt der entsprechenden Fachrichtung ausgestellt worden sein.

Nachweise der Arbeitsunfähigkeit

(3) Die Bescheinigungen müssen den aktuellen in Deutschland gültigen Bestimmungen und Richtlinien der Krankenkassen und in ihrer Form § 5 Entgeltfortzahlungsgesetz (EntgFG) entsprechen. Wenn die →versicherte Person kein Arbeitnehmer ist, genügt ein entsprechendes ärztliches Attest. Das gilt zum Beispiel für Beamte, Selbstständige, Studenten, Schüler und Hausfrauen/-männer.

Die weiteren Bestimmungen für den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit der →versicherten Person erfahren Sie in § 18.

§ 6 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Der Verlust von →Grundfähigkeiten aufgrund von psychischen oder psychosomatischen Beeinträchtigungen kommt als Ursache grundsätzlich nicht in Betracht, vgl. § 3 Abs. (6) und (7).

(2) Weiterhin besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Verlust einer →Grundfähigkeit oder die →Arbeitsunfähigkeit verursacht ist:

- a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegereignisse.

Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht entfällt, wenn der Versicherungsfall in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen eintritt, denen die →versicherte Person während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

- b) durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.

- c) unmittelbar oder mittelbar durch die Teilnahme an mandatierten Missionen der Vereinten Nationen, Einsätzen im Rahmen von Bündnisverpflichtungen oder Einsätzen unter Führung überstaatlicher Institutionen und Einrichtungen sowie Auslandseinsätzen unter nationaler Verantwortung mit vergleichbarem Gefährdungspotential. Dieser Ausschluss gilt für Angehörige der deutschen Bundeswehr oder anderer staatlich organisierter Kriseneinsatzkräfte wie beispielsweise der Polizei des Bundes oder der Länder, es sei denn es existiert eine

Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Grundfähigkeitsversicherung (Druckstück L-3-33-2022.B1)

Seite 8 von 29

anderweitige ausdrückliche schriftliche Vereinbarung mit uns. Die Verwendung für humanitäre Hilfsdienste und Hilfeleistungen im Ausland ist von dieser Einschränkung der Leistungspflicht nicht erfasst, sofern die versicherte Person dabei nicht in bewaffnete Unternehmungen einbezogen ist.

- d) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person. Verkehrsdelikte und fahrlässige Verstöße sind von diesem Ausschluss nicht betroffen.
- e) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten.
- f) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als →Versicherungsnehmer oder mit der der Begünstigte vorsätzlich den Verlust einer →Grundfähigkeit oder die Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben beziehungsweise hat.
- g) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass es zu deren Abwehr und Bekämpfung des Einsatzes der Katastrophenschutzbehörde der Bundesrepublik Deutschland oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf.
- h) 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 mit dem Einsatz oder dem Freisetzen eine nicht vorhersehbare Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen derart verbunden ist, dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.

Wir leisten jedoch in den Fällen g) und h) uneingeschränkt, wenn es sich um ein räumlich und zeitlich begrenztes Ereignis handelt, bei dem nicht mehr als 1.000 Menschen unmittelbar sterben oder voraussichtlich mittelbar innerhalb von fünf Jahren nach dem Ereignis sterben oder dauerhaft schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen erleiden werden. Die Voraussetzungen einer uneingeschränkten Leistungspflicht werden wir innerhalb von sechs Monaten seit dem Ereignis von einem unabhängigen Gutachter prüfen und gegebenenfalls bestätigen lassen. Ansprüche auf die uneingeschränkte Versicherungsleistung werden frühestens nach Ablauf dieser Frist fällig.

§ 7 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 (vorvertragliche Anzeigepflicht). Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind. Darunter fallen

insbesondere Fragen nach gegenwärtigen und früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden sowie Ihre Angaben zum Beruf.

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

(2) Soll eine andere Person für den Fall des Verlusts einer →Grundfähigkeit versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – zu wahrheitsgemäßer und vollständiger 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 (beispielsweise 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 Betrag gemäß § 27 Abs. (7) bis (10); die Regelung des § 27 Abs. (7) Satz 3 bis 5 gilt nicht. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Grundfähigkeitsversicherung (Druckstück L-3-33-2022.B1)

Seite 9 von 29

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.

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

(10) Wenn wir den Vertrag kündigen, zahlen wir den Betrag gemäß § 27 Abs. (7) bis (10); die Regelung des § 27 Abs. (7) Satz 3 bis 5 gilt nicht. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Vertragsänderung

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

(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) Von unserem Recht auf Kündigung gemäß Absatz (8) beziehungsweise Vertragsanpassung gemäß Absatz (11) werden wir keinen Gebrauch machen, wenn gefahrerhebliche Umstände unverschuldete nicht angezeigt wurden.

(17) Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss 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

(18) 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 der Versicherung

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

Erklärungsempfänger

(20) 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.

§ 8 Wie sind Sie an der Wertentwicklung der Investmentfonds beteiligt?

(1) Die fondsgebundene Grundfähigkeitsversicherung bietet Versicherungsschutz unter unmittelbarer Beteiligung an der Wertentwicklung von ausgewählten Investmentfonds. Das Vermögen der Investmentfonds wird gesondert und überwiegend in Wertpapieren angelegt und ist jeweils in Anteilseinheiten aufgeteilt. Die Vermögensentwicklung von Investmentfonds ist nicht voraussehbar. Sie profitieren von einer Wertsteigerung der Anteilseinheiten der Investmentfonds, tragen aber andererseits das Risiko einer Wertminderung und damit das Risiko einer vorzeitigen Beendigung des Versicherungsschutzes, vgl. § 9 Abs. (2).

Basket

(2) Sie haben die Möglichkeit, eine →Fondszusammenstellung (Basket) zu wählen. Eine Fondszusammenstellung ist dabei eine Zusammenstellung von Investmentfonds beziehungsweise von →Anlagestrategien (vgl. Absatz (8)).

Der Anlage „Die von uns zu Ihrem Tarif angebotenen Fondszusammenstellungen (Baskets)“ können Sie die angebotenen Baskets und die enthaltenen Investmentfonds und Anlagestrategien sowie den jeweiligen Anteil entnehmen. Den individuell für Ihren Vertrag ausgewählten Basket und die darin enthaltenen Investmentfonds beziehungsweise Anlagestrategien entnehmen Sie Ihrem Antrag beziehungsweise Ihrem →Versicherungsschein.

Vertragsguthaben

(3) Ihre fondsgebundene Grundfähigkeitsversicherung ist mit dem →Vertragsguthaben an der Wertentwicklung der in Ihrem →Basket

Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Grundfähigkeitsversicherung (Druckstück L-3-33-2022.B1)

Seite 10 von 29

enthaltenen Investmentfonds beziehungsweise →Anlagestrategien beteiligt. Das Vertragsguthaben setzt sich aus dem →Fondsguthaben gemäß Absatz (4) und dem gegebenenfalls vorhandenen →Schlussüberschussguthaben gemäß Absatz (5) zusammen und wird in Anteilseinheiten geführt.

(4) Ihre Beiträge und einmalige Zahlungen (Zuzahlungen) gemäß § 10 Abs. (6) werden, soweit sie nicht zur Deckung von Kosten bestimmt sind, in die im gewählten →Basket enthaltenen Investmentfonds beziehungsweise →Anlagestrategien investiert und bilden damit das →Fondsguthaben. Dem Fondsguthaben werden Beträge zur Deckung von Kosten und Risikobeiträge (vgl. § 24 Abs. (3)) entnommen. Gegebenenfalls anfallende Überschüsse (vgl. § 11) werden in das Fondsguthaben investiert. Der Gegenwert des Fondsguthabens wird entsprechend § 125 Abs. 5 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) in der hierfür zu bildenden Abteilung des Sicherungsvermögens (Anlagestock) der Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG angelegt.

(5) In das →Schlussüberschussguthaben werden gegebenenfalls anfallende Schlussüberschussanteile investiert und Beträge zur Deckung der Kosten entnommen. Das Schlussüberschussguthaben steht zur Deckung von Schwankungen im Zins-, Risiko- und Kostenverlauf zur Verfügung und kann damit gegebenenfalls nachträglich gekürzt werden oder entfallen. Erst zum Vertragsende haben Sie Anspruch auf das Schlussüberschussguthaben, dessen Höhe deshalb nicht garantiert werden kann. Nähere Informationen zum Schlussüberschuss entnehmen Sie § 11 Abs. (9).

(6) Der Wert des →Vertragsguthabens Ihrer Versicherung ermittelt sich für jeden Investmentfonds durch Multiplikation der Ihnen gutgeschriebenen Anteilseinheiten mit dem am jeweiligen Stichtag ermittelten Wert einer Anteilseinheit (vgl. Absatz (7)).

(7) Der Wert einer Anteilseinheit ist der Rücknahmepreis des entsprechenden Investmentfonds beziehungsweise der entsprechenden →Anlagestrategie gemäß Absatz (9) zum Stichtag.

Bei Investmentfonds, die in der Regel ausschließlich über eine Börse gehandelt werden (ETF), entspricht der Wert einer Anteilseinheit dem für unseren Handel maßgeblichen Börsenkurs zum Stichtag. Sie können die Rücknahmepreise beziehungsweise Börsenkurse der Investmentfonds und Anlagestrategien dem Internet entnehmen.

Anlagestrategien

(8) Sofern in Ihrem →Basket eine →Anlagestrategie enthalten ist, beauftragen Sie die Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG, für Sie die Anlageentscheidung entsprechend dieser Anlagestrategie zu übernehmen. In diesem Fall erfolgt die Auswahl der Investmentfonds, die Festlegung ihres Verhältnisses zueinander sowie die Vornahme von Umschichtungen durch eine von uns beauftragte Kapitalanlage- oder Vermögensverwaltungsgesellschaft. Welche Gesellschaft dies ist, können Sie Ihrer jährlichen Mitteilung gemäß § 32 entnehmen. Für die Ausübung des Managements erheben wir Kosten. Wichtige Hinweise hierzu entnehmen Sie der Anlage „Die von uns zu Ihrem Tarif angebotenen Fondszusammenstellungen (Baskets)“. Die einzelnen Anlagestrategien werden in Anteilseinheiten verwaltet, welche wiederum aus Anteilseinheiten der Investmentfonds gemäß Festlegung bestehen.

(9) Wir ermitteln für jede →Anlagestrategie täglich einen Rücknahmepreis pro Anteilseinheit, der sich aus den Rücknahmepreisen der einzelnen Investmentfonds entsprechend der Fondszusammensetzung in der jeweiligen Anlagestrategie errechnet.

§ 9 Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz

Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie den Vertrag mit uns abgeschlossen haben. Jedoch besteht vor dem im →Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn kein Versicherungsschutz. Allerdings kann unsere Leistungspflicht entfallen, wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen (vgl. § 25 Abs. (2) und (3) sowie § 26).

Ende des Versicherungsschutzes

(2) Die Vermögensentwicklung von Investmentfonds ist nicht voraussehbar. Daher können die vereinbarten Leistungen nur bedingt garantiert werden. Dies bedeutet, dass der Vertrag vorzeitig endet, falls das →Vertragsguthaben und die eingehenden Beiträge nicht mehr ausreichen, den Vertrag für die nächsten drei Monate aufrecht zu erhalten, das heißt die fälligen Risiko- und Kostenbeiträge zu finanzieren (auflösende Bedingung).

Sollte Ihr Vertrag von der auflösenden Bedingung betroffen sein, werden wir Sie anschreiben und Ihnen Vorschläge zur Vertragsverlängerung unterbreiten. Stimmen Sie diesen nicht innerhalb einer Frist von einem Monat zu, dann endet Ihr Vertrag mit Ablauf dieser Frist.

(3) Einmal anerkannte →Grundfähigkeitsrenten beziehungsweise →Arbeitsunfähigkeitsrenten bleiben bezüglich der Höhe für die gesamte Dauer des Leistungsanspruchs (vgl. § 2 Abs. (3) beziehungsweise § 4 Abs. (5)), längstens bis zum Ende der vereinbarten →Leistungsdauer garantiert.

§ 10 Finanzierbarkeitsprüfung

Planmäßige Finanzierbarkeitsprüfungen

(1) In regelmäßigen Abständen prüfen wir, ob die bedingt garantierten Leistungen (vgl. § 9 Abs. (2)) aufrechterhalten werden können. Dabei überprüfen wir, ob die noch zu zahlenden Beiträge und der aktuelle Stand des →Vertragsguthabens voraussichtlich ausreichen, um die Risiko- und Kostenbeiträge aller vereinbarten Leistungen zu decken. Bei der Überprüfung berücksichtigen wir das vorhandene Vertragsguthaben, Ihren zu zahlenden Beitrag und Annahmen zu Wertentwicklung und Überschussbeteiligung.

(2) Ergibt eine Überprüfung, dass Beitrag und →Vertragsguthaben insbesondere aufgrund der zu erwartenden Wertentwicklung der Fonds mit großer Wahrscheinlichkeit nicht ausreichen, um den Vertrag bis zum Ende der →Versicherungsdauer aufrechtzuerhalten, informieren wir Sie. In dieser Information teilen wir Ihnen mit, welche Anpassungsmöglichkeiten bestehen. Sofern Sie keine Veränderungen vornehmen, verbleibt der Vertrag zunächst in seinem bisherigen Stand. § 9 Abs. (2) bleibt unberührt.

Außerplanmäßige Finanzierbarkeitsprüfungen

(3) Neben den planmäßigen Finanzierbarkeitsprüfungen gemäß Absatz (1), überprüfen wir insbesondere zu folgenden Anlässen Ihren zu zahlenden Beitrag und unterbreiten Ihnen unter Umständen ein neues Angebot mit einem neuen Beitrag oder einer einmaligen Zahlung (Zuzahlung) gemäß Absatz (6):

- im Falle einer auflösenden Bedingung gemäß § 9 Abs. (2)
- bei Verlängerung der →Versicherungsdauer gemäß § 13

Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Grundfähigkeitsversicherung (Druckstück L-3-33-2022.B1)

Seite 11 von 29

- bei einer Neuberechnung des Beitrags nach Inanspruchnahme einer Überbrückungsmöglichkeit, vgl. § 16
- bei Wiederaufnahme der Beitragszahlung nach Beitragsfreistellung gemäß § 28 Abs. (5)
- bei Reaktivierung nach einem Leistungsfall
- wie wir mit diesen Überschüssen verfahren (vgl. Absatz (4)) und
- wie →Bewertungsreserven entstehen und wie wir diese zuordnen (vgl. Absatz (5)).

Die Berechnung erfolgt nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik unter Berücksichtigung des vorhandenen →Vertragsguthabens und unter Annahmen an die Wertentwicklung und die Überschussbeteiligung. Unter diesen Voraussetzungen können die Kosten und Risikobeiträge dann finanziert werden.

