

Bedingungen für Ihre Versicherung **RÜCKHALT**

DIE Risikolebensversicherung.

Stand: September 2021

Tarif in Kurzform: DRV

Liebe Kundin, lieber Kunde,

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

RÜCKHALT – kurz und knapp

RÜCKHALT sichert das ab, was Ihnen wichtig ist: Ihre Familie, Ihren Betrieb oder Ihre Immobilienfinanzierung. Wir bieten Ihnen hierzu drei Pakete an: „Starter“, „Partner“ und „Planer“. Der Umfang Ihres Schutzes richtet sich danach, für welches Paket Sie sich entschieden haben. Im Fall der Fälle zahlen wir eine Einmalleistung.

Wir möchten, dass Sie uns verstehen. Deshalb haben wir unser Versicherungsdeutsch für Sie übersetzt. In den Bedingungen finden Sie markierte Begriffe. Diese erläutern wir am Ende dieser Bedingungen unter Nummer 37. Sollte dennoch etwas unklar sein, können Sie sich gern bei uns melden.

Ihre
Dortmunder
Lebensversicherung AG

Ihr Schutz und unsere Leistungen

- | | | |
|----|---|----|
| 1. | Wann erhalten Sie die Todesfallsumme und in welcher Höhe? | 4 |
| 2. | Wann erbringen wir eine vorgezogene Leistung? | 5 |
| 3. | Welche Bedeutung hat die Partner-Sicherheit im Paket „Partner“ und im Paket „Planer“? | 5 |
| 4. | Wann sprechen wir von einer schweren Krankheit oder Pflegebedürftigkeit und welche Leistung bekommen Sie? | 7 |
| 5. | Welche Besonderheiten gelten bei Vereinbarung eines Nichtraucher tarifs? | 11 |

Weitere Regelungen zu unseren Leistungen

- | | | |
|-----|--|----|
| 6. | Wann können Sie Ihren Schutz ohne eine erneute Prüfung der Gesundheit erhöhen? | 13 |
| 7. | Wann können Sie Ihre Versicherung RÜCKHALT ohne Prüfung der Gesundheit verlängern? | 14 |
| 8. | Was ist zu beachten, wenn die Todesfallsumme oder eine vorgezogene Leistung verlangt wird? | 15 |
| 9. | Wie unterstützen wir im Leistungsfall? | 16 |
| 10. | Wann informieren wir, ob und in welchem Umfang wir leisten? | 16 |
| 11. | Was gilt, wenn Pflichten im Leistungsfall verletzt werden? | 16 |
| 12. | Wer erhält die vereinbarten Leistungen? | 16 |
| 13. | Wie wichtig ist der Versicherungsschein? | 18 |

Ihr Beitrag

- | | | |
|-----|--|----|
| 14. | Worauf müssen Sie achten, wenn Sie Beiträge zahlen? | 18 |
| 15. | Was passiert, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen? | 18 |

Regelungen für die automatische Erhöhung Ihrer Beiträge und Leistungen

- | | | |
|-----|--|----|
| 16. | Was gilt, wenn Sie die automatische Erhöhung Ihrer Beiträge und Leistungen vereinbart haben? | 19 |
|-----|--|----|

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

- | | | |
|-----|--|----|
| 17. | Wie können Sie eine Stundung der Beiträge oder eine Zahlungspause mit uns vereinbaren? | 20 |
| 18. | Wann können Sie Ihre Beiträge reduzieren oder Ihre Versicherung beitragsfrei stellen? | 21 |
| 19. | Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen? | 23 |

Kosten Ihrer Versicherung

- | | | |
|-----|---|----|
| 20. | Welche Kosten entstehen bei Ihrer Versicherung? | 23 |
|-----|---|----|

Beteiligung an den Überschüssen

- | | | |
|-----|---|----|
| 21. | Wie beteiligen wir Sie an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven? | 24 |
|-----|---|----|

Vorvertragliche Anzeigepflicht

- | | | |
|-----|--|----|
| 22. | Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung? | 26 |
|-----|--|----|

Weitere Regelungen

- | | | |
|-----|---|----|
| 23. | Wann haben Sie keinen Schutz? | 28 |
| 24. | Was gilt bei vorsätzlicher Selbsttötung der versicherten Person? | 29 |
| 25. | Wann dürfen wir den Beitrag erhöhen oder die Leistungen reduzieren? | 29 |
| 26. | Unter welchen Voraussetzungen können wir die Bedingungen anpassen und wann wird eine neue Bestimmung wirksam? | 30 |
| 27. | Was gilt, wenn sich Ihr Name oder Ihre Adresse ändert? | 30 |

28. Was müssen Sie uns außerdem mitteilen?	30
29. Welches Recht gilt für diese Versicherung?	31
30. Was können Sie bei Meinungsverschiedenheiten tun?	31

Bedingungen für den vorläufigen Schutz bei der Versicherung RÜCKHALT

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

Wichtige Begriffe

37. Kurze Erläuterung einiger wichtiger Begriffe	35
--	----

Bedingungen für Ihre Versicherung **RÜCKHALT**

Ihr Schutz und unsere Leistungen

1. **Wann erhalten Sie die Todesfallsumme und in welcher Höhe?**
 - 1.1 Ihre Versicherung **RÜCKHALT** ist eine Versicherung auf den Todesfall. Stirbt eine der versicherten Personen während der Dauer der Versicherung, erbringen wir die zum Zeitpunkt des Todes vereinbarte Leistung. Diese nennen wir Todesfallsumme.
 - 1.2 Sie können Ihren Vertrag abschließen
 - als Paket „Starter“ mit gleichmäßig fallender Todesfallsumme,
 - als Paket „Starter“ mit gleichbleibender Todesfallsumme,
 - als Paket „Partner“ mit gleichbleibender Todesfallsumme und zusätzlichen Optionen oder
 - als Paket „Planer“ mit gleichbleibender Todesfallsumme und zusätzlichen Leistungen und Optionen.
 - 1.3 Haben Sie das Paket „Starter“ mit gleichmäßig fallender Todesfallsumme vereinbart, ändert sich die Todesfallsumme während der Dauer Ihrer Versicherung **RÜCKHALT**. Die Änderungen gelten jeweils ab dem Jahrestag des Beginns Ihrer Versicherung. Die Höhe der Todesfallsumme wird dann für alle Versicherungsjahre im Versicherungsschein genannt.
Haben Sie das Paket „Starter“ mit gleichbleibender Todesfallsumme vereinbart, ändert sich die Todesfallsumme während der Dauer Ihrer Versicherung **RÜCKHALT** nicht.
 - 1.4 Haben Sie das Paket „Partner“ vereinbart, ändert sich die Todesfallsumme während der Dauer Ihrer Versicherung **RÜCKHALT** nicht.
Das Paket „Partner“ beinhaltet folgende zusätzliche Optionen:
 - die Möglichkeit auf eine vorgezogene Leistung unter bestimmten Voraussetzungen, wie unter 2. beschrieben,
 - die Partner-Sicherheit, wie unter 3. beschrieben,
 - ereignisunabhängige Erhöhungen, wie unter 6. beschrieben,
 - eine Verlängerungsoption, wie unter 7. beschrieben.
 - 1.5 Das Paket „Planer“ beinhaltet zusätzlich zum Paket „Partner“ folgende Leistungen:
 - Eine Leistung in Höhe von 10 % der vereinbarten Todesfallsumme, wenn die versicherte Person während der Dauer Ihrer Versicherung **RÜCKHALT** schwer erkrankt oder pflegebedürftig wird, wie unter 4. beschrieben.
 - 1.6 Welches Paket Sie mit uns vereinbart haben, die Höhe der Todesfallsumme und alle weiteren wesentlichen Informationen stehen in Ihrem Versicherungsschein.
 - 1.7 Ihr Schutz beginnt erst, wenn wir Ihren Antrag annehmen. Aber nicht vor dem vereinbarten Beginn Ihrer Versicherung **RÜCKHALT**.
 - 1.8 Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen erhalten Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung. Weitere Informationen hierzu stehen unter 21.
 - 1.9 Wenn die versicherte Person den Ablauf der Versicherung erlebt, wird keine Leistung fällig.
Gleiches gilt bei der Partner-Sicherheit, wenn beide versicherten Personen den Ablauf der Versicherung erleben.
 - 1.10 Haben Sie Ihre Versicherung **RÜCKHALT** als Immobilienkäufer, Familiengründer oder zur Praxis- bzw. Kanzleifinanzierung mit verkürzten Fragen zur Gesundheit abgeschlossen, beträgt die vereinbarte Todesfallsumme maximal 400.000 Euro. Weitere Verträge mit verkürzten Fragen zur Gesundheit auf das Leben der versicherten Personen können Sie nur abschließen, wenn alle Verträge zusammen die maximale Todesfallsumme von 400.000 Euro nicht überschreiten. Alle bestehenden Verträge Ihrer Versicherung **RÜCKHALT** werden dabei auf die maximal zulässige Todesfallsumme von 400.000 Euro angerechnet.

1.11 Ihr Schutz gilt weltweit.

Vorgezogene Leistung

Dieser Abschnitt gilt, wenn Sie das Paket „Partner“ oder „Planer“ abgeschlossen haben.

2. Wann erbringen wir eine vorgezogene Leistung?

- 2.1 Haben Sie das Paket „Partner“ oder das Paket „Planer“ vereinbart, können Sie die vereinbarte Todesfallsumme bereits zu Lebzeiten der versicherten Person als vorgezogene Leistung erhalten. Voraussetzungen dafür sind, dass
- die versicherte Person während der Dauer der Versicherung an einer fortschreitenden, unheilbaren Krankheit, wie unter 2.2 beschrieben, erkrankt und
 - die verbleibende Dauer Ihrer Versicherung noch mindestens 12 Monate beträgt.
- 2.2 Eine fortschreitende, unheilbare Krankheit nach diesen Bedingungen ist jede Krankheit, die nach der Prognose des behandelnden Facharztes innerhalb von 12 Monaten zum Tod führen wird. Die Prognose muss nach dem aktuellen medizinischen Wissensstand getroffen werden.
Wir behalten uns vor, die Prognose von einem unabhängigen Facharzt überprüfen zu lassen.
- 2.3 Bitte geben Sie uns nach Erhalt der Prognose so schnell wie möglich Bescheid, wenn Sie eine vorgezogene Leistung erhalten möchten.
Welche Nachweise Sie im Einzelnen einreichen müssen, ist unter 8.2 beschrieben.
- 2.4 Haben wir bereits zu Lebzeiten die vereinbarte Todesfallsumme als vorgezogene Leistung ausgezahlt, endet Ihre Versicherung RÜCKHALT. Bei Tod der versicherten Person wird dann keine Leistung mehr fällig.
Ist Ihre Versicherung RÜCKHALT eine Versicherung mit zwei versicherten Personen, gilt abweichend:
- Eine vorgezogene Leistung ist für jede der versicherten Personen einmalig möglich.
 - Haben wir die vorgezogene Leistung für eine der versicherten Personen ausgezahlt, wird Ihre Versicherung RÜCKHALT als Versicherung auf den Tod der anderen versicherten Person fortgeführt, wie unter 3.2 beschrieben. Sie müssen dann keine weiteren Beiträge mehr zahlen.
 - Wurde für beide versicherten Personen die vorgezogene Leistung erbracht, erlischt Ihre Versicherung RÜCKHALT.