(4) Möchten Sie Ihre Versicherungsleistungen reduzieren, um einer eventuellen Erhöhung des Beitrags entgegenzuwirken, beachten Sie in diesem Zusammenhang die Möglichkeit der Teilkündigung, vgl. § 27.

Von Ihnen veranlasste Beitragsüberprüfungen

(5) Nach Ablauf der Hälfte der →Versicherungsdauer können Sie einmal im →Versicherungsjahr Ihren Beitrag überprüfen lassen. Dabei wird der Beitrag nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik unter Berücksichtigung des dann aktuellen →Vertragsguthabens und der dann festgelegten Überschussätze neu kalkuliert. Der Beitrag kann sich dabei erhöhen oder reduzieren. Die Beitragsänderung wird wirksam, wenn Sie unserem Angebot mit einer Frist von einem Monat zustimmen.

Einmalige Zahlungen

(6) Anstelle einer Erhöhung des Beitrags können wir Ihnen bei den Überprüfungen gemäß der Absätze (1), (3) beziehungsweise (5) ein Angebot machen, wie Sie alternativ eine einmalige Zahlung (Zuzahlung) leisten können.

§ 11 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

Überschussermittlung

(1) Sie erhalten gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) eine Überschussbeteiligung. Diese umfasst eine Beteiligung an den Überschüssen und gegebenenfalls auch an den →Bewertungsreserven. Die Überschüsse und die Bewertungsreserven ermitteln wir nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches (HGB) und veröffentlichen sie jährlich im Geschäftsbericht. Wir erläutern Ihnen,

- wie wir die Überschussbeteiligung für die →Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit ermitteln (vgl. Absätze (2) bis (5)),
- wie die Überschussbeteiligung Ihres konkreten Vertrags erfolgt (vgl. Absätze (6) bis (10)),
- warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren können (vgl. Absatz (11)).

Ermittlung der Überschussbeteiligung für die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit

(2) Nachfolgend erklären wir Ihnen

- aus welchen Quellen die Überschüsse stammen (vgl. Absatz (3)),

Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrages an den Überschüssen und den Bewertungsreserven ergeben sich hieraus noch nicht.

Überschussquellen

(3) Überschüsse können aus drei verschiedenen Quellen entstehen:

- den Kapitalerträgen (vgl. Buchstabe a)),
- dem Risikoergebnis (vgl. Buchstabe b)) und
- dem übrigen Ergebnis (vgl. Buchstabe c)).

Wir beteiligen unsere →Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit an diesen Überschüssen; dabei beachten wir die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) in der jeweils geltenden Fassung.

a) Kapitalerträge

Das →Vertragsguthaben ist entsprechend § 125 Abs. 5 VAG in der hierfür zu bildenden Abteilung des Sicherungsvermögens (Anlagestock) der Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG angelegt. Deshalb erhält Ihr Vertrag in der Zeit, in welcher Sie keine Leistungen beziehen, keine Überschüsse aus den Erträgen unserer Kapitalanlage.

Im Leistungsfall wird nach den anerkannten Mitteln der Versicherungsmathematik eine Rückstellung für die Leistungszahlungen gebildet und der Wert in den sonstigen Kapitalanlagen innerhalb des Sicherungsvermögens der Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG angelegt, so dass Überschüsse aus den Kapitalerträgen entstehen können. Von den Nettoerträgen der nach der Mindestzuführungsverordnung maßgeblichen Kapitalanlagen erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den dort genannten prozentualen Anteil. In der derzeitigen Fassung der Verordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben. Aus diesem Betrag werden zunächst die Mittel entnommen, die für die garantierten Leistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer.

b) Risikoergebnis

In der Grundfähigkeitsversicherung ist der wichtigste Einflussfaktor auf die Überschüsse vor Eintritt des Verlusts einer →Grundfähigkeit beziehungsweise einer →Arbeitsunfähigkeit die Entwicklung der versicherten Risiken. Überschüsse entstehen, wenn die Aufwendungen für das Risiko des Verlusts einer Grundfähigkeit beziehungsweise des Arbeitsunfähigkeitsrisikos sich günstiger entwickeln als bei der Tarifikalkulation zugrunde gelegt. In diesem Fall müssen wir weniger Renten als ursprünglich angenommen zahlen und können daher die Versicherungsnehmer an dem entstehenden Risikoergebnis beteiligen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 90 % beteiligt.

c) Übriges Ergebnis

Am übrigen Ergebnis werden die Versicherungsnehmer nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung

Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Grundfähigkeitsversicherung (Druckstück L-3-33-2022.B1)

Seite 12 von 29

grundsätzlich zu mindestens 50 % beteiligt. Überschüsse aus dem übrigen Ergebnis können beispielsweise in folgenden Fällen entstehen:

- niedrigere Kosten als angenommen:
Da wir die zukünftige Entwicklung der Kosten nicht vorhersehen können, legen wir bei der Tarifikalkulation vorsichtige Annahmen über die Kostenentwicklung zu Grunde. Im Falle einer tatsächlich positiveren Kostenentwicklung als angenommen entstehen Kostenüberschüsse.
- Rückflüsse von Fondsgesellschaften:
Die Kapitalverwaltungsgesellschaften der von uns in der fondsgebundenen Versicherung angebotenen oder der innerhalb der →Anlagestrategien ausgewählten Investmentfonds entnehmen dem jeweiligen Fondsvermögen eine Verwaltungsvergütung. Die Höhe der Verwaltungsvergütung können Sie aus dem Verkaufsprospekt der jeweiligen Investmentfonds ersehen. Wir erhalten einen Anteil von bis zu 60 % an der Verwaltungsvergütung der Investmentfondsanteile des von uns gehaltenen Depotbestands als Rückvergütung. Diese Rückvergütung trägt zur Erhöhung unseres Kostenüberschusses bei.

Überschussverwendung

(4) Die auf die →Versicherungsnehmer entfallenden Überschüsse führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu oder schreiben sie unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungsverträgen gut (Direktgutschrift).

Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dient dazu, Schwankungen der Überschüsse auszugleichen. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 140 Absatz (1) des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen. Dies dürfen wir, soweit die Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 140 Absatz (1) VAG können wir im Interesse der →versicherten Person die Rückstellung für Beitragsrückerstattung heranziehen, um:

- einen drohenden Notstand abzuwenden,
- unvorhersehbare Verluste aus den überschussberechtigten Verträgen auszugleichen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder
- die →Deckungsrückstellung zu erhöhen, wenn die →Rechnungsgrundlagen auf Grund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen.

Wenn wir die Rückstellung für Beitragsrückerstattung zum Verlustausgleich oder zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen, belasten wir die Versichertenbestände verursachungsorientiert.

Entstehung von Bewertungsreserven

(5) →Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen im Geschäftsbericht ausgewiesen sind. Soweit Bewertungsreserven überhaupt entstehen, ermitteln wir deren Höhe jährlich neu und ordnen den ermittelten Wert den Verträgen anteilig rechnerisch zu.

Überschussbeteiligung Ihres Vertrags

Bildung von Bestandsgruppen und Bestandsklassen

(6) Wir haben gleichartige Versicherungen zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen. Darüber hinaus unterteilen wir die Bestandsgruppen nach jeweils engeren Gleichartigkeitskriterien in Bestandsklassen. Die Überschüsse verteilen wir auf die einzelnen Bestandsklassen nach einem verursachungsorientierten Verfahren und zwar in dem Maß, wie die Bestandsklassen zur Entstehung von Überschüssen beigetragen haben.

Hat eine Bestandsklasse nicht zur Entstehung von Überschüssen beigetragen, bekommt sie keine Überschüsse zugewiesen.

Ihr Vertrag erhält Anteile an den Überschüssen derjenigen Bestandsklasse, die in Ihrem →Versicherungsschein genannt ist. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze legen wir jedes Jahr fest.

Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Diesen können Sie bei uns anfordern.

Verteilung und Zuordnung der Bewertungsreserven

(7) Das Verfahren für die Verteilung und Zuordnung der →Bewertungsreserven wird vom Vorstand festgelegt, ist verursachungsorientiert und entspricht den gesetzlichen Regelungen. Es kann modifiziert werden, wenn sich die gesetzlichen Regelungen ändern, die Aufsicht oder die höchstrichterliche Rechtsprechung Änderungen verlangen oder Änderungen aufgrund von Entwicklungen an den Kapitalmärkten oder der internen Kapitalanlagestrukturen notwendig erscheinen. Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

Bei Grundfähigkeitsversicherungen erfolgt in der Regel keine Beteiligung an den Bewertungsreserven.

Überschussystem außerhalb des Leistungsbezugs

(8) Beitragspflichtige Versicherungen erhalten nach einer Wartezeit vorschüssig einen Kostenüberschuss in Prozent der vereinbarten Beitragsrate, welcher mit den fälligen Kosten verrechnet wird. Die Wartezeit ergibt sich abhängig von der Beitragszahlungsdauer aus folgender Tabelle:

**Allgemeine Bedingungen für die
fondsgebundene Grundfähigkeitsversicherung
(Druckstück L-3-33-2022.B1)**

<u>Beitragszahlungs- dauer</u>	<u>Wartezeit für Tarif</u> IGR, IGW, IGA, IGAW	<u>Wartezeit für Tarif</u> IGR/G, IGW/G, IGA/G, IGAW/G	<u>Wartezeit für Tarif</u> IGR/H, IGW/H, IGA/H, IGAW/H
bis 6 Jahre	3 Jahre	3 Jahre	3 Jahre
7 oder 8 Jahre	4 Jahre	4 Jahre	3 Jahre
9 oder 10 Jahre	5 Jahre	4 Jahre	3 Jahre
11 oder 12 Jahre	6 Jahre	4 Jahre	3 Jahre
13 bis 24 Jahre	7 Jahre	4 Jahre	3 Jahre
25 oder 26 Jahre	8 Jahre	4 Jahre	3 Jahre
27 Jahre	9 Jahre	4 Jahre	3 Jahre
28 Jahre	10 Jahre	5 Jahre	3 Jahre
29 Jahre	11 Jahre	6 Jahre	3 Jahre
30 bis 35 Jahre	12 Jahre	7 Jahre	3 Jahre
36 Jahre	13 Jahre	8 Jahre	3 Jahre
37 Jahre	14 Jahre	9 Jahre	4 Jahre
38 Jahre	15 Jahre	10 Jahre	5 Jahre
39 bis 41 Jahre	16 Jahre	11 Jahre	6 Jahre
42 oder 43 Jahre	17 Jahre	12 Jahre	7 Jahre
44 bis 54 Jahre	18 Jahre	13 Jahre	8 Jahre
55 Jahre	19 Jahre	14 Jahre	9 Jahre
56 Jahre	20 Jahre	15 Jahre	10 Jahre
57 Jahre	21 Jahre	16 Jahre	11 Jahre
ab 58 Jahre	22 Jahre	17 Jahre	12 Jahre

Wird das vorhandene →Fondsguthaben gemäß § 15 vollständig oder teilweise in einen oder mehrere andere Fonds übertragen, wird auch das Schlussüberschussguthaben entsprechend übertragen.

Überschussystem während des Leistungsbezugs

(10) Tritt unsere Leistungspflicht ein, dann erhält die Versicherung für die Zeit, in der eine →Grundfähigkeitsrente beziehungsweise →Arbeitsunfähigkeitsrente gezahlt wird, Überschussanteile in Prozent des gewinnberechtigten →Deckungskapitals. Diese werden ausschließlich zur Erhöhung der Grundfähigkeitsrente beziehungsweise Arbeitsunfähigkeitsrente verwendet.

Höhe der Überschussbeteiligung ist nicht garantiert

(11) Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor ist die Entwicklung des Risikos des Verlusts einer →Grundfähigkeit und des Arbeitsunfähigkeitsrisikos. Aber auch die Entwicklung der Kosten und des Kapitalmarkts ist von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch Null Euro betragen. Über die Entwicklung Ihrer Überschussbeteiligung werden wir Sie jährlich unterrichten.

Falls der Leistungsfall noch nicht eingetreten ist, entstehen außerdem monatlich Überschüsse in Prozent des monatlichen Risikobeitrags für das Risiko des Verlusts einer →Grundfähigkeit und Arbeitsunfähigkeitsrisiko. Diese Überschüsse werden mit den Risikobeiträgen verrechnet.

(9) Ferner können Schlussüberschussanteile entstehen, die der Anfinanzierung des →Schlussüberschussguthabens dienen.

Bei beitragspflichtigen Versicherungen können nach einer Wartezeit gemäß der Tabelle in Absatz (8) vorschüssig Schlussüberschussanteile in Prozent der vereinbarten Beitragsrate entstehen.

Falls der Leistungsfall noch nicht eingetreten ist, können außerdem monatlich Schlussüberschussanteile in Prozent des monatlichen Risikobeitrags für das Risiko des Verlusts einer →Grundfähigkeit und Arbeitsunfähigkeitsrisiko entstehen.

Die Schlussüberschussanteile, die zur Anfinanzierung des Schlussüberschussguthabens dienen, werden entsprechend der in Ihrem Tarif enthaltenen Fonds in die Schlussüberschussfonds investiert. Durch die Investition in die Schlussüberschussfonds nimmt der Schlussüberschuss an der Entwicklung der Investmentfonds teil.

In der Höhe des Schlussüberschusses ist die wirtschaftliche Situation des Unternehmens berücksichtigt. Diese Entwicklung kann positive, bei ungünstiger Entwicklung jedoch auch negative Werte annehmen. In diesem Fall kann sich der Schlussüberschuss vermindern.

Das Schlussüberschussguthaben steht zur Deckung von Schwankungen im Risiko-, Kosten-, und Zinsverlauf zur Verfügung und kann damit gegebenenfalls nachträglich gekürzt werden oder entfallen.

Erst bei Ablauf der →Versicherungsdauer haben Sie Anspruch auf das Schlussüberschussguthaben, dessen Höhe deshalb nicht garantiert werden kann. Im Falle der Kündigung kann der Wert des Schlussüberschussguthabens mit Hilfe eines Faktors, der die wirtschaftliche Situation des Unternehmens berücksichtigt, korrigiert werden.

Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Grundfähigkeitsversicherung (Druckstück L-3-33-2022.B1)

Seite 14 von 29

GESTALTUNGSMÖGLICHKEITEN

§ 12 Was gilt für die Nachversicherungsgarantie?

Anlassunabhängige Erhöhungsoption innerhalb der ersten fünf Versicherungsjahre

(1) Sie können verlangen, dass Ihre vereinbarte →Grundfähigkeitsrente einmal innerhalb der ersten fünf Jahre nach Versicherungsbeginn ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöht wird. Das Recht erlischt, wenn die →versicherte Person →rechnungsmäßig älter als 35 Jahre ist.

Die Inanspruchnahme der anlassunabhängigen Erhöhung ist ausgeschlossen, falls die versicherte Person in den vorangegangenen zwölf Monaten länger als 14 Kalendertage durchgehend krankgeschrieben war.

Erhöhungsoption bei speziellen Anlässen

(2) Eine Erhöhung ohne erneute Gesundheitsprüfung können Sie bis zum →rechnungsmäßigen Alter von 50 Jahren der →versicherten Person innerhalb von zwölf Monaten nach dem Eintritt folgender Anlässe der versicherten Person durchführen:

- a) Erreichen der Volljährigkeit,
 - b) Heirat,
 - c) Scheidung oder Aufhebung der Lebenspartnerschaft,
 - d) Geburt beziehungsweise Adoption eines Kindes,
 - e) Aufnahme einer selbstständigen hauptberuflichen Tätigkeit
 - in einem anerkannten Ausbildungsberuf oder
 - bei Vorliegen eines abgeschlossenen Studiums,
 - f) erstmalige Aufnahme einer Berufsausbildung oder eines staatlich anerkannten Studiums,
 - g) Abschluss einer akademischen Weiterqualifizierung (zum Beispiel Bachelor, Master, Staatsexamen, Promotion), sofern die versicherte Person eine der Weiterqualifizierung entsprechende berufliche Tätigkeit ausübt,
 - h) erfolgreicher Abschluss einer Meisterprüfung,
 - i) erfolgreicher Abschluss einer beruflichen Qualifikation für in einem Kammerberuf selbstständig Tätige (zum Beispiel Fachanwalt, Wirtschaftsprüfer, Facharzt),
 - j) Aufnahme eines Darlehens von mindestens 50.000 EUR zur Finanzierung im eigenen Unternehmen beziehungsweise zur Finanzierung einer selbst genutzten Wohnimmobilie,
 - k) Erwerb einer eigengenutzten Immobilie im Wert von mindestens 50.000 EUR,
 - l) Wegfall oder Kürzung (um mindestens 25 %) einer Berufsunfähigkeitsabsicherung aus einer berufsständischen Versorgung oder einer betrieblichen Altersversorgung,
 - m) Wegfall der Ansprüche auf Erwerbsminderungsrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung für Selbstständige,
 - n) Einkommenserhöhung der versicherten Person, die erstmalig zum Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung geführt hat,
- o) Erhöhung des regelmäßigen jährlichen Bruttoeinkommens der versicherten Person von mindestens 10 % aus nichtselbstständiger Tätigkeit durch einen Karrieresprung (zum Beispiel Beförderung, Gehaltserhöhung, Wechsel des Arbeitgebers),
 - p) nachhaltige Steigerung des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern der letzten drei Jahre bei Selbstständigen um mindestens 30 % im Vergleich zum durchschnittlichen Gewinn vor Steuern der drei davor liegenden Jahre.

Ein geeigneter Nachweis über das Vorliegen des speziellen Anlasses (zum Beispiel Geburtsurkunde des Kindes, Abschlusszeugnis) muss eingereicht werden.

Erhöhungsoption für Berufsanfänger

(3) Berufsanfänger können ihre versicherte →Grundfähigkeitsrente erhöhen, wenn alle folgenden Kriterien erfüllt sind:

- Die Erhöhung erfolgt innerhalb von zwölf Monaten nach erfolgreichem Abschluss der Ausbildung oder eines akademischen Abschlusses. Dazu muss ein Ausbildungsnachweis beziehungsweise ein Nachweis über den akademischen Abschluss vorgelegt werden.
- Es erfolgt die erstmalige Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit in einem dem akademischen Abschluss oder der Ausbildung entsprechenden Berufsbild.
- Das →rechnungsmäßige Alter zum Zeitpunkt der Erhöhung beträgt höchstens 35 Jahre.

Erhöhung der Arbeitsunfähigkeitsrente

(4) Erhöhen Sie Ihre →Grundfähigkeitsrente gemäß der Absätze (1) bis (3) und haben Sie Tarif IGA oder IGAW versichert, so erhöht sich die →Arbeitsunfähigkeitsrente um den gleichen Betrag.

Voraussetzungen und Ausschlüsse für die Inanspruchnahme der Nachversicherungsgarantie

(5) Bei Erhöhung der →Grundfähigkeitsrente gemäß der Absätze (1) bis (3) gelten folgende Voraussetzungen:

- a) die Erhöhung darf 100 % der zu Versicherungsbeginn vereinbarten Grundfähigkeitsrente nicht übersteigen,
- b) die →Jahresrente aus der jeweiligen Nachversicherung muss mindestens 600 EUR betragen,
- c) die Jahresrente aus der jeweiligen Nachversicherung darf bei Erhöhungen gemäß Absatz (1) oder (2) höchstens 6.000 EUR betragen,
- d) eine Erhöhung gemäß Absatz (1) und (2) ist nur möglich, sofern die gesamten Erhöhungen der Jahresrente aus allen Nachversicherungen für alle für die →versicherte Person bei uns bestehenden Grundfähigkeits- und Berufsunfähigkeitsversicherungen inklusive der beantragten Erhöhung höchstens 12.000 EUR betragen,
- e) eine Erhöhung gemäß Absatz (3) ist nur möglich, wenn die gesamte Jahresrente aus allen für die versicherte Person bei uns bestehenden Grundfähigkeits- und Berufsunfähigkeitsversicherungen nach einer Erhöhung
 - höchstens 30.000 EUR und
 - höchstens 200 % der aus diesem Vertrag zu Versicherungsbeginn vereinbarten Grundfähigkeitsrente

Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Grundfähigkeitsversicherung (Druckstück L-3-33-2022.B1)

Seite 15 von 29

beträgt,

- f) in den vergangenen sechs Monaten ist die Erhöhungsoption gemäß Absatz (1) bis (3) nicht genutzt worden,
- g) es muss eine angemessene Relation der gesamten versicherten Grundfähigkeitsrente zum Einkommen bestehen: Nach der Erhöhung dürfen maximal 60 % des letztjährigen Bruttoeinkommens (beziehungsweise des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern der letzten drei Jahre bei Selbstständigen) unter Berücksichtigung aller anderweitig bestehenden Grundfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Berufsunfähigkeitsversicherungen versichert sein. Ansprüche aus einer betrieblichen Altersversorgung, Basisrentenversorgung und aus Versorgungswerken werden gegebenenfalls nur anteilig berücksichtigt. Für die Überprüfung der Angemessenheit muss der geforderte Einkommensnachweis vorgelegt werden.

Der Antrag auf Nachversicherung muss in →Textform erfolgen.

(6) Die Inanspruchnahme der Nachversicherungsgarantie gemäß der Absätze (1) bis (3) ist ausgeschlossen, falls

- a) Ihre Versicherung aufgrund der Erhöhung einer anderen Versicherung oder durch Umwandlung oder Ersetzung einer anderen Versicherung ohne erneute Risikoprüfung zustande gekommen ist oder
- b) für die →versicherte Person bereits eine Erwerbsminderung, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit, eine Arbeitsunfähigkeit gemäß § 5, ein Verlust einer →Grundfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit festgestellt oder hierfür Leistungen beantragt wurden.

(7) Die Inanspruchnahme der Nachversicherungsgarantie kann dazu führen, dass wir für die Nachversicherung einen neuen, zum Zeitpunkt der Nachversicherung gültigen Tarif zugrunde legen, bei welchem die von uns zu erbringenden Leistungen bei Verlust einer →Grundfähigkeit und →Arbeitsunfähigkeit den gleichen Leistungsumfang im Vergleich zu Ihrem bisherigen Vertrag haben. Über die Verwendung eines neuen Tarifs werden wir Sie informieren.

Die Nachversicherung wird mit der ausstehenden Versicherungs-, und →Leistungsdauer der ursprünglichen Versicherung abgeschlossen. Die Nachversicherung umfasst die gleiche Art der Versicherungsleistung wie die ursprüngliche Versicherung. Etwaige in der bisherigen Versicherung vereinbarten Leistungseinschränkungen und Risikozuschläge gelten auch für die Nachversicherung. Die Erhöhung der Versicherungsleistung bewirkt eine Erhöhung des Beitrags.

§ 13 Wann können Sie die vereinbarte Dauer Ihrer Versicherung verlängern?

(1) Wenn die Regelaltersgrenze in der Deutschen Rentenversicherung erhöht wird, können Sie – unabhängig davon, ob die →versicherte Person in der Deutschen Rentenversicherung versichert ist – in →Textform beantragen, dass die →Versicherungsdauer Ihrer Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung verlängert wird.

Eine Verlängerung erfolgt höchstens um die Zeitspanne, um die sich die Regelaltersgrenze für die versicherte Person erhöht. Mit der Verlängerung der Versicherungsdauer verlängert sich die vereinbarte →Leistungsdauer entsprechend.

(2) Die Höhe der →Grundfähigkeitsrente und einer eventuell mitversicherten →Arbeitsunfähigkeitsrente bleibt unverändert bestehen.

Ab dem Zeitpunkt der Verlängerung legen wir den Beitrag bezogen auf die neue Versicherungs- und →Leistungsdauer nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu fest. Dies kann dazu führen, dass wir ab dem Zeitpunkt der Verlängerung einen neuen, zum Zeitpunkt der Verlängerung gültigen Tarif zugrunde legen, bei welchem die von uns zu erbringenden Leistungen bei Verlust einer →Grundfähigkeit und →Arbeitsunfähigkeit den gleichen Leistungsumfang im Vergleich zu Ihrem bisherigen Vertrag haben. Über die Verwendung eines neuen Tarifs werden wir Sie informieren.

Etwaige in der bisherigen Versicherung vereinbarten Leistungseinschränkungen und Risikozuschläge gelten auch für die verlängerte Laufzeit.

(3) Eine Verlängerung ist nur möglich, wenn die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Sie beantragen die Verlängerung der →Versicherungsdauer Ihrer Versicherung innerhalb von 12 Monaten nach Inkrafttreten der Erhöhung der Regelaltersgrenze.
- Die →versicherte Person darf zum Zeitpunkt der Verlängerung der Versicherungsdauer höchstens 50 Jahre alt (→rechnungsmäßiges Alter) sein.
- Bei Ihrer Versicherung ist die ursprüngliche Versicherungsdauer mindestens bis zum Alter 62 Jahre vereinbart.
- Die Versicherung ist nicht beitragsfrei gestellt.
- Für die versicherte Person wurden keine Leistungen wegen Erwerbsminderung, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit, eine →Arbeitsunfähigkeit gemäß § 5, ein Verlust einer →Grundfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit festgestellt oder hierfür Leistungen beantragt.
- Das Endalter der Versicherung darf nach dem Verlängern nicht über dem für Ihren versicherten Beruf versicherbaren Endalter gemäß unseren Annahmerichtlinien zum Zeitpunkt der Verlängerung liegen.

§ 14 Unter welchen Voraussetzungen können Sie in eine Berufsunfähigkeitsversicherung wechseln?

(1) Wenn die →versicherte Person bei Abschluss Ihrer Grundfähigkeitsversicherung höchstens 14 Jahre (→rechnungsmäßiges Alter) alt war, haben Sie die Möglichkeit Ihre fondsgebundene Grundfähigkeitsversicherung zu einem der Zeitpunkte aus Absatz (2) unter den Voraussetzungen aus Absatz (3) in eine Berufsunfähigkeitsversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung umzutauschen.

Für die neue Berufsunfähigkeitsversicherung wird mit Ihnen ein neuer Vertrag (Anschlussvertrag) abgeschlossen, für welchen die Regelungen gemäß der Absätze (4) bis (6) gelten.

(2) Der Umtausch muss innerhalb von sechs Monaten nach einem der folgenden Zeitpunkte erfolgen:

- Erreichen des →rechnungsmäßigen Alters 15 Jahre, falls die →versicherte Person bei Versicherungsbeginn höchstens 10 Jahre alt (→rechnungsmäßiges Alter) war.
- Fünf Jahre nach Versicherungsbeginn, falls die versicherte Person bei Versicherungsbeginn mindestens 11 Jahre alt (rechnungsmäßiges Alter) war.

Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Grundfähigkeitsversicherung (Druckstück L-3-33-2022.B1)

Seite 16 von 29

- Erfolgreicher Abschluss einer Berufsausbildung oder eines akademischen Abschlusses und erstmaliger Aufnahme einer entsprechenden beruflichen Tätigkeit.
- Ein Jahr nach der erstmaligen Aufnahme einer selbständigen hauptberuflichen Tätigkeit.

Geeignete Nachweise (zum Beispiel Abschlusszeugnis oder Arbeitsvertrag) sind einzureichen.

(3) Für den Umtausch Ihrer fondsgebundenen Grundfähigkeitsversicherung gemäß Absatz (1) müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Die →versicherte Person ist bei Umtausch nicht älter als 30 Jahre (→rechnungsmäßiges Alter).
- Während der Laufzeit der Grundfähigkeitsversicherung ist kein Leistungsfall aus einer Grundfähigkeits-, Pflege-, Erwerbsunfähigkeits- oder Berufsunfähigkeitsversicherung eingetreten und es wurde auch kein Leistungsantrag gestellt.
- Der von der versicherten Person ausgeübte oder angestrebte Beruf ist im neuen Tarif (vgl. Absatz (4)) versicherbar.

(4) Für den Anschlussvertrag gilt:

- Der Umtausch erfolgt in eine Berufsunfähigkeitsversicherung nach einem zum Umtauschzeitpunkt für Neugeschäft geöffneten Tarif. Der neue Tarif kann dabei
 - eine Absicherung gegen →Arbeitsunfähigkeit und
 - falls im ursprünglichen Vertrag vereinbart, eine Vereinbarung der Rentenzahlung mit garantierter Rentensteigerung (→Leistungsdynamik) und
 - falls im ursprünglichen Vertrag vereinbart, die Regelungen zur Vereinbarung der planmäßigen Erhöhung der Beiträge und Leistungen

beinhalten.

- Die →versicherte Person ändert sich bei dem Umtausch nicht.
- Bei dem Umtausch wird der von der versicherten Person ausgeübte oder angestrebte Beruf unter Berücksichtigung der dann gültigen tariflichen Risikomerkmale (wie zum Beispiel Büro­tätigkeit, Personalverantwortung, Größe, Gewicht, Raucherstatus) in der Berufsunfähigkeitsversicherung zugrunde gelegt.
- Die Höhe der versicherten Berufsunfähigkeitsrente im Anschlussvertrag entspricht höchstens Ihrer ursprünglich versicherten →Grundfähigkeitsrente. Zusätzlich darf die Rente maximal der für den versicherten Beruf der versicherten Person versicherbaren Höchstreute entsprechen.
- Das Ende der →Versicherungsdauer und das Ende der →Leistungsdauer im Anschlussvertrag sind nicht später als die entsprechenden Termine des ursprünglichen Vertrags. Ist die maximal für den versicherten Beruf der versicherten Person versicherbare Versicherungs- oder Leistungsdauer niedriger, werden Versicherungs- oder Leistungsdauer auf die Höchstdauern reduziert.
- Der Beitrag berechnet sich nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit dem dann aktuellen Alter und den →Rechnungsgrundlagen des neuen Tarifs. Es gelten die

dann gültigen Versicherungsbedingungen und Steuerregelungen.