Partner-Sicherheit

Dieser Abschnitt gilt, wenn Sie das Paket „Partner“ oder „Planer“ abgeschlossen haben.

3. Welche Bedeutung hat die Partner-Sicherheit im Paket „Partner“ und im Paket „Planer“?

- 3.1 Haben Sie das Paket „Partner“ oder das Paket „Planer“ gewählt, beinhaltet Ihre Versicherung RÜCKHALT die Partner-Sicherheit.
Bei der Partner-Sicherheit haben Sie die Möglichkeit, eine zweite versicherte Person in Ihrer Versicherung RÜCKHALT mitzuversichern.
Sie können die zweite versicherte Person entweder direkt bei Abschluss Ihrer Versicherung oder nachträglich in Ihrer Versicherung RÜCKHALT mitversichern.
- 3.2 Haben Sie eine zweite Person mitversichert, gilt bei Tod während der Dauer der Versicherung Folgendes:
- Bei Tod der zuerst sterbenden versicherten Person zahlen wir die vereinbarte Todesfallsumme aus. Sie müssen dann keine weiteren Beiträge mehr zahlen. Ihre Versicherung RÜCKHALT wird als Versicherung auf den Tod der überlebenden versicherten Person fortgeführt.
 - Stirbt auch diese versicherte Person während der Dauer des Vertrags, wird die Todesfallsumme erneut ausgezahlt und die Versicherung endet.
 - Bei gleichzeitigem Tod der versicherten Personen wird die vereinbarte Todesfallsumme zweimal ausgezahlt und die Versicherung endet.

Nachträglicher Einschluss einer zweiten versicherten Person

- 3.3 Wenn Sie bei Abschluss Ihrer Versicherung RÜCKHALT noch keine zweite versicherte Person mitversichert haben, haben Sie nachträglich die Möglichkeit, eine zweite versicherte Person in Ihre bestehende Versicherung aufzunehmen. Die Rechnungsgrundlagen ändern sich hierdurch nicht.
- 3.4 Durch die Aufnahme der zweiten versicherten Person erhöht sich das von Ihnen versicherte Risiko und somit erhöhen sich auch die von Ihnen zu zahlenden Beiträge. Diese berechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik.
- 3.5 Die Aufnahme einer zweiten versicherten Person ist unter den in 3.6 genannten Voraussetzungen bei Vorliegen eines der folgenden Ereignisse möglich:
- Heirat zwischen der ersten versicherten Person und der in den Vertrag aufzunehmenden zweiten versicherten Person,
 - Geburt eines gemeinsamen Kindes oder gemeinsame Adoption eines Kindes von der ersten versicherten Person und der in den Vertrag aufzunehmenden zweiten versicherten Person,
 - Erwerb und Finanzierung einer selbstgenutzten Immobilie mit einem Finanzierungsbetrag von mindestens 50.000 Euro der ersten versicherten Person zusammen mit der im Vertrag aufzunehmenden zweiten versicherten Person.
- Das Ereignis muss während der Laufzeit Ihrer Versicherung RÜCKHALT eingetreten sein.
- 3.6 Die Aufnahme der zweiten versicherten Person ist nur bei Vorliegen folgender Voraussetzungen möglich:
- Sie sind die erste versicherte Person Ihrer Versicherung RÜCKHALT,
 - die nachträglich in den Vertrag aufzunehmende versicherte Person ist noch nicht 45 Jahre alt,
 - die vereinbarte Todesfallsumme Ihrer Versicherung RÜCKHALT beträgt zum Zeitpunkt der nachträglichen Aufnahme der zweiten versicherten Person maximal 400.000 Euro,
 - Sie zahlen zum Zeitpunkt des nachträglichen Einschlusses der zweiten versicherten Person Beiträge für Ihre Versicherung RÜCKHALT und es bestehen keine Beitragsrückstände,
 - Sie haben bisher keine Leistungen aus Ihrer Versicherung RÜCKHALT beantragt und
 - es ist noch kein Leistungsfall, wie unter 2. und 4. beschrieben, bei der ersten versicherten Person eingetreten.
- 3.7 Sie können die nachträgliche Aufnahme der zweiten versicherten Person innerhalb von 6 Monaten ab Eintritt eines der in Absatz 5 genannten Ereignisse in Textform beantragen. Wir schicken Ihnen dann die erforderlichen Unterlagen zu.
- 3.8 Bei der nachträglichen Aufnahme der zweiten versicherten Person nehmen wir bei dieser keine Prüfung der Gesundheit vor. Wir fragen nur nach der Größe, dem Gewicht, dem aktuellen Beruf und dem Rauchverhalten der zweiten versicherten Person. Die Angaben sind Grundlage für die Berechnung des neuen Beitrags.
- 3.9 Eine Leistung für die nachträglich aufgenommene zweite versicherte Person erbringen wir erst nach einer Wartezeit von 3 Jahren. Dies bedeutet, dass wir keine Leistung erbringen, wenn bei der zweiten versicherten Person innerhalb der ersten 3 Jahre nach Aufnahme in den Vertrag ein Leistungsfall eintritt.
- Stirbt die zweite versicherte Person innerhalb der ersten 3 Jahre nach Aufnahme in den Vertrag, erhalten Sie jedoch die für die zweite versicherte Person gezahlten Beitragsanteile zurück.
- Tritt der Leistungsfall infolge eines Unfalls ein, erbringen wir auch innerhalb der ersten 3 Jahre die volle vereinbarte Leistung.

- 3.10 Ein Unfall im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Schädigung der Gesundheit erleidet.

Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu dem Unfall gekommen ist. Wir leisten jedoch nicht in den unter 23. beschriebenen Fällen.

Schwere Krankheit und Pflegebedürftigkeit

Dieser Abschnitt gilt, wenn Sie das Paket „Planer“ abgeschlossen haben.

4. Wann sprechen wir von einer schweren Krankheit oder Pflegebedürftigkeit und welche Leistung bekommen Sie?

- 4.1 Haben Sie das Paket „Planer“ vereinbart, erhalten Sie auch dann Leistungen aus Ihrer Versicherung RÜCKHALT, wenn die versicherte Person während der Dauer Ihres Vertrags schwer erkrankt, wie in 4.3 bis 4.11 beschrieben, oder pflegebedürftig wird, wie in 4.12 beschrieben.

Haben Sie in Ihrer Versicherung RÜCKHALT zwei Personen versichert, gelten die Regelungen in diesem Abschnitt jeweils für beide versicherte Personen.

Wurde die zweite versicherte Person nachträglich in Ihre Versicherung RÜCKHALT aufgenommen, gelten die Regelungen für diese erst nach Ablauf der Wartezeit, wie unter 3.9 beschrieben.

- 4.2 Leidet die versicherte Person unter einer der in diesem Abschnitt genannten Krankheiten oder wird sie pflegebedürftig, wie in diesem Abschnitt beschrieben, erhalten Sie eine Einmalzahlung in Höhe von 10 % der zu diesem Zeitpunkt vereinbarten Todesfallsumme.

Schwere Krankheit

- 4.3 Eine schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person während der Laufzeit Ihrer Versicherung RÜCKHALT an einer der folgenden Krankheiten erkrankt:

- Krebs inklusive Hirntumor,
- Herzinfarkt,
- Schlaganfall,
- Multiple Sklerose,
- Querschnittslähmung,
- Verlust des Sehvermögens,
- Verlust des Hörvermögens,
- Verlust der Sprechfähigkeit.

Der Eintritt einer der versicherten schweren Krankheiten ist durch einen Facharzt der entsprechenden Fachrichtung mit den nach aktuellem medizinischen Wissensstand üblichen Befunderhebungen nachzuweisen.

- 4.4 Krebs

Krebs im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn

- ein solider Tumor in einer malignen (bösartigen) Form ab Tumorgröße T2 oder
- ein Tumor mit Lymphknoten- oder Fernmetastasen oder
- ein Gehirntumor ab WHO II oder
- Leukämie, Morbus Hodgkin oder maligne (bösartige) Lymphome

histopathologisch, das heißt durch eine Gewebeuntersuchung, nachgewiesen wird. Nicht bösartige Gehirntumore gelten auch als schwere Krankheiten im Sinne dieser Bedingungen, sofern eindeutig dauerhafte neurologische und auf Therapien nicht ansprechende Ausfallerscheinungen nachgewiesen werden.

Zwischen Beginn der Versicherung und Stellung der Erstdiagnose muss ein Zeitraum von mindestens 6 Monaten gelegen haben.