(5) Für den Anschlussvertrag gelten die Regelungen zur Nachversicherungsgarantie des ursprünglichen Vertrags gemäß § 12 Absatz (2) bis (7). Zusätzlich gilt folgendes:

- Berücksichtigt werden insbesondere die bereits ausgeübten Nachversicherungen Ihrer Grundfähigkeitsversicherung bezüglich der Höchstgrenzen gemäß § 12 Abs. (5) Buchstabe a) bis d).
- Eine Erhöhung im Rahmen der Nachversicherung ist nur möglich wenn die gesamte →Jahresrente aus allen für die →versicherte Person bei uns bestehenden Berufsunfähigkeitsversicherungen nach einer Erhöhung höchstens 24.000 EUR beträgt, insbesondere gilt die Höchstgrenze aus § 12 Abs. (5) Buchstabe e) nicht.
- Die Inanspruchnahme der Nachversicherungsgarantie ist nur möglich, falls Sie zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme bestätigen, dass die versicherte Person in den vorangegangenen zwölf Monaten nicht länger als 14 Kalendertage durchgehend krankgeschrieben war.

(6) Die zum ursprünglichen Versicherungsbeginn gemachten Angaben (zum Beispiel in der Gesundheitsklärung) zu gefahrerheblichen Umständen sind auch maßgeblich für den neuen Anschlussvertrag. Wenn wir eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht bei Ihrem ursprünglichen Vertrag feststellen, gelten die in § 7 beschriebenen gesetzlichen Rechtsfolgen der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht auch für die aufgrund der Ausübung der Umtauschoption gemäß Absatz (1) abgeschlossene Berufsunfähigkeitsversicherung. Die Fristen gemäß § 7 Abs. (17) beginnen dabei im neuen Vertrag nicht von neuem, sondern beziehen sich auf den ursprünglichen Zeitpunkt des Vertragsabschlusses.

§ 15 Wie können Sie Ihre Fondszusammenstellung (Basket) ändern?

Wechsel des Baskets

(1) Sie können während der Vertragslaufzeit Ihren Basket in eine von uns dann angebotene →Fondszusammenstellung (Basket) wechseln.

Der Wechsel des Baskets ist einmal im Laufe eines →Versicherungsjahres kostenfrei. Ab dem zweiten und für jeden weiteren Wechsel erheben wir Kosten in Höhe von 50 EUR, maximal jedoch 50 % des →Vertragsguthabens. Ein Ausgabebaufschlag wird nicht erhoben.

(2) Der Wechsel des →Baskets gemäß Absatz (1) ist immer zum Monatsersten möglich und muss spätestens fünf →Börsentage vorher von Ihnen in →Textform beantragt werden.

(3) Bei einem Wechsel des Baskets gemäß Absatz (1) werden die zukünftigen →investierten Beiträge vollständig in die von Ihnen gewählte →Fondszusammenstellung (Basket) angelegt.

(4) Mit dem Wechsel des →Baskets gemäß Absatz (1) wird auch Ihr gesamtes →Vertragsguthaben auf die Investmentfonds beziehungsweise →Anlagestrategien des neuen Baskets übertragen. Für die Übertragung des Vertragsguthabens (Umschichtung) wird der Geldwert des Vertragsguthabens ermittelt und in Anteile des oder der anderen Fonds beziehungsweise der Anlagestrategien entsprechend

Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Grundfähigkeitsversicherung (Druckstück L-3-33-2022.B1)

Seite 17 von 29

der neuen →Fondszusammenstellung umgewandelt. Bei der Umwandlung legen wir für die betroffenen Fonds den ersten →Börsentag des Monats zugrunde, zu dem der Basket gewechselt werden soll.

Vorbehalt der Nichtausübung

(5) Wir sind berechtigt, einem Wechsel des →Baskets aus wichtigem Grund zu widersprechen. Beispielsweise kann dies der Fall sein,

- wenn der Handel der entsprechenden Vermögensgegenstände ausgesetzt ist oder
- wenn die Rücknahme von Investmentfondsanteilen durch die Kapitalverwaltungsgesellschaft gemäß § 37 Abs. (5) zeitlich beschränkt eingestellt wurde oder kein Kurs der entsprechenden Fonds verfügbar ist.

Auf die Nichtausführung werden wir Sie dann unter Angabe der Gründe hinweisen.

Gesundheitsprüfung erforderlich. Der dann zu zahlende Beitrag bestimmt sich gemäß § 10 Abs. (3) und kann sich grundsätzlich im Vergleich zum Beitrag vor der vorübergehenden Aussetzung des Versicherungsschutzes erhöhen.

§ 16 Welche Überbrückungsmöglichkeiten können Sie nutzen?

Beitragsstundung bei vollem Versicherungsschutz

(1) Sie können mit uns in →Textform vereinbaren, dass die Beiträge unter Beibehaltung des Versicherungsschutzes für maximal zwölf Monate gestundet werden. Voraussetzung ist, dass

- die Beiträge der letzten zwölf Monate gezahlt wurden,
- kein Beitragsrückstand besteht und
- der Zeitwert des →Vertragsguthabens voraussichtlich ausreicht, die Kosten- und Risikobeiträge für mindestens zwölf Monate zu decken.

Die Erfüllung dieser Anforderung werden wir auf Ihre Anfrage hin überprüfen.

Insgesamt ist eine Beitragsstundung während der gesamten Vertragsdauer nur bis zu 24 Monate möglich.

Nach Ablauf der Beitragsstundung können Sie zwischen folgenden Möglichkeiten wählen:

- Nachzahlung der Beiträge in einem Betrag;
- Neuberechnung des zu zahlenden Beitrags gemäß § 10 Abs. (3);
- Fortsetzung der Beitragszahlung mit unverändertem Beitrag. Das Risiko einer vorzeitigen Vertragsbeendigung steigt hierdurch, vgl. § 9 Abs. (2).

Vorübergehende Aussetzung des Versicherungsschutzes

(2) Falls kein Beitragsrückstand besteht und die Beiträge der letzten zwölf Monate gezahlt wurden, können Sie für bis zu sechs Monate mit uns eine vorübergehende Aussetzung des Versicherungsschutzes und der Beitragszahlung in →Textform vereinbaren. Während der Inanspruchnahme einer gesetzlichen Elternzeit durch die →versicherte Person darf die vorübergehende Aussetzung des Versicherungsschutzes bis zu 24 Monate betragen. Die in Anspruch genommene gesetzliche Elternzeit ist uns nachzuweisen.

(3) Bei der anschließenden Wiederaufnahme der Beitragszahlung ist für die Wiederaufnahme des Versicherungsschutzes keine erneute

Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Grundfähigkeitsversicherung (Druckstück L-3-33-2022.B1)

Seite 18 von 29

LEISTUNGSFALL

§ 17 Was ist zu beachten, wenn Leistungen wegen des Verlusts einer Grundfähigkeit verlangt werden?

Erforderliche Auskünfte und Nachweise für Leistungen wegen des Verlusts einer Grundfähigkeit

(1) Werden aus dieser Versicherung Leistungen wegen des Verlusts einer →Grundfähigkeit gemäß § 3 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 Verlust der Grundfähigkeit;
- c) ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln beziehungsweise behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf, voraussichtliche Dauer des Leidens und über die Auswirkungen auf die verlorene Grundfähigkeit.

Die Erkrankungen oder Unfallverletzungen, die zu einem Verlust der Grundfähigkeit geführt haben, müssen durch geeignete medizinische Befunde eines Facharztes der entsprechenden Fachrichtung (zum Beispiel Chirurgie, Neurologie, Orthopädie, Rheumatologie, Augenheilkunde) nachgewiesen werden.

- d) bei Anordnung gesetzlicher Betreuung nach § 3 Abs. (9) Buchstabe o) Kopien der gerichtlichen Anordnung der Betreuung und Kopien des Betreuerausweises sowie der im Verfahren erstellten fachärztlichen Befunde, Berichte und Gutachten;
- e) bei Verlust der Fähigkeit "Auto fahren" nach § 3 Abs. (9) Buchstabe p) Kopien der verkehrsmedizinischen Gutachten und Kopien der amtlichen und ärztlichen Unterlagen über den Entzug der Fahrerlaubnis;
- f) nach Aufforderung Angaben über den Beruf und das Einkommen aus beruflicher Tätigkeit; hierzu zählen auch Nachweise über die wirtschaftlichen und finanziellen Verhältnisse und ihre Veränderungen zum Zeitpunkt des Abschlusses des Vertrages sowie bei Verlust der Grundfähigkeit;
- g) bei Verlust der Grundfähigkeit "Pflegebedürftigkeit" gemäß § 3 Abs. (10) bis (15) zusätzlich eine Bescheinigung über Art und Umfang der Pflege, beispielsweise von der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, oder vom medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK);
- 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 Berufsunfähigkeit, Erwerbsminderung, Erwerbsunfähigkeit,

Verlust einer Grundfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit geltend machen könnte.

Darüber hinaus können wir verlangen, dass uns Auskünfte nach § 36 vorgelegt werden.

Unser Recht auf weitere Auskünfte und Nachweise

(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, Aufklärungen und Nachweise über den Gesundheitszustand und die Berufsangaben der →versicherten Person vor oder nach Abschluss des Versicherungsvertrages.

Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden; in diesem Fall übernehmen wir neben den Untersuchungskosten auch die notwendigen Reisekosten für Bahnfahrten 2. Klasse, Economy-Flüge und Unterbringung in einem 4-Sterne-Hotel. Wir werden aber im Einzelfall prüfen, ob von den genannten Anforderungen abgewichen und beispielsweise auf eine Anreise verzichtet werden kann. Insbesondere werden wir nicht auf Ihrer Anreise bestehen, wenn Transportunfähigkeit besteht.

Pflicht zur Schadenminderung

(3) Lassen Sie operative Behandlungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt empfiehlt, um die Heilung zu fördern, nicht durchführen oder halten Sie eine Empfehlung zur Einhaltung einer Diät nicht ein, steht dies einer Anerkennung der Leistungen aus der Grundfähigkeitsversicherung nicht entgegen. Sie sind allerdings verpflichtet, zumutbaren ärztlichen Vorschlägen zur Besserung der gesundheitlichen Verhältnisse der →versicherten Person Folge zu leisten. Zumutbar sind dabei Maßnahmen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und die außerdem eine wesentliche Besserung erwarten lassen. Zumutbar sind somit Maßnahmen wie beispielsweise die Durchführung logopädischer Maßnahmen, das Tragen von Stützstrümpfen oder die Verwendung von orthopädischen oder anderen Heil- und Hilfsmitteln, wie beispielsweise das Tragen von Prothesen oder die Verwendung von Seh- und Hörhilfen, wie sie auch in § 3 beispielhaft beschrieben sind.

Mögliche Folgen einer Pflichtverletzung

(4) Unsere Leistungen werden fällig, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls 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.

Hinweis zu Überweisungen ins Ausland

(5) Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr und die hierbei entstehenden Kosten.

Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Grundfähigkeitsversicherung (Druckstück L-3-33-2022.B1)

Seite 19 von 29

§ 18 Was ist zu beachten, wenn Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit verlangt werden?

Erforderliche Auskünfte und Nachweise für Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit

(1) Werden aus dieser Versicherung Leistungen wegen →Arbeitsunfähigkeit beansprucht, müssen uns auf Kosten des Anspruchserhebenden vorgelegt werden:

- Bei Arbeitsunfähigkeit gemäß § 5 Abs. (1) müssen uns ärztlich ausgestellte Bescheinigungen, aus denen die ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit der →versicherten Person über den Zeitraum von mindestens vier Monaten hervorgeht, sowie eine fachärztliche Bescheinigung, dass die Arbeitsunfähigkeit voraussichtlich insgesamt mindestens sechs Monate ununterbrochen bestehen wird, vorgelegt werden.
- Bei Arbeitsunfähigkeit gemäß § 5 Abs. (2) müssen uns ärztlich ausgestellte Bescheinigungen, aus denen die ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person über den Zeitraum von mindestens sechs Monaten hervorgeht, vorgelegt werden.

Die Bescheinigungen müssen den aktuellen in Deutschland gültigen Bestimmungen und Richtlinien der Krankenkassen und in ihrer Form § 5 Entgeltfortzahlungsgesetz (EntgFG) entsprechen sowie die Diagnose (Diagnoseschlüssel nach der jeweils geltenden internationalen Klassifikation – ICD) und Angaben zu Beginn und voraussichtlicher Dauer der Arbeitsunfähigkeit enthalten. Wenn die versicherte Person kein Arbeitnehmer ist, genügt ein entsprechendes ärztliches Attest. Das gilt zum Beispiel für Beamte, Selbstständige, Studenten, Schüler und Hausfrauen/-männer.

Mindestens eine der ärztlichen Bescheinigungen über die Arbeitsunfähigkeit muss durch einen Facharzt einer Fachrichtung, in die die Ursache der Arbeitsunfähigkeit fällt, ausgestellt worden sein. Ist der Facharzt nicht in der Bundesrepublik Deutschland zugelassen, muss nachgewiesen werden, dass für die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit die gleichen Kriterien wie in Deutschland zugrunde gelegt werden. Dies gilt auch für den Facharzt, der bei Arbeitsunfähigkeit gemäß § 5 Abs. (1) die Bescheinigung über die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit ausgestellt hat.

Bescheinigungen der versicherten Person selbst, des →Versicherungsnehmers, von Ehegatten, Lebenspartnern, Eltern, Kindern oder sonstigen Verwandten der versicherten Person reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.

Darüber hinaus können wir verlangen, dass uns Auskünfte nach § 36 vorgelegt werden.

(2) Nach Anerkennung unserer Leistungspflicht müssen Sie uns das Fortbestehen der →Arbeitsunfähigkeit durch Vorlage ärztlicher Bescheinigungen nachweisen. Wir akzeptieren nur Bescheinigungen, die zum Zeitpunkt der Ausstellung maximal zwei Monate in die Zukunft gerichtet sind.

Unser Recht auf weitere Auskünfte und Nachweise

(3) Insbesondere zur Prüfung, ob der Vertrag rechtmäßig zustande gekommen ist (Prüfung der vorvertraglichen Anzeigepflicht) und ob allgemeine oder individuell vereinbarte Ausschlüsse greifen, können wir zusätzlich auf Kosten des Anspruchserhebenden weitere sachdienliche Auskünfte (Auskunftsobliegenheit und Aufklärungsobliegenheit) verlangen, insbesondere folgende Unterlagen:

- a) Ein Zeugnis über den Tag der Geburt der →versicherten Person;
- b) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der →Arbeitsunfähigkeit;
- c) ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln beziehungsweise behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art und Verlauf der Gesundheitsstörungen, deren Auswirkungen auf die körperlichen, geistigen oder seelischen Funktionen, die bisherige beziehungsweise voraussichtliche Dauer der Gesundheitsstörung;
- d) nach Aufforderung zudem Angaben über den Beruf und das Einkommen aus beruflicher Tätigkeit; hierzu zählen auch Nachweise über die wirtschaftlichen und finanziellen Verhältnisse und ihre Veränderungen zum Zeitpunkt des Abschlusses des Vertrages sowie bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit.

(4) 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, Aufklärungen und Nachweise über den Gesundheitszustand und die Berufsangaben der →versicherten Person vor oder nach Abschluss des Versicherungsvertrages.

Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden; in diesem Fall übernehmen wir neben den Untersuchungskosten auch die notwendigen Reisekosten für Bahnfahrten 2. Klasse, Economy-Flüge und Unterbringung in einem 4-Sterne-Hotel. Wir werden aber im Einzelfall prüfen, ob von den genannten Anforderungen abgewichen und beispielsweise auf eine Anreise verzichtet werden kann. Insbesondere werden wir nicht auf Ihrer Anreise bestehen, wenn Transportunfähigkeit besteht.

Mögliche Folgen einer Pflichtverletzung

(5) Arbeitsunfähigkeit gemäß § 5 besteht solange fort, wie der →versicherten Person eine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit ärztlich bescheinigt wird. Versäumen Sie es, uns die entsprechenden Nachweise für Folgezeiträume einzureichen, leisten wir erst dann für diese Zeiträume, wenn die fehlenden Nachweise bei uns lückenlos eingegangen sind.

Hinweis zu Überweisungen ins Ausland

(6) Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr und die hierbei entstehenden Kosten.

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

(1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in →Textform, ob und in welchem Umfang wir eine Leistungspflicht anerkennen.

(2) Grundsätzlich erfolgt bei Verlust einer →Grundfähigkeit gemäß § 3 die Entscheidung über unsere Leistungspflicht ohne zeitliche Befristung. Nur in begründeten Einzelfällen ist die einmalige Befristung unseres Leistungsanerkennnisses für bis zu zwölf Monate zulässig.

Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Grundfähigkeitsversicherung (Druckstück L-3-33-2022.B1)

Seite 20 von 29

Ein solcher Fall kann beispielsweise vorliegen, wenn aus medizinischen oder betrieblichen Gründen ein Ende der Leistungspflicht abzusehen ist oder die vorliegenden Befunde noch nicht ausreichen, um ein unbefristetes Anerkenntnis auszusprechen. Innerhalb dieses Zeitraumes führen wir keine Nachprüfung durch, das heißt das zeitlich begrenzte Anerkenntnis ist bis zum Ablauf der Frist für uns bindend.

(3) Während der Prüfung Ihres Anspruchs auf Leistung werden wir Sie spätestens alle vier Wochen über erforderliche weitere Prüfungsschritte (beispielsweise neutrales Gutachten) beziehungsweise fehlende Unterlagen informieren. Liegen uns alle für unsere Leistungsentscheidung erforderlichen Unterlagen vor, so entscheiden wir innerhalb von drei Wochen, ob wir leisten.

§ 20 Was gilt nach Anerkennung des Verlusts einer Grundfähigkeit?

Nachprüfung

(1) Wenn wir unsere Leistungspflicht unbefristet anerkannt haben oder sie gerichtlich festgestellt worden ist, sind wir berechtigt, das Fortbestehen des Verlusts der →Grundfähigkeit im Sinne von § 3 und das Fortleben der →versicherten Person nachzuprüfen.

(2) Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte 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. Die Bestimmungen gemäß § 17 Abs. (2) gelten entsprechend.

Mitteilungspflicht

(3) Sie müssen uns unverzüglich (das heißt ohne schuldhaftes Zögern) mitteilen, wenn

- die gesetzliche Betreuung aufgehoben wird;
- die Fahrerlaubnis für Personenkraftwagen wieder erteilt wird.

(4) Der Tod der →versicherten Person ist uns unverzüglich anzuzeigen. Außer dem →Versicherungsschein ist uns eine amtliche Sterbeurkunde im Original einzureichen, die Alter, Geburtsort und Todeszeitpunkt nennt. Zu Unrecht empfangene Leistungen sind an uns zurückzuzahlen.

Leistungsfreiheit

(5) Wir sind leistungsfrei, wenn wir feststellen, dass die in § 2 und § 3 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.

(6) Bei Tod der →versicherten Person enden unsere Leistungen. Die Grundfähigkeitsversicherung endet am Ende des Sterbemonats.

§ 21 Was gilt nach Anerkennung der Arbeitsunfähigkeit?

Mitteilungspflicht

(1) Sie müssen uns unverzüglich (das heißt ohne schuldhaftes Zögern) mitteilen, wenn eine berufliche Tätigkeit wiederaufgenommen wird. Arbeitsversuche im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung gemäß § 74 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) müssen nicht mitgeteilt werden.

(2) Der Tod der →versicherten Person ist uns unverzüglich anzuzeigen. Außer dem →Versicherungsschein ist uns eine amtliche Sterbeurkunde im Original einzureichen, die Alter, Geburtsort und Todeszeitpunkt nennt. Zu Unrecht empfangene Leistungen sind an uns zurückzuzahlen.

Leistungsfreiheit

(3) Unsere Leistungspflicht endet, wenn Sie uns keine Bescheinigungen mehr gemäß § 18 Abs. (2) einreichen, vgl. § 4 Abs. (5).

(4) Bei Tod der →versicherten Person enden unsere Leistungen. Die Grundfähigkeitsversicherung endet am Ende des Sterbemonats.

§ 22 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten im Rahmen der Nachprüfung?

(1) Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 20 oder § 21 von Ihnen, der →versicherten Person oder dem Ansprucherhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, 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.

(2) Weisen Sie nach, dass die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt worden ist, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen.

(3) Die Ansprüche 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.

(4) Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet.

§ 23 Welche Unterstützung erhalten Sie von uns während der Vertragslaufzeit und insbesondere im Leistungsfall?

(1) Wir beraten Sie während des Vertragsverlaufs und im Leistungsfall bei Fragen

- zum Versicherungs- und Leistungsumfang,
- zu den Möglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten,
- zur Beantragung von Versicherungsleistungen,
- zum Verfahren der Leistungsprüfung,
- zu den beizubringenden Unterlagen im Leistungsfall sowie

Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Grundfähigkeitsversicherung (Druckstück L-3-33-2022.B1)

Seite 21 von 29

- zum Nachweis des Verlusts einer →Grundfähigkeit oder der →Arbeitsunfähigkeit, einschließlich Nachweis der gesundheitlichen Beeinträchtigung.

Darüber hinaus erhalten Sie von uns alle nötigen Formulare zur Beantragung von Versicherungsleistungen.

(2) Für die Beantragung von Versicherungsleistungen können Sie in besonderen Einzelfällen, zum Beispiel bei einem komplexen Krankheitsbild, nach vorheriger Abstimmung mit uns gegebenenfalls eine Unterstützung vor Ort durch einen von uns beauftragten Dienstleister oder einen Mitarbeiter der Helvetia in Anspruch nehmen.

BEITRAGSZAHLUNG, KÜNDIGUNG UND KOSTEN

§ 24 Wie verwenden wir Ihre Beiträge?

(1) Ein Teil des gezahlten Beitrags wird zur Deckung von Kosten verwendet. Der restliche Teil heißt →investierter Beitrag. Mit ihm erwerben wir Anteile der Investmentfonds gemäß Ihrer gewählten →Fondszusammenstellung (vgl. § 8 Abs. (2)), woraus das →Fondsguthaben gebildet wird.

(2) Zur Umrechnung des Beitrags legen wir den ersten →Börsentag der →Versicherungsperiode zugrunde. Bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung (vgl. § 25 Abs. (3)) können wir für die Umrechnung einen Börsentag zugrunde legen, der bis zu drei Börsentage nach dem Beitragsseingang liegt.

(3) Die zur Deckung des Risikos des Verlusts einer →Grundfähigkeit und des Arbeitsunfähigkeitsrisikos bestimmten, nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechneten Risikobeiträge, die Stückkosten (fixe Verwaltungskosten) und darüber hinausgehende Verwaltungskosten entnehmen wir monatlich dem →Vertragsguthaben. Die Entnahme aus den einzelnen Fonds beziehungsweise Schlussüberschussfonds erfolgt gewichtet nach dem vorhandenen Guthaben in den einzelnen Fonds beziehungsweise Schlussüberschussfonds. Darüber hinausgehende Abschluss- und Verwaltungskosten und sonstige in Rechnung gestellte Kosten entnehmen wir dem Vertragsguthaben.

Für die Dauer der Erbringung von Leistungen gemäß § 2 oder § 4 werden keine Risikobeiträge aus dem Vertragsguthaben entnommen.

(4) Aufgrund der Erhebung der Abschluss- und Vertriebskosten und der Entnahme der Risikobeiträge aus dem →Vertragsguthaben (vgl. Absatz (3) und § 29) ist in den meisten Fällen nur ein geringes →Fondsguthaben vorhanden, da es lediglich zum Ausgleich für schwankende Risikobeiträge dient, (vgl. § 1 Abs. (3)).

§ 25 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

(1) Die Beiträge zu Ihrem Versicherungsvertrag können Sie je nach Vereinbarung monatlich, viertel-, halbjährlich oder jährlich zahlen.

(2) Den ersten Beitrag müssen Sie – unabhängig von dem Bestehen eines Widerrufsrechts – unverzüglich, das heißt ohne schuldhaftes Zögern, nach Abschluss des Versicherungsvertrages zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im →Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Zahlen Sie nicht unverzüglich nach dem in Satz 1 bestimmten Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst nachdem die Zahlung bewirkt ist.

Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden jeweils zu Beginn der vereinbarten →Versicherungsperiode fällig. Die Versicherungsperiode umfasst bei Jahreszahlung ein Jahr, ansonsten entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr beziehungsweise ein halbes Jahr.

(3) Sie haben den Beitrag rechtzeitig gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag (vgl. 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:

Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Grundfähigkeitsversicherung (Druckstück L-3-33-2022.B1)

Seite 22 von 29

- 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.
- (5) Bei Fälligkeit einer Leistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

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

Erster Beitrag

(1) Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Versicherungsvertrag zurücktreten. In diesem Fall können wir Ihnen angemessene Kosten für die Bearbeitung Ihres Vertrags in Rechnung stellen, insbesondere für ärztliche Untersuchungen im Rahmen einer Gesundheitsprüfung. Wir sind nicht zum Rücktritt berechtigt, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.

(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 auf Ihre Kosten 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. Auf diese Rechtsfolge 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, wird 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.

§ 27 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen und welche Leistungen erbringen wir?

Im Folgenden erläutern wir Ihnen die Regelungen zur Kündigung Ihrer Versicherung.

Kündigung

(1) Sie können Ihren Vertrag jederzeit zum Schluss der →Versicherungsperiode in →Textform kündigen.

Teilweise Kündigung

(2) Sie können eine beitragspflichtige Versicherung jederzeit zum Schluss der →Versicherungsperiode mit einer Frist von einem Monat in →Textform teilweise kündigen, wenn die verbleibende →Jahresrente nicht unter 6.000 EUR sinkt.

Beträgt der zu zahlende Beitrag durch die teilweise Kündigung weniger als 10 EUR, so sind wir berechtigt, die Beitragszahlung auf eine längere Zahlungsweise umzustellen. Diese Umstellung führt zu einer geringfügigen Änderung der Höhe des →Jahresbeitrags.

(3) Sie können eine bereits beitragsfreie Versicherung jederzeit in →Textform teilweise kündigen, wenn der Zeitwert des verbleibenden →Vertragsguthabens eventuell vermindert um den Abzug nach Absatz (9) voraussichtlich ausreicht, die Kosten- und Risikobeiträge für mindestens zwölf Monate zu decken.

Auszahlungsbetrag

(4) Wir zahlen nach Kündigung (Rückkauf)

- den Rückkaufswert (vgl. Absätze (7) und (10)),
- vermindert um den Abzug (vgl. Absatz (9))
- und die Überschussbeteiligung (vgl. Absatz (11)).

Beitragsrückstände werden von dem Auszahlungsbetrag abgezogen.

(5) Bei einer teilweisen Kündigung gemäß der Absätze (2) und (3) gelten die Regelungen gemäß Absatz (4) nur für den gekündigten Vertragsteil.

(6) Den Auszahlungsbetrag erbringen wir als Geldleistung.

Rückkaufswert

(7) Bei Kündigung zahlen wir nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) den Rückkaufswert. Der Rückkaufswert ist der nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den →Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechnete Zeitwert des →Vertragsguthabens. Bei einem Vertrag mit →laufender Beitragszahlung ist der Rückkaufswert mindestens der Betrag, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Ist die vereinbarte Beitragszahlungsdauer kürzer als fünf Jahre, verteilen wir diese Kosten auf die Beitragszahlungsdauer. In jedem Fall beachten wir die aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (vgl. § 29 Abs. (2) Satz 4).

(8) Für die Berechnung des Werts des →Vertragsguthabens legen wir den →Börsentag zugrunde, der drei Börsentage nach Eingang

Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Grundfähigkeitsversicherung (Druckstück L-3-33-2022.B1)

Seite 23 von 29

des Schreibens liegt, frühestens jedoch den Wirksamkeitstermin der Kündigung.

Abzug

(9) Von dem nach Absatz (7) ermittelten Betrag nehmen wir einen Abzug vor. Wir teilen Ihnen die Höhe des Abzugs im →Versicherungsschein mit.

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 Ihrer Kündigung 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.

Herabsetzung des Rückkaufswertes im Ausnahmefall

(10) Wir sind nach § 169 Abs. (6) VVG berechtigt, den nach Absatz (7) ermittelten Betrag angemessen herabzusetzen, soweit dies erforderlich ist, um eine Gefährdung der Belange der →Versicherungsnehmer, insbesondere durch eine Gefährdung der dauernden Erfüllbarkeit der sich aus den Versicherungsverträgen ergebenden Verpflichtungen, auszuschließen. Die Herabsetzung ist jeweils auf ein Jahr befristet.

Überschussbeteiligung

(11) Für die Ermittlung des Auszahlungsbetrags setzt sich die Überschussbeteiligung zusammen aus den Ihrem Vertrag bereits zugeteilten Überschussanteilen und Schlussüberschussanteilen, soweit sie nicht in dem nach den Absätzen (7) bis (10) berechneten Betrag enthalten sind.

Mögliche Nachteile einer Kündigung

(12) Wenn Sie Ihren Vertrag kündigen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihres Vertrages ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 29) und der Entnahme von Risikobeiträgen aus dem →Vertragsguthaben (vgl. § 24 Abs. (3)) nur ein geringer Rückkaufswert vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen keine oder nur geringe Mittel für den Rückkaufswert zur Verfügung.

Keine Beitragsrückzahlung

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

Kündigung bei Verlust einer Grundfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit

(14) Hat die →versicherte Person zum Zeitpunkt der Kündigung eine →Grundfähigkeit verloren oder ist sie arbeitsunfähig, bleiben Ansprüche auf Grund bereits eines vor Kündigung eingetretenen Verlusts einer Grundfähigkeit oder einer →Arbeitsunfähigkeit unberührt.