Wir leisten allerdings nicht bei:

- malignen Melanomen der Tumorgröße T2a
- frühen Prostatakarzinomen der Tumorgröße T2a
- papillären und follikulären Schilddrüsenkarzinomen der Tumorgröße T2 und

- nicht melanomatösen Hauttumoren
sofern diese jeweils der Kategorie N0M0 angehören und keine Chemo-, Radiatio- oder Immuntherapie erforderlich ist.
Hierbei handelt es sich um bösartige Krebserkrankungen in einem milderen Stadium ohne Metastasen.
- 4.5 Herzinfarkt
Ein Herzinfarkt im Sinne dieser Bedingungen ist das Absterben von Herzmuskelgewebe infolge unzureichender Blutzufuhr in die betroffenen Bereiche des Herzmuskels wegen Verengung oder Verschlusses eines oder mehrerer Herzkranzgefäße. Es muss sich um einen während der Laufzeit des Vertrags akut aufgetretenen Infarkt mit einer voraussichtlich mindestens 3 Monate bestehenden behandlungsbedürftigen Funktionsstörung handeln. Der Infarkt muss mit den dann geltenden kardiologischen Nachweisverfahren eindeutig belegt werden. Hierzu gehört ein nachgewiesener Troponinanstieg sowie entweder typische klinische Symptome oder charakteristische EKG-Veränderungen.
Ein stummer Herzinfarkt sowie andere akute Koronarsyndrome, wie zum Beispiel Angina pectoris, gelten nicht als schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen.
- 4.6 Schlaganfall
Ein Schlaganfall im Sinne dieser Bedingungen ist das Absterben von Hirngewebe, verursacht durch eine Durchblutungsstörung des Gehirns infolge eines Hirninfarkts oder einer intrakraniellen oder subarachnoidalen Blutung.
Es muss sich um einen während der Laufzeit des Vertrags akut aufgetretenen Schlaganfall mit einem seit mindestens 3 Monate bestehenden und voraussichtlich für insgesamt mindestens 12 Monate andauernden motorischen und objektivierbaren Funktionsausfall handeln. Der Funktionsausfall muss dabei in einem Bereich auftreten, der durch die vom Schlaganfall betroffene Hirnregion gesteuert wird.
Der Schlaganfall muss mit entsprechenden bildgebenden Verfahren, wie zum Beispiel Computertomografie oder Kernspintomographie, eindeutig belegt werden. Vorübergehende Hirndurchblutungsstörungen, wie zum Beispiel TIA oder PRIND, die sich ohne Folgen zurückbilden, sowie migränebedingte neurologische Ausfallerscheinungen gelten nicht als schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen.
- 4.7 Multiple Sklerose
Multiple Sklerose im Sinne dieser Bedingungen liegt vor bei einer entzündlichen Erkrankung des zentralen Nervensystems mit Entmarkungsherden in der weißen Substanz des Gehirns oder Rückenmarks. Dafür müssen die folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:
 - es wird anhand der zum Zeitpunkt der Beantragung der Leistungen gültigen McDonald-Kriterien die Diagnose einer Multiplen Sklerose gestellt und
 - es besteht weiterhin eine dadurch erklärbare neurologische Einschränkung, die einem Wert von 4,5 in der Expanded Disability Status Scale oder einer vergleichbaren Skala entspricht.
- 4.8 Querschnittslähmung
Querschnittslähmung im Sinne dieser Bedingungen liegt vor bei vollständiger und dauerhafter Lähmung beider Beine, verursacht durch eine Schädigung der Nervenleitungen im Rückenmark.
- 4.9 Verlust des Sehvermögens
Das Sehvermögen der versicherten Person ist stark eingeschränkt. Das bedeutet, dass auch mit Hilfsmitteln, wie zum Beispiel Brille oder Kontaktlinsen, oder nach therapeutischen Maßnahmen
 - auf beiden Augen jeweils nur noch ein Restsehvermögen von höchstens 5 % oder
 - in alle Richtungen eine Einschränkung des Gesichtsfeldes auf höchstens 15 Grad Abstand vom Zentrum besteht.

Das Sehvermögen muss voraussichtlich für mindestens 6 Monate ununterbrochen verloren sein oder ist bereits seit 6 Monaten verloren. Der Beginn der 6-Monatsfrist muss in der Laufzeit Ihrer Versicherung **RÜCKHALT** liegen.

4.10 Verlust des Hörvermögens

Das Hörvermögen der versicherten Person ist stark eingeschränkt. Das bedeutet, dass auch mit Hilfsmitteln, wie zum Beispiel Hörgeräten, auf beiden Ohren ein Hörverlust

- von mindestens 75 % oder
- von mindestens 60 dB bei einer Tonfrequenz von 2 kHz vorliegt. Der Hörverlust muss mittels Tonaudiogramm nachgewiesen werden.

Das Hörvermögen muss voraussichtlich für mindestens 6 Monate ununterbrochen verloren sein oder ist bereits seit 6 Monaten verloren. Der Beginn der 6-Monatsfrist muss in der Laufzeit Ihrer Versicherung **RÜCKHALT** liegen.

4.11 Verlust der Sprechfähigkeit

Die Sprechfähigkeit oder die sprachliche Ausdrucksfähigkeit der versicherten Person ist nach abgeschlossenem Spracherwerb stark eingeschränkt. Das bedeutet, dass die versicherte Person auch bei Verwendung geeigneter Hilfsmittel, wie zum Beispiel eines Kehlkopfmikrofons, von einem unabhängigen Dritten nicht mehr verstanden wird, weil sie keine verständlichen Wörter mehr aussprechen kann.

Bei einer aphasischen Störung muss die Einschränkung durch einen geeigneten Test wie zum Beispiel dem Aachener Aphasietest nachgewiesen werden. Eine aphasische Störung ist eine Sprachstörung durch eine Hirnschädigung. Sie kann zum Beispiel durch einen Schlaganfall oder ein Schädelhirntrauma ausgelöst werden.

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

Pflegebedürftigkeit

4.12 Die versicherte Person ist pflegebedürftig, wenn sie aufgrund von Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall bei zwei oder mehr der folgenden Alltagstätigkeiten täglich Unterstützung durch eine andere Person benötigt. Diese Unterstützung benötigt sie

- voraussichtlich mindestens 6 Monate oder
- bereits seit mindestens 6 Monaten und sie benötigt die Unterstützung auch, wenn technische oder medizinische Hilfsmittel zum Einsatz kommen.

Der Beginn der 6-Monatsfrist muss in der Laufzeit Ihrer Versicherung **RÜCKHALT** liegen.

Alltagstätigkeiten:

Mobilität

Die versicherte Person kann sich nur mit Unterstützung einer anderen Person auf ebenem Grund in Räumen fortbewegen. Sie benötigt die Unterstützung auch, wenn sie Gehhilfen oder einen Rollstuhl nutzt.

An- und Auskleiden

Die versicherte Person kann sich nur mit Unterstützung einer anderen Person an- oder auskleiden oder ein medizinisches Korsett oder eine Prothese anlegen und befestigen. Sie benötigt die Unterstützung auch, wenn sie krankengerechte Kleidung an- oder auszieht.

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken

Die versicherte Person kann zubereitete und servierte Mahlzeiten nur mit Unterstützung einer anderen Person zu sich nehmen. Sie benötigt die Unterstützung auch, wenn sie krankengerechte Essbestecke und Trinkgefäße benutzt.

Körperpflege

Die versicherte Person benötigt Unterstützung einer anderen Person beim Waschen, Zähneputzen und Kämmen.

Baden und Duschen

Die versicherte Person benötigt die Unterstützung einer anderen Person beim Baden und Duschen.

Verrichten der Notdurft

Die versicherte Person benötigt die Unterstützung einer anderen Person, weil

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

Kann die Inkontinenz des Darms beziehungsweise der Blase mit Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden, liegt kein Unterstützungsbedarf vor.

Beantragung von Leistungen

- 4.13 Bitte geben Sie uns unverzüglich Bescheid, wenn die versicherte Person schwer erkrankt oder pflegebedürftig wird und Sie Leistungen erhalten möchten.
- 4.14 Der Anspruch auf die Leistung entsteht nach Ablauf von 30 Tagen nach Diagnosestellung der schweren Krankheit durch einen Facharzt gemäß 4.3 oder Eintritt der Pflegebedürftigkeit, sofern die versicherte Person diesen Zeitpunkt erlebt. Diese Frist gilt nicht bei einem Schlaganfall, wie unter 4.6 beschrieben.
- 4.15 Ihr Vertrag besteht auch weiter, wenn wir eine Leistungspflicht wegen schwerer Krankheit gemäß 4.3 oder Pflegebedürftigkeit gemäß 4.12 anerkannt haben. Das bedeutet konkret, auch wenn die versicherte Person an mehreren schweren Krankheiten, wie unter 4.3 beschrieben, erkrankt, gilt unsere Leistungspflicht grundsätzlich weiter. Dies gilt auch, wenn die versicherte Person pflegebedürftig wird, wie unter 4.12 beschrieben. Dabei sind folgende Einschränkungen zu beachten:
- Nach Eintritt einer schweren Krankheit oder Pflegebedürftigkeit gilt eine Wartezeit von 3 Monaten. Das bedeutet, wenn die versicherte Person während dieses Zeitraums an einer weiteren schweren Krankheit erkrankt oder pflegebedürftig wird, entsteht kein neuer Anspruch auf die Einmalleistung.
 - Führt der Eintritt einer schweren Krankheit gleichzeitig zum Eintritt einer anderen schweren Krankheit oder zur Pflegebedürftigkeit, entsteht der Anspruch auf die Einmalleistung nur einmal.
 - Wenn die versicherte Person ein weiteres Mal an einer schweren Krankheit erkrankt und die Ursache der Krankheit schon einmal zu einer Leistungspflicht geführt hat, entsteht kein neuer Anspruch auf die Einmalleistung. Dies gilt auch, wenn diese Erkrankung zu einer anderen schweren Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit führt.
 - Wenn Sie bereits eine Einmalleistung erhalten haben, weil die versicherte Person einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall erlitten hat, entsteht kein neuer Anspruch auf die Einmalleistung, falls die versicherte Person die jeweils andere schwere Krankheit erleidet. Das bedeutet, bei Eintritt eines Herzinfarkts oder eines Schlaganfalls besteht der Vertrag ohne Anspruch auf Einmalleistung für die schweren Krankheiten Schlaganfall oder Herzinfarkt fort.
 - Wenn die versicherte Person ein weiteres Mal pflegebedürftig wird und die Pflegebedürftigkeit schon einmal zu einer Einmalleistung geführt hat, entsteht kein neuer Anspruch auf die Einmalleistung wegen Pflegebedürftigkeit.
- 4.16 Wir leisten, wenn wir unsere Prüfungen abgeschlossen haben, die notwendig sind, um den Leistungsfall und den Umfang unserer Leistungspflicht festzustellen. Wenn Sie eine der nachfolgend genannten Pflichten nicht erfüllen, kann dies dazu führen, dass wir nicht feststellen können, ob und in welchem Umfang wir leisten müssen. Das heißt konkret: Eine Pflichtverletzung kann dazu führen, dass wir gar nicht oder erst später leisten.

- 4.17 Wenn Sie eine Leistung wegen einer schweren Krankheit oder Pflegebedürftigkeit erhalten möchten, benötigen wir folgende Informationen und Nachweise:
1. Eine Aufstellung der Ärzte, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, die die versicherte Person untersucht haben, behandelt haben, behandeln oder bei denen eine Behandlung vorgesehen ist.
 2. Ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person untersucht haben, behandelt haben oder behandeln. Es ist wichtig, dass diese Berichte folgende Informationen enthalten:
 - Ursache des Leidens,
 - Beginn des Leidens,
 - Art des Leidens,
 - Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens,
 - wenn Pflegebedürftigkeit vorliegt, Art und Umfang der notwendigen Pflege.