§ 28 Wann können Sie den Versicherungsvertrag beitragsfrei stellen und welche Auswirkungen hat dies auf unsere Leistungen?

(1) Anstelle einer Kündigung nach § 27 Abs. (1) und (2) können Sie in →Textform verlangen, zum Beginn der nächsten →Versicherungsperiode ganz oder teilweise von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden.

Beträgt der zu zahlende Beitrag durch die teilweise Beitragsfreistellung weniger als 10 EUR, so sind wir berechtigt, die Beitragszahlung auf eine längere Zahlungsweise umzustellen. Diese Umstellung führt zu einer geringfügigen Änderung der Höhe des →Jahresbeitrags.

Voraussetzungen

(2) Eine vollständige oder teilweise Beitragsfreistellung ist nur möglich, wenn der Zeitwert des →Vertragsguthabens voraussichtlich ausreicht, die Kosten- und Risikobeiträge für mindestens zwölf Monate zu decken.

(3) Der Antrag auf Beitragsfreistellung muss mindestens zehn Tage vor dem gewünschten Beitragsfreistellungstermin bei uns eingehen.

Auswirkungen

(4) Bei einer vollständigen oder teilweisen beitragsfreien Versicherung bleibt die zu diesem Zeitpunkt versicherte →Grundbeziehungsweise →Arbeitsunfähigkeitsrente in vollständiger Höhe bestehen.

Wir entnehmen weiterhin die zur Deckung der versicherten Risiken und der Verwaltungskosten bestimmten Beträge monatlich dem →Vertragsguthaben.

Wiederaufnahme der Beitragszahlung

(5) Innerhalb von 12 Monaten nach Beitragsfreistellung können Sie, in →Textform beantragen, die Beitragszahlung ohne Gesundheitsprüfung wiederaufzunehmen sofern der Versicherungsvertrag zu diesem Zeitpunkt noch existiert. Wir werden Ihnen in diesem Fall nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den →Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation einen neuen Beitrag gemäß § 10 Abs. (3) mitteilen. Das vorhandene →Vertragsguthaben wird dabei berücksichtigt.

Mögliche Nachteile einer Beitragsfreistellung

(6) Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihres Vertrages ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 29) und der Entnahme von Risikobeiträgen aus dem →Vertragsguthaben (vgl. § 24 Abs. (3)) für den weiterhin vorhandenen vollen Versicherungsschutz (vgl. Absatz (4)) nur wenig Guthaben vorhanden, um den Vertrag lange aufrecht erhalten zu können. Auch in den Folgejahren ist wegen der benötigten Risikobeiträge wenig Guthaben vorhanden, um den Vertrag lange fortführen zu können.

Beitragsrückzahlung

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

Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Grundfähigkeitsversicherung (Druckstück L-3-33-2022.B1)

§ 29 Wie werden die Kosten Ihres Versicherungsvertrags 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 und der darin enthaltenen Verwaltungskosten können Sie § 30 entnehmen.

(2) Bei Zahlung →laufender Beiträge wenden wir auf Ihren Vertrag das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung an. Dies bedeutet, dass wir die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils 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 restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden über die gesamte Beitragszahlungsdauer verteilt, die übrigen Kosten gemäß den Regelungen in § 30 über die gesamte Vertragslaufzeit.

(3) Bei Zahlung einer einmaligen Zahlung (Zuzahlung) gemäß § 9 Abs. (6) entnehmen wir die in den Beitrag eingerechneten Kosten der Zuzahlung sofort. Die übrigen Kosten werden gemäß den Regelungen in § 30 über die gesamte Vertragslaufzeit verteilt.

(4) Die beschriebene Kostenverrechnung und die Entnahme von Risikobeiträgen aus dem →Vertragsguthaben (vgl. § 24 Abs. (3)) hat zur Folge, dass in Ihrem Vertrag nur geringe Beträge für einen Rückkaufwert vorhanden sind (vgl. § 27). Dies gilt auch bei günstiger Fondsentwicklung.

§ 30 Welche Kosten sind in Ihrem Versicherungsvertrag eingerechnet?

(1) Die in den Beitrag eingerechneten Abschluss- und Vertriebskosten betragen bei →laufender Beitragszahlung maximal 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge und bei einmaligen Zahlungen (Zuzahlungen) gemäß § 9 Abs. (6) maximal 4,0 % der Zuzahlungen. Die Höhe der in Ihren Beitrag eingerechneten Abschluss- und Vertriebskosten können Sie Ihrem →Versicherungsschein entnehmen.

(2) Die in den Beitrag eingerechneten Verwaltungskosten betragen bei →laufender Beitragszahlung während der Beitragszahlungsdauer jährlich maximal 26,2 % des für ein Jahr zu zahlenden Beitrags und bei Zuzahlungen maximal 3,0 % der Zuzahlungen. Die Höhe der in Ihren Beitrag eingerechneten Verwaltungskosten können Sie Ihrem →Versicherungsschein entnehmen.

(3) Falls Sie keine Leistungen beziehen, entstehen zusätzliche jährliche Verwaltungskosten in Höhe von maximal 0,42 % der jährlichen

→Grundfähigkeitsrente, welche aus dem →Vertragsguthaben entnommen werden.

(4) Falls Sie keine Leistungen beziehen, werden dem →Vertragsguthaben monatlich Stückkosten (fixe Verwaltungskosten) von maximal 3,00 EUR entnommen.

(5) Während der Leistungspflicht der →Grundfähigkeitsrente beziehungsweise der →Arbeitsunfähigkeitsrente werden Verwaltungskosten in Höhe von jährlich 2,0 % der Grundfähigkeitsjahresrente beziehungsweise der Arbeitsunfähigkeitsjahresrente erhoben.

(6) Die Kosten für das Management der →Anlagestrategien können Sie der Anlage „Die von uns zu Ihrem Tarif angebotenen Fondszusammenstellungen (Baskets)“ entnehmen.

(7) Die Kosten der eingeschlossenen Investmentfonds können Sie den Verkaufsprospekten der jeweiligen Investmentfonds entnehmen.

(8) Bei zukünftigen Erhöhungen des Beitrags sind ebenfalls Abschluss-, Vertriebs- und Verwaltungskosten eingerechnet, wobei für den Erhöhungsbeitrag die obigen Regelungen entsprechend Anwendung finden.

§ 31 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

(1) In folgenden Fällen stellen wir Ihnen pauschal zusätzliche Kosten gesondert in Rechnung:

- Mahnverfahren wegen Beitragsrückständen: 10 EUR
- Zweiter und jeder weitere Wechsel der →Fondszusammenstellung (Basket) innerhalb eines →Versicherungsjahres (vgl. § 15): 50 EUR, maximal aber 50% des zu diesem Zeitpunkt vorhandenen →Vertragsguthabens.

(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.

(3) Für weitere, nicht in Absatz (1) und § 29 beschriebene Dienstleistungen und Geschäftsvorfälle, die bei uns Aufwand verursachen, dürfen wir Sie mit Kosten belasten. Die Höhe der Kosten wird unter Berücksichtigung des tatsächlichen durchschnittlichen Verwaltungsaufwands und nach billigem Ermessen (§ 315 des Bürgerlichen Gesetzbuchs, BGB) festgesetzt.

(4) In folgenden Fällen können durch eine Beteiligung Dritter (beispielsweise Kreditinstitute oder Ärzte) Kosten entstehen, die wir Ihnen dann in angefallener Höhe gesondert in Rechnung stellen:

- Rückläufer im Lastschriftverfahren
- Durchführung von Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums
- Kosten für Einholung erforderlicher Nachweise bei Beanspruchung einer Versicherungsleistung gemäß § 17 Abs. (1) beziehungsweise § 18 Abs. (1).
- Kosten für ärztliche Untersuchungen im Rahmen einer Gesundheitsprüfung im Falle unseres Rücktritts gemäß § 26 Abs. (1).

Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Grundfähigkeitsversicherung (Druckstück L-3-33-2022.B1)

Seite 25 von 29

WEITERE VERTRAGSBESTIMMUNGEN

§ 32 Wie können Sie den Wert Ihrer Versicherung erfahren?

(1) Sie können die Ausgabe- und Rücknahmepreise beziehungsweise die Börsenkurse der in Ihrem →Basket enthaltenen Investmentfonds beziehungsweise →Anlagestrategien aus dem Börsenteil der Tagespresse oder aus dem Internet entnehmen.

(2) Jährlich erhalten Sie von uns eine Mitteilung, der Sie den Wert der Anteleinheiten sowie den Zeitwert des →Vertragsguthabens entnehmen können; der Zeitwert des Vertragsguthabens wird in Anteleinheiten und als Geldbetrag aufgeführt.

(3) Auf Wunsch teilen wir Ihnen den Wert Ihrer Versicherung jederzeit kostenfrei mit.

§ 33 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

(1) Wir können Ihnen den →Versicherungsschein in →Textform übermitteln. Stellen wir diesen als Dokument in Papierform aus, dann liegt eine Urkunde vor. Sie können die Ausstellung als Urkunde verlangen.

(2) Den Inhaber der Urkunde 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 der Urkunde seine Berechtigung nachweist.

§ 34 Wer erhält die Versicherungsleistung?

(1) Als unser →Versicherungsnehmer können Sie bestimmen, wer die Leistung erhält. Wenn sie keine Bestimmung treffen, leisten wir an Sie.

Bezugsberechtigung

(2) Sie können uns widerruflich oder unwiderruflich eine andere Person benennen, die die Leistung erhalten soll (→Bezugsberechtigter).

(3) 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. Wenn wir Renten zahlen, tritt mit jeder Fälligkeit einer Rente ein eigener Versicherungsfall ein.

(4) 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.

(5) Wir sind berechtigt der Änderung eines Bezugsrechts zu widersprechen, wenn die Ausnahme von der Besteuerung des Beitrags zu Ihrer Versicherung entfallen würde. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn der Bezugsberechtigte für Leistungen bei Verlust einer Grundfähigkeit weder die →versicherte Person noch deren naher Angehöriger im Sinne von § 7 Pflegezeitgesetz oder deren Angehöriger im Sinne von § 15 Abgabenordnung ist.

Abtretung und Verpfändung

(6) Ansprüche auf Rentenleistungen aus diesem Vertrag können Sie nicht abtreten oder verpfänden. Soweit darüber hinaus eine Abtretung oder Verpfändung rechtlich möglich ist, gelten die Ausführungen in Absatz (7).

Anzeige

(7) Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts nach den Absätzen (2) bis (5) sowie die Abtretung und Verpfändung nach Absatz (6) 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 (beispielsweise unwiderrufliche Bezugsberechtigung, Abtretung, Verpfändung) getroffen haben.

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

(1) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich, das heißt ohne schuldhaftes Zögern, mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen. Wir sind berechtigt, eine an Sie zu richtende Erklärung (beispielsweise 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.

(2) Bei Änderung Ihres Namens gilt Absatz (1) entsprechend.

(3) Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, sollten Sie uns eine im Inland ansässige Person benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen (Zustellungsbevollmächtigter).

§ 36 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?

(1) 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 – das heißt ohne schuldhaftes Zögern – zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.

(2) Notwendige Informationen im Sinne von Absatz (1) sind beispielsweise Umstände, die für die Beurteilung

- Ihrer persönlichen steuerlichen Ansässigkeit,
- der steuerlichen Ansässigkeit dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, und

Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Grundfähigkeitsversicherung (Druckstück L-3-33-2022.B1)

Seite 26 von 29

- der steuerlichen Ansässigkeit des Leistungsempfängers maßgebend sein können.

Dazu zählen insbesondere deutsche oder ausländische Steueridentifikationsnummern, das Geburtsdatum, der Geburtsort und der Wohnsitz.

(3) Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, gilt Folgendes: Bei einer entsprechenden gesetzlichen Verpflichtung melden wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden. Dies gilt auch dann, wenn gegebenenfalls keine steuerliche Ansässigkeit im Ausland besteht.

(4) Eine Verletzung Ihrer Auskunftspflichten gemäß den Absätzen (1) und (2) kann dazu führen, dass wir unsere Leistung nicht zahlen. Dies gilt solange, bis Sie uns die für die Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt haben.

§ 37 Welche Regelungen gelten für die Fonds? Was geschieht bei unplanmäßigen Veränderungen der Fonds?

(1) Barerträge von Investmentfonds einschließlich eventueller Steuergutschriften rechnen wir, insoweit sie die Ihrem Vertrag gutgeschriebenen Anteilseinheiten des →Vertragsguthabens betreffen, in neue Anteilseinheiten des betreffenden Investmentfonds um und schreiben diese Ihrem Vertrag gut. Dabei legen wir einen →Börsentag zugrunde, der höchstens vier Wochen nach der Ausschüttung liegt.

(2) Wir sind berechtigt einzelne Investmentfonds beziehungsweise →Anlagestrategien aus der von Ihnen gewählten →Fondszusammenstellung (Basket) beziehungsweise von uns für einen Wechsel des Baskets nach § 15 angebotenen Fondszusammenstellungen zu streichen, ersetzen oder neu aufzunehmen. Gründe hierfür können die folgenden sein:

- die Schließung oder Auflösung eines Investmentfonds durch die Kapitalverwaltungsgesellschaft oder eine Aufsichtsbehörde,
- die Zusammenlegung des in Ihrem Basket enthaltenen Investmentfonds mit anderen Fonds durch die Kapitalverwaltungsgesellschaft,
- die Einstellung oder Beschränkung des An- und Verkaufs durch die Kapitalverwaltungsgesellschaft,
- die Beendigung der Kooperation zwischen uns und der Kapitalverwaltungsgesellschaft aufgrund einer Kündigung durch die Kapitalverwaltungsgesellschaft,
- die Änderung der Fristen für den Fondseinkauf beziehungsweise -verkauf, die zu einer Abrechnung mit einem späteren Kurstermin führt,
- die Einführung oder Erhöhung von Kosten und Gebühren, die uns beim Fondseinkauf beziehungsweise -verkauf belastet werden,
- eine Beurteilung durch uns ergibt, dass der Fonds im Interesse der Versicherten ausgetauscht werden sollte, da Qualitätskriterien (zum Beispiel Fondsgröße, Anlagegrundsätze) nicht mehr gegeben sind,

- das von uns verwaltete Volumen eines Investmentfonds beträgt länger als sechs Monate weniger als 100.000 EUR beziehungsweise das gesamte von uns verwaltete Volumen einer →Anlagestrategie hat länger als sechs Monate weniger als 1.000.000 EUR betragen.

Bei der Auswahl des neuen Fonds werden wir einen nach unserer Meinung der ursprünglichen Ausrichtung des Baskets nahe liegenden Fonds wählen.