Alternativ können Sie uns als Nachweis auch ein Gutachten des medizinischen Dienstes der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherungen oder ein Gutachten eines unabhängigen sachverständigen Gutachters einreichen.

Die genannten Unterlagen müssen uns auf Kosten der Person eingereicht werden, die den Anspruch erhebt.

- 4.18 Sämtliche Unterlagen sind uns in deutscher Sprache oder beglaubigter Übersetzung vorzulegen.
- 4.19 Wir können weitere notwendige Nachweise anfordern. Hierzu gehören insbesondere Informationen und Nachweise über die Gesundheit der versicherten Person sowohl vor als auch nach Beginn Ihrer Versicherung RÜCKHALT. Zusätzlich können wir unabhängige Ärzte beauftragen, weitere Untersuchungen vorzunehmen.

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

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

Hierzu gehören unter anderem diese Maßnahmen:

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

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

5. Welche Besonderheiten gelten bei Vereinbarung eines Nichtraucher tariffs?

Begriff des Nichtrauchers

- 5.1 Die in 1. genannten Pakete können entweder als Nichtraucher- oder als Rauchertarif vereinbart werden.

Als Nichtraucher gilt, wer mindestens in den letzten 12 Monaten vor Abgabe der Vertragserklärung nicht aktiv Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren zu sich genommen hat. Hierzu gehören zum Beispiel Zigaretten, Zigarren, Pfeifen, Shishas, E-Zigaretten, E-Zigarren, E-Pfeifen und E-Shishas.

Gefahrerhöhung nach Abschluss des Vertrags

- 5.2 Wir übernehmen den Schutz im Vertrauen darauf, dass Sie nach Abschluss des Vertrags keine Gefahrerhöhung ohne unsere Einwilligung vornehmen oder deren

Vornahme durch einen Dritten gestatten. Ist das Leben anderer Personen versichert, sind auch diese verpflichtet, keine Gefahrerhöhung vorzunehmen.

War eine der versicherten Personen bei Abschluss des Vertrags Nichtraucher im Sinne von Absatz 1 und wird diese versicherte Person nach Abschluss des Vertrags Raucher, stellt dies eine Gefahrerhöhung gemäß §§ 23ff, 158 Versicherungsvertragsgesetz dar. Sowohl Sie als auch die versicherten Personen sind verpflichtet, uns diese Gefahrerhöhung unverzüglich in Textform, zum Beispiel als Brief, Fax oder E-Mail, anzuzeigen.

Folgen einer Gefahrerhöhung – Umstellung des Tarifs

- 5.3 Erfolgt eine Gefahrerhöhung, wie unter 5.2 beschrieben, können wir eine nach unseren Geschäftsgrundsätzen für diese höhere Gefahr entsprechende Prämie verlangen.

Dies bedeutet, dass wir den vereinbarten Tarif ab dem Zeitpunkt der Anzeige bzw. unserer Kenntnis von der Gefahrerhöhung auf den entsprechenden Rauchertarif nach Maßgabe der bei Abschluss des Vertrags geltenden Rechnungsgrundlagen und den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik umstellen. Die Leistungen können wir entsprechend, wie in Absatz 6 beschrieben, herabsetzen.

Sofern uns nachgewiesen wird, dass die Vornahme der Gefahrerhöhung unverschuldet erfolgt ist, ist eine Anpassung des Vertrags ausgeschlossen.

Dies gilt nicht, wenn Sie oder die versicherten Personen uns die Gefahrerhöhung nicht angezeigt haben, obwohl Sie oder die versicherten Personen diese nachträglich erkannt haben.

Auf unsere gesetzlichen Rechte, den Vertrag zu kündigen oder die erhöhte Gefahr vom Schutz auszunehmen, verzichten wir.

Unser Recht zur Tarifumstellung erlischt, wenn wir es nicht innerhalb eines Monats ab unserer Kenntnis von der Gefahrerhöhung ausgeübt haben.

Im Leistungsfall

- 5.4 Wurde die Gefahrerhöhung gemäß Absatz 2 vorsätzlich oder grob fahrlässig vorgenommen, sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dieses Recht steht uns auch dann zu, wenn Sie oder die versicherten Personen uns vorsätzlich oder grob fahrlässig die Gefahrerhöhung nicht unverzüglich angezeigt haben und der Leistungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, zu dem uns die Anzeige hätte zugehen müssen. Dies gilt nicht, wenn uns die Gefahrerhöhung zu diesem Zeitpunkt bereits bekannt war.

Wenn die Gefahrerhöhung nicht ursächlich für den Eintritt des Leistungsfalles bzw. den Umfang der Leistungspflicht war, sind wir nicht zur Kürzung der Leistung berechtigt. Sie tragen die Beweislast für das Nichtvorliegen grober Fahrlässigkeit.

Im Falle einer Kürzung der Leistung werden wir jedoch mindestens die Leistung erbringen, die bei Vereinbarung des entsprechenden Rauchertarifs angefallen wäre.

Nachprüfung – Mitwirkungspflicht

- 5.5 Wir sind berechtigt, jederzeit nachzuprüfen, ob die versicherten Personen noch Nichtraucher sind. Hierzu können wir von Ihnen und den versicherten Personen eine Auskunft in Textform, zum Beispiel als Brief, Fax oder E-Mail, darüber verlangen, ob die versicherten Personen weiterhin Nichtraucher im Sinne von Absatz 1 sind. Erteilen Sie oder die versicherten Personen uns diese Auskunft innerhalb einer angemessenen Frist nicht, sind wir berechtigt, den vereinbarten Tarif unter Einhaltung einer Frist von einem Monat auf den entsprechenden Rauchertarif umzustellen. Dies gilt nicht, sofern die Auskunft ohne Verschulden unterblieben ist. Auf die Folgen einer Verletzung der Auskunftspflicht werden wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform hinweisen.

Folgen einer Umstellung des Tarifs

- 5.6 Sofern wir eine Umstellung des Tarifs, wie in den Absätzen 3 und 5 beschrieben, vornehmen, gilt ab den dort genannten Zeitpunkten die Vereinbarung des Rauchertarifs. Die Umstellung führt dazu, dass sich die vereinbarte Leistung nach den für den Rauchertarif bei Abschluss des Vertrags geltenden Rechnungsgrundlagen und den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik reduziert. Über die Änderungen informieren wir Sie schriftlich. Sofern wir die Leistungen infolge der Umstellung herabsetzen, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. In der Mitteilung weisen wir Sie auf das Kündigungsrecht hin.

Anstelle einer Reduzierung der Leistung können Sie gegen erneute Prüfung der Gesundheit der versicherten Personen mit uns vereinbaren, dass die vereinbarte Leistung beibehalten wird. Dies setzt voraus, dass sich die Gesundheit der versicherten Personen seit dem Abschluss des ursprünglichen Vertrags nicht verschlechtert hat. In diesem Fall erhöht sich der dann zu zahlende Beitrag nach den für den Rauchertarif bei Abschluss des Vertrags geltenden Rechnungsgrundlagen und den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik.

Ausübung unserer Rechte

- 5.7 Die Ausübung unserer Rechte erfolgt durch schriftliche Erklärung, die wir Ihnen gegenüber abgeben. 22.16 gilt entsprechend.

Weitere Regelungen zu unseren Leistungen

6. **Wann können Sie Ihren Schutz ohne eine erneute Prüfung der Gesundheit erhöhen?**

Ereignisabhängige Erhöhung

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

Die persönliche Situation einer versicherten Person verändert sich durch

- Heirat,
- Geburt eines Kindes,
- Adoption eines Kindes,
- Scheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft,
- Tod des Ehepartners beziehungsweise des eingetragenen Lebenspartners oder
- Erwerb und Finanzierung einer Immobilie mit einem Finanzierungsbetrag von mindestens 50.000 Euro.

Die berufliche Situation einer versicherten Person verändert sich durch

- Wechsel in die volle berufliche Selbstständigkeit,
- eine Erhöhung des regelmäßigen jährlichen Bruttoeinkommens um mindestens 10 % bei einer nichtselbstständigen Tätigkeit. Die Einkommenserhöhung kann zum Beispiel durch eine Gehaltserhöhung, eine Beförderung, einem Wechsel des Arbeitgebers oder dem Erhalt von Prokura erfolgen oder
- eine Erhöhung des durchschnittlichen Gewinns der letzten 3 Jahre vor Steuern bei Selbstständigen um mindestens 30 % im Vergleich zu dem durchschnittlichen Gewinn des davorliegenden 3-Jahreszeitraums.

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

- 6.2 Für jedes unter 6.1 genannte Ereignis darf die vereinbarte Leistung um maximal 50.000 Euro erhöht werden.
Die Erhöhung muss jedoch mindestens 5.000 Euro betragen.
- 6.3 Sie können die vereinbarten Leistungen ohne eine erneute Prüfung der Gesundheit nur erhöhen, wenn die Dauer der Versicherung noch mindestens 10 Jahre beträgt.

Ereignisunabhängige Erhöhung

- 6.4 Wenn Sie das Paket „Partner“ oder das Paket „Planer“ abgeschlossen haben, können Sie innerhalb der ersten 5 Versicherungsjahre die vereinbarte Leistung ohne besonderen Anlass und ohne erneute Prüfung der Gesundheit um insgesamt maximal 50.000 Euro erhöhen.
Die Erhöhung muss jedoch mindestens 5.000 Euro betragen.

Weitere Regelungen

- 6.5 Sie können die vereinbarte Todesfallsumme ereignisabhängig und ereignisunabhängig nur erhöhen, wenn für die versicherten Personen gilt:
- Es wurde noch keine vorgezogene Leistung, wie in 2. beschrieben, und keine Leistung wegen einer schweren Krankheit oder Pflegebedürftigkeit, wie in 4. beschrieben, beantragt und
 - es ist noch kein Leistungsfall eingetreten.
- 6.6 Durch die ereignisabhängige und ereignisunabhängige Erhöhung darf die anfänglich vereinbarte Todesfallsumme insgesamt maximal um 150.000 Euro erhöht werden. Insgesamt darf die Todesfallsumme auf maximal 600.000 Euro erhöht werden. Wenn für die versicherten Personen bei uns mehrere Risikoversicherungen bestehen, gelten diese Grenzen für alle Versicherungen zusammen.
- 6.7 Für die unter 6.1 genannten Ereignisse können wir Nachweise anfordern.
- Wenn Sie nicht selbst die versicherte Person Ihrer Versicherung RÜCKHALT sind, muss bei einer Erhöhung der Todesfallsumme zusätzlich die versicherte Person schriftlich zustimmen. Ist eine zweite Person mitversichert, so muss auch diese der Erhöhung der Todesfallsumme schriftlich zustimmen.
- 6.8 Die Erhöhung nehmen wir in Ihrem bestehenden Vertrag vor. Sollte eine Erhöhung in Ihrem bestehenden Vertrag nicht möglich sein, behalten wir uns vor, die Erhöhung in einem neuen Vertrag durchzuführen.
In diesem Fall richtet sich der Beitrag nach dem dann vereinbarten Tarif. Zuschläge oder Ausschlüsse des zuletzt abgeschlossenen Vertrags gelten dann auch für die Erhöhung.
Eine Erhöhung in Ihrem bestehenden Vertrag kann zum Beispiel dann nicht mehr möglich sein, wenn sich die zugrunde liegenden Rechnungsgrundlagen oder gesetzliche Rahmenbedingungen ändern oder wir den von Ihnen gewählten Tarif zum Erhöhungszeitpunkt nicht mehr im Neugeschäft anbieten.
- 6.9 Haben Sie Ihre Versicherung RÜCKHALT mit verkürzten Fragen zur Gesundheit abgeschlossen, können Sie Ihren Schutz nicht ohne eine erneute Prüfung der Gesundheit erhöhen.

Verlängerung

Dieser Abschnitt gilt, wenn Sie das Paket „Partner“ oder das Paket „Planer“ abgeschlossen haben.

7. Wann können Sie Ihre Versicherung RÜCKHALT ohne Prüfung der Gesundheit verlängern?

- 7.1 Wenn Sie mit uns das Paket „Partner“ oder das Paket „Planer“ vereinbart haben, haben Sie die Möglichkeit, die Laufzeit Ihrer Versicherung RÜCKHALT einmalig um bis zu 15 Jahre zu verlängern. Eine Verlängerung ist unter den in 7.2 und 7.3 genannten Voraussetzungen möglich. Die Gesundheit der versicherten Personen prüfen wir dabei nicht noch einmal.
- 7.2 Sie können Ihre Versicherung RÜCKHALT verlängern, wenn
- die verbleibende Laufzeit Ihres Vertrags noch mindestens 3 Jahre beträgt,
 - Ihr Vertrag nach der Verlängerung spätestens mit dem 75. Geburtstag der versicherten Person endet. Bei zwei versicherten Personen ist das Alter der älteren versicherten Person entscheidend,

- die gesamte Laufzeit Ihres Vertrags nach der Verlängerung nicht mehr als 45 Jahre beträgt und
 - die gesamte Laufzeit Ihres Vertrags nach der Verlängerung höchstens doppelt so lang ist, wie die ursprünglich vereinbarte Laufzeit.
- 7.3 Eine Verlängerung Ihrer Versicherung *RÜCKHALT* ist nicht möglich, wenn
- Sie für Ihren Vertrag keine Beiträge mehr zahlen oder
 - Sie bereits Leistungen wegen einer schweren Krankheit oder Pflegebedürftigkeit, wie in 4. beschrieben, aus Ihrer Versicherung *RÜCKHALT* beantragt oder erhalten haben.
- 7.4 Die Verlängerung können Sie jederzeit in Textform beantragen. Wenn Sie nicht selbst die versicherte Person Ihrer Versicherung *RÜCKHALT* sind, muss bei einer Verlängerung zusätzlich die versicherte Person schriftlich zustimmen. Ist eine zweite Person mitversichert, so muss auch diese der Verlängerung schriftlich zustimmen.
- 7.5 Die Verlängerung Ihrer Versicherung *RÜCKHALT* nehmen wir zum Beginn der nächsten Versicherungsperiode vor. Durch die Verlängerung erhöht sich Ihr Beitrag. Bei der Berechnung des neuen Beitrags werden bestehende Zuschläge entsprechend berücksichtigt. Etwaige Ausschlüsse des bestehenden Vertrags bleiben unverändert.
- 7.6 Die Verlängerung erfolgt in Ihrem bestehenden Vertrag unter Berücksichtigung des Alters der versicherten Personen zum Zeitpunkt der Verlängerung mit den bestehenden Rechnungsgrundlagen.
- 8. Was ist zu beachten, wenn die Todesfallsumme oder eine vorgezogene Leistung verlangt wird?**
- 8.1 Der Tod der versicherten Person muss uns unverzüglich mitgeteilt werden. Außer dem Versicherungsschein im Original sind uns einzureichen:
- eine amtliche Sterbeurkunde, die das Alter und den Geburtsort der versicherten Person enthält und
 - ein ausführliches, ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache sowie über Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tod der versicherten Person geführt hat.
- 8.2 Wenn Sie eine vorgezogene Leistung, wie unter 2. beschrieben, beantragen möchten, reichen Sie uns folgende Unterlagen ein:
- den Versicherungsschein im Original und
 - einen Bericht des behandelnden Facharztes, einschließlich Befunden und gegebenenfalls Krankenhausberichten.
- Aus dem Facharztbericht muss eindeutig hervorgehen, dass es sich um eine fortschreitende, unheilbare Krankheit, wie in 2.2 beschrieben, handelt.
- Zusätzlich können wir unabhängige Ärzte beauftragen, weitere Untersuchungen vorzunehmen. In diesem Fall übernehmen wir alle notwendigen Kosten, die durch diese Untersuchungen entstehen. Hierzu gehören auch erforderliche Reise- und Unterbringungskosten.
- 8.3 Wir können weitere notwendige Nachweise anfordern. Hierzu gehören insbesondere Informationen und Nachweise über die Gesundheit der versicherten Person sowohl vor als auch nach Beginn Ihrer Versicherung *RÜCKHALT*. Die mit den Nachweisen verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Leistung beansprucht.
- 8.4 Sämtliche Unterlagen sind uns in deutscher Sprache oder beglaubigter Übersetzung vorzulegen.

9. Wie unterstützen wir im Leistungsfall?

Im Leistungsfall unterstützen wir gerne.
Insbesondere bei diesen Fragen:

- Wie werden Leistungen beantragt?
- Wie prüfen wir?
- Was ist alles versichert?
- Wie kann der Leistungsfall nachgewiesen werden?
- Welche Unterlagen müssen vorgelegt werden?

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

Sobald uns alle erforderlichen Unterlagen für unsere Entscheidung vorliegen, informieren wir den Anspruchsteller innerhalb von 5 Arbeitstagen, ob und in welchem Umfang wir leisten.

11. Was gilt, wenn Pflichten im Leistungsfall verletzt werden?

Wir leisten nicht, wenn Sie, die versicherten Personen oder der Anspruchsteller eine Pflicht vorsätzlich nicht erfüllen. Zu diesen Pflichten gehört die Mitwirkungspflicht im Leistungsfall, wie unter 8. beschrieben.

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

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

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

12. Wer erhält die vereinbarten Leistungen?

Empfänger der Leistungen

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

Wenn Sie das Paket „Partner“ oder das Paket „Planer“ vereinbart haben, kann Ihre Versicherung RÜCKHALT der Versicherungsteuerpflicht unterliegen.

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

- Wenn Sie nicht selbst die versicherte Person Ihrer Versicherung RÜCKHALT sind, können Sie als Empfänger der Leistungen nur die versicherte Person oder einen Angehörigen der versicherten Person benennen.
- Haben Sie eine zweite Person mitversichert, können Sie als Empfänger der Leistungen nur eine Person benennen, welche ein Angehöriger beider versicherten Personen ist. Das Gleiche gilt auch, wenn die zweite versicherte Person nachträglich in Ihre Versicherung RÜCKHALT aufgenommen wird.

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

Zum Stand 01.09.2021 gehören hierzu folgende Personen:

- Ehegatten und Lebenspartner, auch dann, wenn die die Angehörigenstellung begründende Ehe oder Lebenspartnerschaft nicht mehr besteht,
- Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft,
- Verlobte,

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

Benennen Sie eine Person, die nicht zum oben genannten Personenkreis gehört, ist die Benennung des Empfängers der Leistungen unwirksam. In diesem Fall erbringen wir die Leistung an die versicherte Person oder an ihre gesetzlichen Erben. Sind bei Ihrer Versicherung RÜCKHALT zwei Personen versichert und ist der von Ihnen benannte Empfänger der Leistung nicht Angehöriger von beiden versicherten Personen, ist die Benennung des Empfängers der Leistungen unwirksam. In diesem Fall erbringen wir die Leistung an die gesetzlichen Erben der versicherten Person, bei der der Leistungsfall eingetreten ist.

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

Widerruflich heißt:

Der Empfänger der Leistung hat den Anspruch auf eine Leistung erst, wenn der Leistungsfall eintritt. Bis der Leistungsfall eintritt, können Sie Ihre Erklärung jederzeit widerrufen und einen neuen Empfänger bestimmen.

Unwiderruflich heißt:

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

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

Wenn Sie niemanden bestimmen, leisten wir an Sie.

Abtretung und Verpfändung

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

Mitteilung des Empfängers

- 12.3 Bestimmen oder widerrufen Sie einen Empfänger der Leistungen, wie unter 12.1 beschrieben, oder treten Sie das Recht auf die Leistung ab oder verpfänden dieses, wie unter 12.2 beschrieben, wird dies erst wirksam, wenn Sie uns die Änderung in Textform mitteilen.

Wenn Sie nicht selbst die versicherte Person Ihrer Versicherung RÜCKHALT sind, muss bei einer Änderung des Empfängers für die Todesfallsumme zusätzlich die versicherte Person schriftlich zustimmen. Ist eine zweite Person mitversichert, so muss auch diese der Änderung des Empfängers für die Todesfallsumme schriftlich zustimmen.

Auch andere Personen können Rechte an Ihrem Vertrag haben, wenn Sie das zuvor veranlasst haben. Zum Beispiel durch eine unwiderrufliche Bestimmung, Abtretung

oder Verpfändung. In diesem Fall wird die Änderung nur mit Zustimmung der anderen Person wirksam.

- 12.4 Wir überweisen unsere Leistungen an den Empfänger auf seine Kosten. Sollen die Leistungen in Länder außerhalb des europäischen Wirtschaftsraums überwiesen werden, trägt der Empfänger der Leistungen die damit verbundene Gefahr und die Kosten.