(3) Sollte Ihre Versicherung von der Streichung, Ersetzung oder Neuaufnahme eines Fonds nach Absatz (2) betroffen sein, dann werden Sie von uns schriftlich darüber benachrichtigt, zu welchem Zeitpunkt wir die Zusammensetzung des →Baskets ändern und welche Fonds Ihr Vertrag dann enthält.

Mit einer Frist von sechs Wochen können Sie auch einen anderen von uns angebotenen Basket gemäß § 15 wählen. Eine Gebühr verlangen wir in diesem Fall nicht. Die jeweils aktuelle Liste der Baskets ist bei uns jederzeit erhältlich.

(4) Wenn wir Sie nicht rechtzeitig informieren können, weil die Ausgabe von Fondsanteilen kurzfristig beschränkt, ausgesetzt oder endgültig eingestellt worden ist, werden wir Ihre für die Anlage vorgesehenen Beitragsteile und das →Vertragsguthaben in den von uns neu zusammengesetzten →Basket anlegen. Sie haben das Recht einen kostenlosen Wechsel des Baskets nach § 15 durchzuführen.

(5) Eine Kapitalverwaltungsgesellschaft kann die Rücknahme der Anteile eines Investmentfonds aussetzen, wenn außergewöhnliche Umstände vorliegen, die eine Aussetzung unter Berücksichtigung der Interessen der Anleger erforderlich erscheinen lassen. Auch bei Investmentfonds, die in der Regel ausschließlich über eine Börse gehandelt werden (ETF), kann der Börsenhandel zeitweise eingeschränkt sein. Sollte Ihre Versicherung von einer solchen zeitlich beschränkten Einstellung der Rücknahme von Anteilen eines Investmentfonds betroffen sein, werden wir bei Ende der →Versicherungsdauer, im Todesfall und im Falle einer Kündigung gemäß § 27 den auf diesen Investmentfonds entfallenden Teil Ihres Rückkaufswerts erst auszahlen, nachdem die zeitlich beschränkte Einstellung der Rücknahme von Anteilen dieses Investmentfonds aufgehoben wurde. Bei der Auszahlung werden wir einen →Börsentag zugrunde legen, der höchstens sieben Börsentage nach dem Tag der Wiederaufnahme der Rücknahme von Anteilen liegt

Weiterhin ist der Wechsel gemäß § 15 in einen →Basket, der den betroffenen Investmentfonds enthält, nicht möglich, solange die zeitlich beschränkte Rücknahme von Anteilen nicht aufgehoben wurde.

§ 38 Welche Vertragsbestimmungen können geändert werden?

Beitrags- und Leistungsänderung

(1) Wir sind gemäß § 163 VVG zu einer Neufestsetzung des vereinbarten Beitrags berechtigt, wenn

- a) sich der Leistungsbedarf nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den →Rechnungsgrundlagen des vereinbarten Beitrags geändert hat,
- b) der nach den berichtigten Rechnungsgrundlagen neu festgesetzte Beitrag angemessen und erforderlich ist, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistung zu gewährleisten, und

Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Grundfähigkeitsversicherung (Druckstück L-3-33-2022.B1)

Seite 27 von 29

- c) ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die Voraussetzungen der Buchstaben a) und b) überprüft und bestätigt hat.

Eine Neufestsetzung des Beitrags ist insoweit ausgeschlossen, als die Versicherungsleistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies insbesondere anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen hätte erkennen müssen.

(2) Der →Versicherungsnehmer kann verlangen, dass anstelle einer Erhöhung des Beitrags nach Absatz (1) die Versicherungsleistung entsprechend herabgesetzt wird.

(3) Die Neufestsetzung des Beitrags und die Herabsetzung der Versicherungsleistung werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung oder der Herabsetzung und der hierfür maßgeblichen Gründe an den →Versicherungsnehmer folgt.

(4) Die Mitwirkung des Treuhänders nach Absatz (1) Buchstabe c) entfällt, wenn die Neufestsetzung oder Herabsetzung der Versicherungsleistung der Genehmigung der Aufsichtsbehörde bedarf.

Bedingungsanpassung

(5) Ist eine Bestimmung in unseren Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie gemäß § 164 VVG durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der →Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.

(6) Die neue Regelung nach Absatz (5) wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem →Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 39 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 40 Wo ist der Gerichtsstand?

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag 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 Versicherungsvertrag 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 Versicherungsvertrag die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

§ 41 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?

(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.

Versicherungsombudsmann

(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

Email: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Internet: www.versicherungsombudsmann.de

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

(3) Wenn Sie Verbraucher sind und diesen Vertrag online (z. B. über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben, können Sie sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet.

Versicherungsaufsicht

(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.

Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Grundfähigkeitsversicherung (Druckstück L-3-33-2022.B1)

Seite 28 von 29

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:

Helvetia Versicherungen
– Beschwerdestelle –
Berliner Str. 56 – 58
60311 Frankfurt a.M.

Erläuterung von Fachausdrücken

Nachfolgend erläutern wir Ihnen einige wichtige Fachausdrücke, um die Lektüre der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu erleichtern. Im Text sind diese Fachausdrücke mitunter durch ein vorangestelltes „→“ markiert (Beispiel: „→Versicherungsjahr“).

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

Anlagestrategie: Bei Wahl einer Anlagestrategie erfolgt die Auswahl der Investmentfonds, die Festlegung ihres Verhältnisses zueinander sowie die Vornahme von Umschichtungen durch eine von uns beauftragte Kapitalanlage- oder Vermögensverwaltungsgesellschaft. Weitere Einzelheiten können Sie § 8 Abs. (8) entnehmen.

Arbeitsunfähigkeit: Einzelheiten zum Begriff der Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen können Sie § 5 entnehmen.

Arbeitsunfähigkeitsrente: Wird die →versicherte Person arbeitsunfähig gemäß § 5, zahlen wir eine Arbeitsunfähigkeitsrente gemäß § 4.

Basket: Ein Basket ist eine von uns festgelegte →Fondszusammenstellung.

Bewertungsreserven: Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen im Geschäftsbericht ausgewiesen sind. Weitere Einzelheiten können Sie § 11 Abs. (5) entnehmen.

Bezugsberechtigter: Als Bezugsberechtigter wird diejenige Person bezeichnet, die eine Leistung aus dem Versicherungsvertrag erhalten soll. Weitere Einzelheiten können Sie § 34 entnehmen.

Börsentag: Tag, an dem an einer Börse Handel stattfindet.

Deckungskapital: Das Deckungskapital ist die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den →Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechnete →Deckungsrückstellung.

Deckungsrückstellung: Eine Deckungsrückstellung bilden wir, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können. Die Deckungsrückstellung wird nach § 341f HGB und den aufgrund des § 88 Abs. 3 VAG erlassenen Rechtsverordnungen berechnet.

Fondsguthaben: Die mit Teilen der gezahlten Beiträge beziehungsweise gegebenenfalls der einmaligen Zahlungen (Zuzahlungen) sowie gegebenenfalls anfallenden Überschüssen erworbenen Fondsanteile bilden das Fondsguthaben. Weitere Einzelheiten können Sie § 8 Abs. (4) entnehmen.

Fondszusammenstellung: Eine Fondszusammenstellung (Basket) ist eine feste Zusammenstellung von Investmentfonds beziehungsweise von →Anlagestrategien. Der Anlage „Die von uns zu Ihrem Tarif angebotenen Fondszusammenstellungen (Baskets)“ können Sie die Baskets und die enthaltenen Investmentfonds und Anlagestrategien sowie den jeweiligen Anteil Ihrer Versicherung entnehmen.

Grundfähigkeit: Einzelheiten zu den versicherten Grundfähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen können Sie § 3 entnehmen.

Grundfähigkeitsrente: Verliert die →versicherte Person eine Grundfähigkeit gemäß § 3, zahlen wir eine Grundfähigkeitsrente gemäß § 2.

Investierter Beitrag: Der Teil des Beitrags, der nicht zur Deckung von Kosten verwendet wird, heißt investierter Beitrag.

Allgemeine Bedingungen für die fondsgebundene Grundfähigkeitsversicherung (Druckstück L-3-33-2022.B1)

Seite 29 von 29

Jahresbeitrag: Die Summe der innerhalb eines →Versicherungsjahres zu zahlenden Beiträge einer beitragspflichtigen Versicherung bezeichnen wir als Jahresbeitrag.

Jahresrente: Die Jahresrente bezeichnet die 12-fache monatliche →Grundunfähigkeits- beziehungsweise →Arbeitsunfähigkeitsrente.

Laufender Beitrag: Bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung sind die Beiträge je nach Vereinbarung monatlich, viertel-, halbjährlich oder jährlich während der Beitragszahlungsdauer zu zahlen.

Leistungsdauer: Mit Leistungsdauer wird der Zeitraum bezeichnet, bis zu dessen Ablauf eine während der →Versicherungsdauer anerkannte Leistung längstens erbracht wird.

Leistungsdynamik: Mit Leistungsdynamik wird in den Tarifen IGW und IGAW die garantierte Rentensteigerung im Leistungsfall bezeichnet. Einzelheiten entnehmen Sie § 2 Abs. (1) Buchstabe b) beziehungsweise § 4 Abs. (1) Buchstabe b).

Rechnungsgrundlagen: Die Rechnungsgrundlagen sind die Grundlagen für die Kalkulation Ihres Vertrags. Diese sind die Annahmen zur Entwicklung der versicherten Risiken, der Zinsen und der Kosten.

Rechnungsmäßiges Alter: Das rechnungsmäßige Alter ist das Alter der →versicherten Person zum Beginn des jeweiligen →Versicherungsjahres, wobei ein begonnenes, aber noch nicht vollendetes Lebensjahr hinzugerechnet wird, falls davon mehr als sechs Monate verstrichen sind.

Schlussüberschussguthaben: Das Schlussüberschussguthaben steht zur Deckung von Schwankungen im Zins-, Risiko- und Kostenverlauf zur Verfügung. Erst zum Vertragsende haben Sie Anspruch auf das Schlussüberschussguthaben, dessen Höhe deshalb nicht garantiert werden kann. Weitere Einzelheiten können Sie § 8 Abs. (5) entnehmen.

Textform: Erklärungen, die beispielsweise per Brief, Fax oder E-Mail abgegeben werden, erfüllen die Textform.

Versicherte Person: Die versicherte Person ist diejenige Person, deren Verlust einer →Grundfähigkeit versichert ist.

Versicherungsdauer: Die Versicherungsdauer ist der Zeitraum, innerhalb dessen Versicherungsschutz besteht.

Versicherungsjahr: Das Versicherungsjahr ist der Zeitraum eines Jahres ab dem jeweiligen →Versicherungstichtag.

Versicherungsnehmer: Der Versicherungsnehmer ist unser Vertragspartner. Die Rechte und Pflichten aus diesem Vertrag betreffen vorrangig den Versicherungsnehmer.

Versicherungsperiode: Die Versicherungsperiode umfasst bei Jahreszahlung ein Jahr, bei unterjähriger Beitragszahlung entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr beziehungsweise ein halbes Jahr.

Versicherungsschein: Ein Versicherungsschein dokumentiert einen zustande gekommenen Versicherungsvertrag und wird vom Versicherungsunternehmen regelmäßig als Urkunde ausgestellt.

Versicherungstichtag: Der Monatserste eines jeden Jahres, auf den auch das Ende der →Versicherungsdauer fällt, bezeichnet den Versicherungstichtag.

Vertragsguthaben: Das Vertragsguthaben setzt sich zusammen aus dem →Fondsguthaben und dem →Schlussüberschussguthaben. Der Zeitwert des Vertragsguthabens entspricht der Summe aller in Ihrer →Fondszusammenstellung (Basket) enthaltenen Investmentfonds

beziehungsweise →Anlagestrategien zum jeweiligen Stichtag. Weitere Einzelheiten können Sie § 8 Abs. (3) entnehmen.

Besondere Bedingungen für die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung (Druckstück L-4-33-2021.B1)

Seite 1 von 2

Die nachfolgenden Bedingungen gelten nur, wenn Sie die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen (Dynamik) vereinbart haben, was Sie Ihrem →Versicherungsschein entnehmen können.

§ 1 Wie erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge?

- (1) Der Beitrag für diesen Vertrag erhöht sich jährlich um 3 %.
- (2) Jede Beitragserhöhung führt zu einer Erhöhung der Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung.
- (3) Die letzte Erhöhung der Beiträge erfolgt fünf Jahre vor Ablauf der Beitragszahlungsdauer.

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Leistungen?

- (1) Die Erhöhungen der Beiträge und der Leistungen erfolgen jeweils zum →Versicherungsstichtag.
- (2) Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

§ 3 Wie berechnen wir die erhöhten Leistungen?

- (1) Wir errechnen die Erhöhung der Versicherungsleistungen nach dem am Erhöhungstermin erreichten →rechnungsmäßigen Alter der →versicherten Person, der restlichen Beitragszahlungsdauer, der restlichen →Versicherungsdauer, der restlichen →Leistungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag. Eine gegebenenfalls mitversicherte Arbeitsunfähigkeitsrente erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die vereinbarte Grundfähigkeitsrente. Die Leistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge.
- (2) Eine planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen erfolgt nur, wenn die vereinbarte jährliche Rente inklusive aller etwaigen Erhöhungen (zum Beispiel aufgrund von Nachversicherung oder Beitragserhöhung) den maßgeblichen Höchstwert nicht überschreitet. Der maßgebliche Höchstwert beträgt 150 % der zu Vertragsbeginn vereinbarten jährlichen Rente, mindestens aber 30.000 EUR.

§ 4 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Leistungen?

- (1) Alle im Rahmen des Vertrages getroffenen Vereinbarungen, auch die Bestimmung des →Bezugsberechtigten, gelten ebenfalls für die Erhöhung der Versicherungsleistungen. Entsprechende Anwendung finden die Paragraphen über die in Ihren Versicherungsvertrag eingerechneten Kosten der Allgemeinen Bedingungen.

(2) Die Erhöhung der Leistungen setzt die Fristen in den Paragraphen über die vorvertragliche Anzeigepflicht der Allgemeinen Bedingungen nicht erneut in Lauf.

(3) Die Paragraphen über die Überschussbeteiligung der Allgemeinen Bedingungen finden für jede Erhöhung entsprechende Anwendung, insbesondere eine eventuelle Frist bis zur Gutschrift der ersten Überschussanteile.

(4) Zur Bestimmung der Erhöhung der Leistungen können wir einen zum Erhöhungszeitpunkt gültigen Tarif mit gleichem Leistungsumfang zugrunde legen. Über die Verwendung eines neuen Tarifs werden wir Sie informieren.

§ 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

- (1) 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.
- (2) Entfallene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.
- (3) Sollten Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, so erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen; es kann jedoch mit unserer Zustimmung neu begründet werden.
- (4) Solange wegen des Verlusts einer Grundfähigkeit oder wegen Arbeitsunfähigkeit Ihre Beitragszahlungspflicht ganz oder teilweise entfällt, erfolgen keine Erhöhungen der Beiträge.