13. Wie wichtig ist der Versicherungsschein?

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

Ihr Beitrag

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Erster Beitrag

- 15.1 Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir von der Versicherung zurücktreten. Dies gilt, solange die Zahlung nicht eingegangen ist. In diesem Fall können wir von Ihnen die Kosten für ärztliche Untersuchungen, die bei der Prüfung der Gesundheit entstanden sind, zurückverlangen. Wir dürfen nur zurücktreten,

wenn Sie für die nicht rechtzeitige Zahlung verantwortlich sind. Sind Sie dafür nicht verantwortlich, müssen Sie uns dies nachweisen.

- 15.2 Wir leisten nicht, wenn der Leistungsfall eintritt und der erste Beitrag noch nicht gezahlt ist. Auf diese Rechtsfolge müssen wir Sie durch eine eigenständige Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein aufmerksam gemacht haben. Wir leisten, wenn Sie nachweisen, dass Sie für das Ausbleiben der Zahlung nicht verantwortlich sind.

Folgebeitrag

- 15.3 Zahlen Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist. Die Kosten hierfür müssen Sie übernehmen. Die Zahlungsfrist muss mindestens 2 Wochen betragen. Diese Frist beginnt mit dem Erhalt unserer Mitteilung.
- 15.4 Kommt es nach Ablauf der Zahlungsfrist zu einem Leistungsfall, verringert sich Ihr Schutz oder er entfällt. Dies gilt, wenn Sie bei Eintritt des Leistungsfalls mit der Zahlung in Verzug sind. Voraussetzung: Wir haben Sie mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen.
- 15.5 Nach Ablauf der Zahlungsfrist können wir die Versicherung fristlos kündigen. Dies gilt, wenn Sie noch immer mit den Beiträgen, Zinsen oder Kosten in Verzug sind. Voraussetzung für die Kündigung: Wir haben Sie mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen. Wir können die Versicherung bereits mit der Fristsetzung kündigen. Die Kündigung wird dann automatisch mit dem Ablauf der Zahlungsfrist wirksam, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt noch immer mit der Zahlung in Verzug sind. Auf diese Rechtsfolge müssen wir Sie ebenfalls hinweisen.
- 15.6 Wenn unsere Kündigung wirksam geworden ist, können Sie den offenen Betrag immer noch nachzahlen. Hierfür gilt:
- Sie zahlen innerhalb eines Monats nach der Kündigung nach oder
 - Sie zahlen innerhalb eines Monats nach Ablauf der Zahlungsfrist nach, wenn die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden wurde.

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

Regelungen für die automatische Erhöhung Ihrer Beiträge und Leistungen

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

Zeitpunkt der Erhöhung

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

Umfang der Erhöhung

- 16.3 Ihre Todesfallsumme erhöht sich im gleichen Verhältnis wie der vom Statistischen Bundesamt ermittelte Verbraucherpreisindex für Deutschland, mindestens aber um 3,0 %.
- 16.4 Wird die Todesfallsumme automatisch erhöht, erhöhen sich auch die Beiträge. Diese Erhöhung richtet sich nach
- dem Alter der versicherten Personen zum Zeitpunkt der Erhöhung,
 - der restlichen Laufzeit Ihrer Versicherung und
 - einem eventuell vereinbarten Zuschlag.

Die Todesfallsumme erhöht sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge. In der Regel ist die prozentuale Erhöhung der Beiträge größer als die der Todesfallsumme.

- 16.5 Für die Erhöhung verwenden wir in der Regel die gleichen Rechnungsgrundlagen wie bei Abschluss Ihrer Versicherung *RÜCKHALT*. Wir dürfen allerdings für die Erhöhung auch die für Neuverträge geltenden Rechnungsgrundlagen verwenden.

Wegfall der Erhöhung

- 16.6 Die automatische Erhöhung endet, wenn die versicherte Person im vorangehenden Kalenderjahr das 67. Lebensjahr vollendet hat. Bei zwei versicherten Personen ist das Alter der älteren versicherten Person entscheidend. Die automatische Erhöhung endet aber spätestens ein Jahr vor Ablauf Ihrer Versicherung *RÜCKHALT*.
- 16.7 Die Erhöhung gilt als abgelehnt und entfällt rückwirkend, wenn Sie
- ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Termin widersprechen oder
 - den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von 2 Monaten nach dem Termin zahlen.
- 16.8 Die automatischen Erhöhungen entfallen, wenn Sie dreimal hintereinander die Erhöhung ablehnen.
- 16.9 Wenn Sie bereits Leistungen aus Ihrer Versicherung *RÜCKHALT* erhalten haben, finden keine automatischen Erhöhungen der Beiträge und der Todesfallsumme statt.

Wiedereinschluss und nachträglicher Einschluss der automatischen Erhöhung

- 16.10 Wenn automatische Erhöhungen, wie unter 16.8 beschrieben, entfallen sind, können Sie sie während der Laufzeit Ihrer Versicherung *RÜCKHALT* ohne erneute Prüfung der Gesundheit wieder einschließen. Wenn Sie bei Abschluss Ihrer Versicherung *RÜCKHALT* keine automatischen Erhöhungen vereinbart haben, können Sie das während der Laufzeit Ihrer Versicherung ohne erneute Prüfung der Gesundheit nachholen.

Beides ist jedoch nur möglich, wenn die versicherte Person noch nicht 50 Jahre alt ist. Bei zwei versicherten Personen ist das Alter der älteren versicherten Person entscheidend.

- 16.11 Haben Sie das Paket „Starter“ mit gleichmäßig fallender Todesfallsumme vereinbart, ist ein nachträglicher Einschluss der automatischen Erhöhung nicht möglich.

Stundung, Zahlungspause

- 17. Wie können Sie eine Stundung der Beiträge oder eine Zahlungspause mit uns vereinbaren?**

Stundung

- 17.1 Sie können mit uns eine Stundung der Beiträge vereinbaren. Während einer Stundung müssen Sie keinen oder nicht den vollen Beitrag zahlen und können die Zahlung der Beiträge aufschieben. Dies ist möglich, wenn
- Ihre Versicherung *RÜCKHALT* seit mindestens 3 Jahren besteht,
 - die Laufzeit Ihrer Versicherung *RÜCKHALT* noch mindestens 5 Jahre beträgt und
 - Sie bis zum Beginn der Stundung alle Beiträge bezahlt haben.

Stundungen sind während der Laufzeit Ihrer Versicherung *RÜCKHALT* für insgesamt 24 Monate möglich. Zwischen zwei Stundungen müssen Sie mindestens ein Jahr Beiträge gezahlt haben. Für die Stundung erheben wir Zinsen. Die Höhe der Zinsen richtet sich nach unseren zu Beginn der Stundung gültigen Zinssätzen. Während einer Arbeitslosigkeit oder bei Kurzarbeit erheben wir für eine Stundung keine Zinsen.

- 17.2 Sie wünschen eine Stundung während Ihrer Elternzeit? Dann gilt Folgendes:
- Die Stundung ist für bis zu 36 Monate möglich. Diesen Zeitraum rechnen wir auf den unter 17.1 genannten Zeitraum an.
 - Wir erheben keine Zinsen.
- 17.3 Nach dem Ende der Stundung müssen Sie die Beiträge für den Stundungszeitraum und die Zinsen nachzahlen. Sie können die Beiträge in einer Summe oder in bis zu 24 Monatsraten nachzahlen. Wenn aus Ihrer Versicherung Kapital vorhanden ist, wie unter 18.5 beschrieben, können gestundete Beiträge auch mit diesem Kapital verrechnet werden. Sie können in diesem Fall zwischen zwei Möglichkeiten wählen:
- Sie führen Ihre Versicherung RÜCKHALT mit einer niedrigeren Todesfallsumme fort oder
 - Sie führen Ihre Versicherung RÜCKHALT mit der gleichen Todesfallsumme fort, aber zu einem höheren Beitrag.

Zahlungspause

- 17.4 Sie haben weiterhin die Möglichkeit, eine Zahlungspause für maximal 12 Monate mit uns zu vereinbaren. Für die Zeit der Zahlungspause haben Sie keinen Schutz, müssen die Beiträge aber auch nicht nachzahlen.
Das bedeutet: Tritt während der Zahlungspause ein Leistungsfall ein, erhalten Sie keine Leistungen.

Nach Ablauf der Zahlungspause müssen Sie wieder Beiträge zahlen und der Schutz läuft weiter, ohne dass wir die Gesundheit der versicherten Personen erneut prüfen. Weil die versicherten Personen nach Ablauf dieser Zahlungspause älter sind, erhöht sich in der Regel der Beitrag.

- 17.5 Für eine Stundung oder eine Zahlungspause benötigen wir von Ihnen eine Erklärung in Textform.

Beiträge reduzieren, Versicherung beitragsfrei stellen

- 18. Wann können Sie Ihre Beiträge reduzieren oder Ihre Versicherung beitragsfrei stellen?**

Beiträge reduzieren

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

Mit der Reduzierung der Beiträge verringert sich auch die Höhe der Todesfallsumme. Diese errechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. Sie können den Beitrag nur reduzieren, wenn nach der Reduzierung

- Ihr Jahresbeitrag mindestens 120 Euro beträgt und
- die verbleibende Todesfallsumme mindestens 5.000 Euro beträgt.

Versicherung beitragsfrei stellen

- 18.2 Sie können Ihre Versicherung auch weiterführen, ohne Beiträge zu zahlen. Die sogenannte Beitragsfreistellung erfolgt dann zum Ende der laufenden Versicherungsperiode.

Voraussetzung für die Beitragsfreistellung ist, dass aus Ihrer Versicherung Kapital für die Bildung einer beitragsfreien Todesfallsumme zur Verfügung steht. Diesem Kapital entnehmen wir

- noch rückständige Beiträge und
- einen Abzug, wie unter 20.8 beschrieben.

Aus dem dann noch vorhandenen Kapital bilden wir eine beitragsfreie Todesfallsumme nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. Die beitragsfreie Todesfallsumme muss mindestens 500 Euro betragen. Ist dies nicht der Fall, zahlen wir das noch vorhandene Kapital aus und die Versicherung erlischt. Beachten Sie bitte auch die Hinweise unter 18.5.

- 18.3 Ob und in welcher Höhe eine beitragsfreie Todesfallsumme vorhanden ist, steht in Ihrem Versicherungsschein. Dort ist für jedes Jahr Ihrer Versicherung die mögliche beitragsfreie Todesfallsumme aufgeführt.
- 18.4 Ist eine Beitragsfreistellung möglich, wird die Versicherung mit gleichbleibender Todesfallsumme fortgeführt.

Wichtiger Hinweis zur Höhe der beitragsfreien Todesfallsumme

- 18.5 Wenn Sie Ihre Versicherung RÜCKHALT beitragsfrei stellen, ist nur eine geringere Todesfallsumme vorhanden. Dies hat drei Gründe:

1. Ihre Versicherung RÜCKHALT ist eine Risikoversicherung. Das heißt, es wird kein Kapital angespart, das bei Ablauf der Versicherung ausgezahlt wird. Ihre Beiträge verwenden wir
 - als Risikobeiträge, mit denen wir die Leistungen für die Leistungsfälle in der Versichertengemeinschaft finanzieren,
 - für die Abschluss- und Vertriebskosten sowie für die Verwaltungskosten.

Ein geringes Kapital kann während der Laufzeit Ihrer Versicherung RÜCKHALT trotzdem entstehen, weil

- die Risikobeiträge, die wir zu Beginn Ihrer Versicherung RÜCKHALT benötigen, verhältnismäßig klein sind, aber
- später Risikobeiträge erforderlich sind, die den Beitrag, den Sie zahlen, übersteigen.

Der Grund: Mit steigendem Alter nimmt das Risiko zu, dass die versicherten Personen sterben.

Wir legen also zwischenzeitlich Teile Ihrer Beiträge zurück, um sie dann für die höheren Risikobeiträge in späteren Jahren zu verwenden. Ausschließlich dieses zwischenzeitlich angesparte Kapital steht für die Bildung einer beitragsfreien Todesfallsumme zur Verfügung.

2. Die Abschluss- und Vertriebskosten rechnen wir, wie unter 20.2 bis 20.4 beschrieben, in die Beiträge der ersten Jahre Ihrer Versicherung RÜCKHALT ein. Deshalb wird in dieser Zeit kein oder nur wenig Kapital gebildet.
3. Falls bei einer Beitragsfreistellung Kapital vorhanden ist, kann es sein, dass der unter 20.8 beschriebene Abzug dieses deutlich verringert oder sogar ganz verbraucht.

Eine Beitragsfreistellung ist daher in der Regel mit dem Verlust oder einer erheblichen Verminderung Ihres Schutzes verbunden.

Wiederherstellung des Schutzes

- 18.6 Wenn Sie nach einer Beitragsfreistellung oder einer Reduzierung der Beiträge Ihren Schutz wiederherstellen möchten, müssen Sie eine neue Versicherung abschließen. Es kann allerdings sein, dass dies dann nur noch zu einem höheren Beitrag oder gar nicht mehr möglich ist, weil
- die versicherten Personen älter sind oder
 - sich die Gesundheit verschlechtert hat.

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

Sollten wir keinen mit Ihrer aktuellen Versicherung RÜCKHALT vergleichbaren Tarif anbieten, behalten wir uns vor, die Wiederherstellung im bestehenden Vertrag vorzunehmen.

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

Kündigung

19. Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?

- 19.1 Sie können Ihre Versicherung *RÜCKHALT* in Textform kündigen. Hierfür gelten folgende Voraussetzungen:
- Wenn Sie noch Beiträge zahlen, können Sie jederzeit zum Ende der laufenden Versicherungsperiode kündigen.
 - Wenn Ihre Versicherung *RÜCKHALT* beitragsfrei ist, können Sie zu jedem Monatsende kündigen.
- 19.2 Mit der Kündigung endet Ihre Versicherung, ohne dass ein Rückkaufswert fällig wird. Beiträge zahlen wir nicht zurück.

Kosten

20. Welche Kosten entstehen bei Ihrer Versicherung?

- 20.1 Bei Ihrer Versicherung entstehen
- Abschluss- und Vertriebskosten sowie
 - Verwaltungskosten.

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

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

Abschluss- und Vertriebskosten

- 20.2 Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören
- die Provisionszahlung für den Vermittler,
 - Kosten, um Ihren Antrag zu prüfen und
 - Kosten, um Ihre Versicherungsunterlagen zu erstellen.

Wir rechnen diese Kosten in die Beiträge der ersten maximal 8 Jahre von Ihrer Versicherung *RÜCKHALT* ein.

- 20.3 Einen Teil der Abschluss- und Vertriebskosten in Höhe von maximal 2,5 % der Beitragssumme verrechnen wir dabei nach einem Verfahren, das durch die folgenden rechtlichen Grundlagen bestimmt wird:
- § 4 Deckungsrückstellungsverordnung,
 - § 169 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz in Verbindung mit
 - § 25 Absatz 2 Versicherungsunternehmens-Rechnungslegungsverordnung.
- Das bedeutet, dass Sie diese Abschluss- und Vertriebskosten in den ersten 5 Jahren durch Teile Ihrer Beiträge tilgen.

- 20.4 Läuft Ihre Versicherung *RÜCKHALT* länger als 5 Jahre, sind die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten in die Beiträge der Jahre 6 bis 8 eingerechnet.

Verwaltungskosten

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

Anlassbezogene Kosten

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

Dies gilt, wenn

- wir Ihnen einen neuen Versicherungsschein ausstellen,
- Sie Beiträge nicht zahlen und wir Ihnen eine Frist setzen,
- wir die Beiträge nicht abbuchen können,
- Sie Ihre Versicherung außerhalb der vertraglich vereinbarten Möglichkeiten ändern,

- Sie Ihre Versicherung abtreten oder verpfänden,
- wir Ihre Adresse ermitteln müssen, weil Sie uns eine Änderung nicht mitgeteilt haben. Weitere Informationen hierzu stehen unter 27.

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

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

Höhe der Kosten

- 20.7 Die Höhe der unter 20.2 bis 20.6 beschriebenen Kosten können Sie Ihrem Informationsblatt für Versicherungsprodukte entnehmen.

Abzug bei Beitragsfreistellung

- 20.8 Bei einer Beitragsfreistellung, wie unter 18.2 beschrieben, erheben wir einen Abzug in Höhe von 1 % der zu diesem Zeitpunkt vereinbarten Todesfallsumme. Der Abzug ist erforderlich, weil
- sich das Risiko des Bestandes verändert, wenn jemand die Versichertengemeinschaft verlässt. Diese Veränderung des Risikos müssen wir ausgleichen.
 - wir ein kollektives Risikokapital für alle Versicherten bilden. Auch dieses müssen wir ausgleichen.
 - wir das Kapital für die Bildung der beitragsfreien Todesfallsumme zunächst auf Basis der vereinbarten Beiträge bestimmen. Durch den Abzug berücksichtigen wir, dass die tatsächlich von Ihnen gezahlten Beiträge durch die Verrechnung mit den Überschussanteilen in der Regel deutlich geringer waren.
- Im Zweifel müssen wir Ihnen nachweisen, dass der Abzug angemessen ist. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug nicht angemessen ist, setzen wir ihn entsprechend herab oder er entfällt.

Beteiligung an den Überschüssen

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

Entstehung von Überschüssen

- 21.1 Die Beiträge für Versicherungsverträge berechnen wir mit vorsichtigen Annahmen. Daher können wir verschiedene Arten von Überschüssen erwirtschaften:
- Risikoüberschüsse entstehen zum Beispiel dann, wenn weniger Leistungsfälle eintreten, als wir anfangs angenommen haben.
 - Zinsüberschüsse entstehen, wenn wir aus unseren Kapitalanlagen mehr Erträge erzielen als wir zur Finanzierung der Zinsen benötigen, die wir als Rechnungsgrundlage der Versicherungsverträge verwenden.
 - Sonstige Überschüsse entstehen zum Beispiel dann, wenn unsere Kosten niedriger sind als die in die Beiträge eingerechneten Kosten.
- Aus jedem einzelnen dieser Gründe kann umgekehrt aber auch ein Verlust entstehen, der den Gesamtüberschuss vermindert.
- Die Überschüsse ermitteln wir nach handelsrechtlichen Vorschriften. Die Höhe der erwirtschafteten Überschüsse können wir nicht vorhersehen. Daher können wir die Höhe der künftigen Beteiligung an den Überschüssen nicht garantieren. Sie kann auch null Euro betragen.

Beteiligung an den Überschüssen

- 21.2 Ihnen steht als Versicherungsnehmer eine Beteiligung an den Überschüssen zu. Dabei halten wir uns an die dafür geltenden rechtlichen Grundlagen wie
- § 153 Versicherungsvertragsgesetz und
 - die Mindestzuführungsverordnung.
- 21.3 Ihre Überschussanteile können wir direkt aus den erwirtschafteten Überschüssen des jeweiligen Geschäftsjahres finanzieren. Wir können die auf die Versicherungsnehmer entfallenden Überschüsse aber auch zunächst der so genannten

Rückstellung für Beitragsrückerstattung zuführen und Ihre Überschussanteile dieser Rückstellung entnehmen. Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dient dazu, dass die Höhe Ihrer Überschussanteile möglichst wenig schwankt, auch wenn die von uns erwirtschafteten Überschüsse von Jahr zu Jahr unterschiedlich hoch sind.

- 21.4 Für beitragspflichtige Zeiten wird die Höhe Ihrer Überschussanteile in Prozent des Beitrags festgelegt. Die Überschussanteile erhalten Sie ab Beginn Ihrer Versicherung *RÜCKHALT*. Sie werden mit den fälligen Beiträgen verrechnet und verringern so den zu zahlenden Beitrag.
- 21.5 Wenn Ihre Versicherung *RÜCKHALT* beitragsfrei ist, erhalten Sie keine Überschussanteile.
- 21.6 Der in 21.4 beschriebene Prozentsatz wird Überschussanteilsatz genannt. Er wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars neu festgelegt. Das bedeutet auch, dass sich die Höhe Ihres zu zahlenden Beitrags jährlich verändern kann.
- 21.7 Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Sie können den Geschäftsbericht auf unserer Internetseite einsehen.
- 21.8 Bei der Festlegung der Überschussanteilsätze fassen wir gleichartige Versicherungen, bei denen Überschüsse in ähnlichem Umfang entstehen, zu Bestandsgruppen zusammen. Zu welcher Bestandsgruppe Ihre Versicherung *RÜCKHALT* gehört, können Sie dem Versicherungsschein entnehmen.

Entstehung von Bewertungsreserven

- 21.9 Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind.
Beispiel: Wir haben eine Aktie zum Kurs von 100 Euro gekauft. Wenn der tatsächliche Kurs der Aktie zu einem Bilanzstichtag bei 110 Euro steht, ist eine Bewertungsreserve in Höhe von 10 Euro entstanden, da die Aktie in der Bilanz nur mit ihrem Anschaffungspreis in Höhe von 100 Euro ausgewiesen wird.
Die Bewertungsreserven ermitteln wir nach handelsrechtlichen Vorschriften und veröffentlichen sie jährlich im Anhang unseres Geschäftsberichts.
Wir können nicht vorhersehen, wie sich die Marktwerte der Kapitalanlagen entwickeln. Daher können wir auch die Höhe der künftigen Beteiligung an den Bewertungsreserven nicht garantieren.
Bewertungsreserven können auch negativ werden. Ihre Beteiligung an den Bewertungsreserven ist jedoch niemals negativ.