**Besondere Bedingungen für die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung
(Druckstück L-4-33-2021.B1)**

Seite 2 von 2

Erläuterung von Fachausdrücken

Nachfolgend erläutern wir Ihnen einige wichtige Fachausdrücke, um die Lektüre der Besonderen Versicherungsbedingungen zu erleichtern. Im Text sind diese Fachausdrücke mitunter durch ein vorangestelltes „→“ markiert (Beispiel: „→Versicherungsjahr“).

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

Bezugsberechtigter: Als Bezugsberechtigter wird diejenige Person bezeichnet, die eine Leistung aus dem Versicherungsvertrag erhalten soll.

Leistungsdauer: Mit Leistungsdauer wird der Zeitraum bezeichnet, bis zu dessen Ablauf eine während der Versicherungsdauer anerkannte Leistung längstens erbracht wird.

Rechnungsmäßiges Alter: Das rechnerische Alter ist das Alter der →versicherten Person zum Beginn des jeweiligen →Versicherungsjahres, wobei ein begonnenes, aber noch nicht vollendetes Lebensjahr hinzugerechnet wird, falls davon mehr als sechs Monate verstrichen sind.

Versicherte Person: Die versicherte Person ist diejenige Person, auf deren Leben die Versicherung abgeschlossen ist.

Versicherungsjahr: Als Versicherungsjahr bezeichnen wir den Zeitraum eines Jahres ab dem Versicherungsbeginn und die jeweils auf die Jahrestage folgenden Jahre.

Versicherungsdauer: Die Versicherungsdauer ist der Zeitraum, innerhalb dessen Versicherungsschutz besteht.

Versicherungsschein: Ein Versicherungsschein dokumentiert einen zustande gekommenen Versicherungsvertrag und wird vom Versicherungsunternehmen regelmäßig als Urkunde ausgestellt.

Versicherungstichtag: Der Monatserste eines jeden Jahres, auf den auch das Ende der →Versicherungsdauer fällt, bezeichnet den Versicherungstichtag.

Die von uns zu Ihrem Tarif angebotenen Fondszusammenstellungen (Baskets) (Druckstück L-6-12-2021.B2)

Seite 1 von 3

Für die Anlage des investierten Beitrags und der Überschussanteile stehen derzeit die nachfolgend beschriebenen Fondszusammenstellungen (Baskets) zur Auswahl.

WICHTIGE HINWEISE ZUR ANLAGE IN FONDS

Obwohl bei den Fonds versucht wird, den Risiken der Kapitalanlage gerecht zu werden und diese dementsprechend zu managen, trägt letztendlich der Versicherungsnehmer das mit der Anlage verbundene Risiko. Es kann keine Zusicherung gemacht werden, dass die Ziele der Anlagepolitik erreicht werden. Versicherungsnehmer sollten sich stets vor Augen halten, dass der Preis von Anteilen jeglicher Fonds und deren Erträge sowohl sinken als auch steigen kann, und dass sie möglicherweise deutlich weniger als den angelegten Betrag zurückerhalten.

Bei Aktienfonds kann der Wert als Reaktion auf Aktivitäten und Ergebnisse einzelner Gesellschaften sowie im Zusammenhang mit allgemeinen Markt- und Wirtschaftsbedingungen zum Teil sehr schwanken.

Bei Rentenfonds hängt der Wert von der Zinsentwicklung und der Bonität des Emittenten der zugrundeliegenden Anlagen ab.

Der Wert von Geldmarkt-Fonds hängt von der Entwicklung der Kapitalmärkte und der Entwicklung des Zinsniveaus ab.

Bei Immobilienfonds kann der Wert durch speziell im Grundbesitz liegende Risiken, wie zum Beispiel Leerstände, Mietrückstände und Mietausfälle, sowie durch Feuer- oder Naturkatastrophenschäden, trotz sorgfältiger Prüfung nicht rechtzeitig erkannte Altlasten oder Baumängel oder Verzögerungen beim Bau, beispielsweise durch Änderungen der Bauleitplanung oder bei der Erteilung der Baugenehmigung, stark schwanken.

Fonds, die vornehmlich in ausgewählte Branchen oder Themen investieren, können stark von der Konjunktur abhängig sein und Risiken wie beispielsweise Marktengpässe oder eine hohe Schwankungsbreite innerhalb bestimmter Konjunkturzyklen ausgesetzt sein.

Fonds, die vornehmlich in Unternehmen mit geringer Marktkapitalisierung (Small Caps/Mid Caps) investieren, unterliegen unter Umständen einer größeren Kursvolatilität. Die Gründe für die größere Kursvolatilität sind unter anderem eine geringere Liquidität der betreffenden Märkte und eine höhere Anfälligkeit kleinerer Unternehmen bei einer Änderung der Wirtschaftslage.

Fonds, die vornehmlich nur in einem Land oder einer Region investieren, sind den Markt-, den politischen und den wirtschaftlichen Risiken dieses Landes bzw. dieser Region ausgesetzt.

Viele der zugrundeliegenden Anlagen eines Fonds können auf andere Währungen als die Nominalwährung des betreffenden Fonds lauten. Daher können Wechselkursschwankungen den Wert der Fondsanteile stark beeinflussen.

Investitionen in Fonds unterliegen Nachhaltigkeitsrisiken, das heißt der Eintritt eines Ereignisses oder einer Bedingung im Bereich Umwelt, Soziales oder Unternehmensführung können negative Auswirkungen auf den Wert der zugrundeliegenden Kapitalanlage haben.

Die vorstehend beispielhaft genannten Risiken stellen keine abschließende Aufzählung dar.

Detaillierte Informationen zu den Fonds erhalten Sie in den wesentlichen Anlegerinformationen, den vollständigen Verkaufsprospekten und Rechenschaftsberichten bzw. Halbjahresberichten der Fonds.

I. BASKET ANLAGESTRATEGIEN

Bei Wahl des Baskets Anlagestrategien werden Ihre investierten Beiträge zu gleichen Teilen in die unten aufgeführten Anlagestrategien investiert. Durch die Wahl einer Anlagestrategie beauftragen Sie die Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG, für Sie die Anlageentscheidung entsprechend dieser Anlagestrategie zu übernehmen. Die Auswahl der Investmentfonds, die Festlegung ihres Verhältnisses zueinander sowie die Vornahme von Umschichtungen erfolgt durch eine von uns beauftragte Kapitalanlage- oder Vermögensverwaltungsgesellschaft.

Die Fondsauswahl erfolgt aus Fonds, deren Vertragsbedingungen von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht genehmigt worden sind (bei inländischen Fonds) beziehungsweise gegen deren Vertragsbedingungen die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht keine Einwände erhoben hat (bei ausländischen Fonds). Im Rahmen einer Anlagestrategie können beliebig viele Fonds kombiniert werden. Die Fondszusammensetzung sowie die Festlegung ihres Verhältnisses zueinander kann jederzeit den Marktgegebenheiten, beispielsweise wenn die voraussichtlichen Aussichten an den Ertrag bzw. die Wertschwankung nicht mehr der Anlageausrichtung der Anlagestrategie entspricht, angepasst werden, das heißt während der Vertragslaufzeit können Fonds ausgetauscht oder die prozentuale Aufteilung verändert werden. Das vorhandene Fondsguthaben wird dann entsprechend umgeschichtet. Auf Wunsch informieren wir Sie jederzeit über die aktuelle Fondsaufteilung innerhalb einer Anlagestrategie sowie über die Anlagegrundsätze der Fonds.

Für die Ausübung des Managements der Anlagestrategien erheben wir Kosten in Höhe von monatlich 0,07 % des Vertragsguthabens der jeweiligen Anlagestrategie. Diese Kosten werden am 15. eines jeden Monats (beziehungsweise am nächstfolgenden Börsentag, falls der 15. kein Börsentag ist) dem Vermögen direkt entnommen.

Der Basket besteht derzeit aus den folgenden Anlagestrategien:

Name der Anlagestrategie	Anteil
BlueLane	25%
MainLane	25%
SevenLane	25%
SpeedLane	25%

Die von uns zu Ihrem Tarif angebotenen Fondszusammenstellungen (Baskets) (Druckstück L-6-12-2021.B2)

Seite 2 von 3

Anlagestrategie BlueLane

Die Anlageausrichtung sieht vor, bei einem langen Anlagehorizont unter Inkaufnahme von großen kurzfristigen Wertschwankungen langfristig einen möglichst großen Vermögenszuwachs durch Kapitalgewinne zu erzielen.

Die Investitionen erfolgen in der Regel ausschließlich in Aktienfonds. Zur Ertragssicherung kann jedoch vorübergehend bis zu 70 % des Anlagevolumens in Rentenfonds oder Geldmarktfonds investiert werden.

Einen Anlageschwerpunkt bilden Aktienfonds, die in Unternehmen, Branchen oder Wirtschaftssektoren investieren, die vom globalen Wandel, beispielsweise vom Klimawandel, dem Ressourcenverzehr oder den demographischen Veränderungen, profitieren.

Bei gleicher Rendite- und Risikoerwartung werden bei der Auswahl die Fonds bevorzugt, die nach Nachhaltigkeitskriterien investieren.

Es kann auch in sonstige Fonds (wie gemischte Fonds, Rohstofffonds, Edelmetallfonds, Branchenfonds, Themenfonds, Immobilienfonds, Futuresfonds und Hedgefonds) investiert werden. Der Anteil der Anlagen, die nicht in Euro erfolgen, ist nicht beschränkt.

Anlagestrategie MainLane

Die Anlageausrichtung sieht vor, bei einem langen Anlagehorizont unter Inkaufnahme von großen kurzfristigen Wertschwankungen langfristig einen möglichst großen Vermögenszuwachs durch Kapitalgewinne zu erzielen.

Die Investitionen erfolgen in der Regel ausschließlich in Aktienfonds. Zur Ertragssicherung kann jedoch vorübergehend bis zu 50 % des Anlagevolumens in Rentenfonds oder Geldmarktfonds investiert werden.

Es kann auch in sonstige Fonds (wie gemischte Fonds, Rohstofffonds, Edelmetallfonds, Branchenfonds, Themenfonds, Immobilienfonds, Futuresfonds und Hedgefonds) investiert werden. Der Anteil der Anlagen, die nicht in Euro erfolgen, ist nicht beschränkt.

Anlagestrategie SevenLane

Die Anlageausrichtung sieht vor, bei einem langen Anlagehorizont unter Inkaufnahme von großen kurzfristigen Wertschwankungen langfristig einen möglichst großen Vermögenszuwachs durch Kapitalgewinne zu erzielen.

Die Investitionen erfolgen in der Regel ausschließlich in Aktienfonds. Zur Ertragssicherung kann jedoch vorübergehend bis zu 70 % des Anlagevolumens in Rentenfonds oder Geldmarktfonds investiert werden.

Einen Anlageschwerpunkt bilden Aktienfonds, die auf Länder und Regionen ausgerichtet sind, wobei insgesamt einzelne Wirtschaftsräume deutlich übergewichtet werden können.

Es kann auch in sonstige Fonds (wie gemischte Fonds, Rohstofffonds, Edelmetallfonds, Branchenfonds, Themenfonds, Immobilienfonds, Futuresfonds und Hedgefonds) investiert werden. Der Anteil der Anlagen, die nicht in Euro erfolgen, ist nicht beschränkt.

Anlagestrategie SpeedLane

Die Anlageausrichtung sieht vor, bei einem langen Anlagehorizont unter Inkaufnahme von großen kurzfristigen Wertschwankungen langfristig einen möglichst großen Vermögenszuwachs durch Kapitalgewinne zu erzielen.

Die Investitionen erfolgen in der Regel ausschließlich in Aktienfonds. Zur Ertragssicherung kann jedoch vorübergehend bis zu 50 % des Anlagevolumens in Rentenfonds oder Geldmarktfonds investiert werden.

Ein Anlageschwerpunkt bilden Aktienfonds, die auf Länder und Regionen mit hohem Wachstumspotential (Emerging Markets) ausgerichtet sind, Fonds, die in kleinere und mittlere Unternehmen investieren und Fonds mit Ausrichtung auf Branchen oder Wirtschaftssektoren mit hohen Wachstumsaussichten.

Es kann auch in sonstige Fonds (wie gemischte Fonds, Rohstofffonds, Edelmetallfonds, Branchenfonds, Themenfonds, Immobilienfonds, Futuresfonds und Hedgefonds) investiert werden. Der Anteil der Anlagen, die nicht in Euro erfolgen, ist nicht beschränkt.

II. BASKET ETF

Bei Wahl des Basket ETF werden Ihre investierten Beiträge zu gleichen Teilen in die unten aufgeführten Investmentfonds investiert. Es handelt sich bei den Fonds um weitestgehend passiv gemanagte ETF (exchange-traded fund).

Der Basket besteht derzeit aus den folgenden Investmentfonds:

Name des Fonds	ISIN	Anteil
Xtrackers STOXX® EUROPE 600 UCITS ETF 1C	LU0328475792	20%
iShares Core DAX® UCITS ETF (DE)	DE0005933931	20%
iShares Core MSCI World UCITS ETF	IE00B4L5Y983	20%
iShares NASDAQ 100 UCITS ETF	IE00B53SZB19	20%
SPDR MSCI EM Asia UCITS ETF	IE00B466KX20	20%

III. BASKET NACHHALTIGKEITSFONDS

Bei Wahl des Basket Nachhaltigkeitsfonds werden Ihre investierten Beiträge zu gleichen Teilen in die unten aufgeführten Investmentfonds investiert. Es handelt sich bei den Fonds um Investmentfonds, deren Fondsmanager bestrebt sind, Nachhaltigkeitskriterien im aktiven Management der Kapitalanlagen zu berücksichtigen. Die Einhaltung der Nachhaltigkeitskriterien erfolgt nach den Angaben der Kapitalverwaltungsgesellschaft. Wir können deshalb dafür keine Garantie übernehmen.

Der Basket besteht derzeit aus den folgenden Investmentfonds:

**Die von uns zu Ihrem Tarif angebotenen Fondszusammenstellungen (Baskets)
(Druckstück L-6-12-2021.B2)**

Seite 3 von 3

Name des Fonds	ISIN	Anteil
Amundi Funds Global Ecology ESG	LU1883318740	25%
JSS Sustainable Equity – Global Thematic	LU0229773345	25%
PRIMA – Global Challenges A	LU0254565053	25%
terrAssisi Aktien I AMI	DE0009847343	25%

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die im Versicherungsantrag enthaltenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG, Weißadlergasse 2, 60311 Frankfurt am Main, schriftlich nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht (Druckstück L-5-1-2008.B1)

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor unserer Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles

- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Zusätzlich haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufwertes.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichten fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht (Druckstück L-5-1-2008.B1)

Seite: 2

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, 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.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsabschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflichten, des Rücktritts, der Kündigung, der rückwirkenden Vertragsänderung, der Anfechtung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte sowohl die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.