Beteiligung an den Bewertungsreserven

- 21.10 Ihnen steht als Versicherungsnehmer eine Beteiligung an den Bewertungsreserven zu. Dabei halten wir uns an die dafür geltenden rechtlichen Grundlagen wie
- § 153 Versicherungsvertragsgesetz und
 - die Mindestzuführungsverordnung.
- 21.11 Eine Beteiligung kann jedoch nur erfolgen, wenn Ihr Vertrag zur Bildung von Bewertungsreserven beigetragen hat. Dies ist hauptsächlich der Fall, wenn ein Leistungsfall eingetreten ist. Vor Eintritt eines Leistungsfalls stehen für die Bildung von Kapitalanlagen und damit auch für die Bildung von Bewertungsreserven keine oder nur geringe Beträge zur Verfügung.
- 21.12 Mindestens einmal im Jahr prüfen wir,
- ob Bewertungsreserven vorhanden sind,
 - ob Ihr Vertrag zur Bildung dieser Bewertungsreserven beigetragen hat und, falls ja,
 - welcher Anteil auf Ihren Vertrag entfällt. Diesen Anteil berechnen wir nach einem verursachungsorientierten Verfahren.
- Bei Beendigung des Vertrags, also spätestens bei Ablauf, haben Sie Anspruch auf die Hälfte dieses Anteils und wir zahlen Ihnen diesen Betrag aus. Wir können Sie auch

schon während der Laufzeit Ihrer Versicherung RÜCKHALT an den Bewertungsreserven beteiligen. In diesem Fall vermindert sich der Auszahlungsbetrag bei Beendigung des Vertrags entsprechend.

- 21.13 Eine Beteiligung an den Bewertungsreserven kann teilweise oder ganz entfallen, wenn dies aufgrund von aufsichtsrechtlichen Regelungen erforderlich ist. Zum Beispiel kann eine solche Maßnahme notwendig sein, damit wir die Garantieverprechen aller Versicherungsverträge weiterhin einhalten können.

Vorvertragliche Anzeigepflicht

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

Als Versicherer müssen wir einschätzen, welches Risiko wir eingehen, wenn wir Schutz anbieten. Deshalb müssen Sie uns als Versicherungsnehmer über alle relevanten Tatsachen informieren, die für die Versicherung von Bedeutung sein können. Hierzu gehören zum Beispiel Angaben zur Gesundheit der versicherten Personen. Nach den für uns relevanten Tatsachen fragen wir Sie im Antrag. Verletzen Sie Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht, weil Sie bestimmte Umstände verschweigen oder fehlerhaft mitteilen, hat dies Auswirkungen auf Ihren Schutz. Was genau passieren kann, ist in dem folgenden Text geregelt. Bitte lesen Sie diese Hinweise sorgfältig durch. Bei Fragen hierzu können Sie sich gerne an uns wenden.

Vorvertragliche Anzeigepflicht

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

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

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

Rechtsfolgen der Anzeigepflichtverletzung

- 22.4 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

- 22.5 Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, können wir vom Vertrag zurücktreten. Das Rücktrittsrecht besteht nicht, wenn weder eine vorsätzliche noch eine grob fahrlässige Anzeigepflichtverletzung vorliegt. Selbst wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir trotzdem kein Rücktrittsrecht, falls wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen, zum Beispiel höherer Beitrag oder eingeschränkter Schutz – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.
- 22.6 Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Schutz. Wenn wir nach Eintritt des Leistungsfalls zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung

trotzdem bestehen: Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Leistungsfalls
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch auch im vorstehend genannten Fall, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.

- 22.7 Wenn der Vertrag durch Rücktritt aufgehoben wird, erlischt er, ohne dass ein Rückkaufswert anfällt. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

- 22.8 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.

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

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

- 22.10 Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt er sich in einen beitragsfreien Vertrag um, für den die Regelungen unter 18.2 entsprechend gelten.

Vertragsänderung

- 22.11 Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen, zum Beispiel höherer Beitrag oder eingeschränkter Schutz – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten, siehe 22.5 Satz 3 und 22.9 Satz 1, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil.

Wir verzichten auf das Recht, den Vertrag anzupassen, wenn Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten haben.

- 22.12 Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung über die Vertragsänderung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn

- wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 % erhöhen oder

- wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

Auf dieses Recht werden wir Sie in der Mitteilung über die Vertragsänderung hinweisen.

Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

- 22.13 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.

- 22.14 Wir haben kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kennen.

- 22.15 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.

- 22.16 Nach Ablauf von 5 Jahren seit Vertragsschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung. Ist der Leistungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist 10 Jahre.

Anfechtung

- 22.17 Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrags durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. 22.7 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung und Wiederherstellung der Versicherung

- 22.18 Wenn der Schutz nachträglich erweitert oder wiederhergestellt wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung vorgenommen wird, gelten 22.1 bis 22.17 entsprechend. Die Fristen nach 22.16 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung des Vertrags bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

Erklärungsempfänger

- 22.19 Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsänderung sowie zur Anfechtung üben wir durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Tod der von Ihnen bestimmte Empfänger der Leistung als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist kein Empfänger der Leistung bestimmt oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins als bevollmächtigt ansehen, die Erklärung entgegenzunehmen.
- 22.20 Auf den Rücktritt, die Kündigung, die Vertragsanpassung oder Anfechtung des Versicherungsvertrags können wir uns auch dritten Berechtigten gegenüber berufen.

Weitere Regelungen

23. Wann haben Sie keinen Schutz?

- 23.1 Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Leistungsfall beruht. Wir gewähren Schutz auch dann, wenn eine der versicherten Personen in Ausübung des Wehr- oder Polizeidienstes oder bei inneren Unruhen stirbt.
- 23.2 Sie haben keinen Schutz, wenn der Leistungsfall durch Folgendes verursacht ist:
1. Durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder eines Vergehens durch die versicherten Personen. Einfach und grob fahrlässige Verstöße und alle Ordnungswidrigkeiten, zum Beispiel im Straßenverkehr, sind davon nicht betroffen.
 2. Wenn Sie oder der Empfänger der Leistungen durch widerrechtliche Handlungen vorsätzlich den Leistungsfall der versicherten Personen herbeigeführt haben.
 3. Durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen gefährden. Dies gilt nur, wenn zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder eine vergleichbare Behörde tätig wird.
 4. Unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse. Wir leisten jedoch, wenn die versicherten Personen
 - Kriegsereignissen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt waren und sich nicht aktiv daran beteiligt haben oder
 - als Mitglieder der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei an humanitären Hilfeleistungen oder friedenssichernden Maßnahmen außerhalb der Grenzen der NATO-Mitgliedsstaaten aufgrund eines Mandats der NATO, UNO, EU oder OSZE teilgenommen haben.
 5. Durch vorsätzliches
 - Einsetzen von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder
 - Freisetzen von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen.Dies gilt jedoch nur, wenn

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

Unsere Leistungen sind nicht ausgeschlossen, wenn es sich um ein räumlich und zeitlich begrenztes Ereignis handelt, von dem maximal 1.000 Menschen betroffen sind. Damit ist gemeint, dass die Menschen durch das Ereignis

- unmittelbar sterben oder
- voraussichtlich mittelbar innerhalb von 5 Jahren nach dem Ereignis sterben oder
- dauerhaft schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen erleiden werden.

Die Voraussetzungen einer uneingeschränkten Leistungspflicht werden wir innerhalb von 6 Monaten seit dem Ereignis von einem unabhängigen Gutachter prüfen und gegebenenfalls bestätigen lassen. Ansprüche auf die uneingeschränkte Leistung werden frühestens nach Ablauf dieser Frist fällig.

- 23.3 Haben Sie das Paket „Planer“ vereinbart, gilt für die Leistung bei schwerer Krankheit und Pflegebedürftigkeit, wie unter 4. beschrieben, zusätzlich:

Sie haben auch dann keinen Schutz, wenn der Leistungsfall durch Folgendes verursacht ist:

1. Durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter daran teilgenommen hat oder
2. wenn die versicherten Personen
 - den Leistungsfall absichtlich herbeigeführt haben oder
 - sich absichtlich verletzt haben.

24. Was gilt bei vorsätzlicher Selbsttötung der versicherten Person?

- 24.1 Bei vorsätzlicher Selbsttötung leisten wir, wenn seit Abschluss des Vertrags 3 Jahre vergangen sind.
- 24.2 Bei vorsätzlicher Selbsttötung vor Ablauf der Dreijahresfrist besteht Schutz nur dann, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist. Andernfalls sind wir von der Leistungspflicht befreit.
- 24.3 Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung. Die Frist nach Absatz 1 beginnt mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

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

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

Wir können den Beitrag nicht neu festsetzen, wenn

- die Leistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und

- ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies insbesondere anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen hätte erkennen müssen.
- 25.2 Sie können verlangen, dass anstelle einer Erhöhung des Beitrags nach 25.1 die Todesfallsumme entsprechend reduziert wird.
- 25.3 Bei beitragsfreien Versicherungen sind wir bei Vorliegen der Voraussetzungen von 25.1 dazu berechtigt, die Todesfallsumme zu reduzieren. Sie haben in diesem Fall das Recht, die Todesfallsumme ohne erneute Prüfung der Gesundheit der versicherten Personen durch eine Zuzahlung auf den Wert vor der Anpassung anzuheben.
- 25.4 Wir werden Ihnen die Neufestsetzung des Beitrags und die Reduzierung der Todesfallsumme in Textform mitteilen. Dabei stellen wir die maßgeblichen Gründe für die Änderung dar. Zu Beginn des zweiten auf die Mitteilung folgenden Monats werden die Änderungen wirksam.

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

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

Wir haben Ihre und unsere Interessen zu berücksichtigen.

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

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

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

28. Was müssen Sie uns außerdem mitteilen?

- 28.1 Wir können aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sein, zum Beispiel, wenn Sie eine Leistung bekommen. Dann müssen Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen unverzüglich zur Verfügung stellen. Diese Verpflichtung gilt
- bei Abschluss der Versicherung,
 - bei Änderung nach Abschluss der Versicherung oder

- auf Nachfrage.

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

- 28.2 Notwendige Informationen im Sinne von 28.1 sind beispielsweise Umstände, die für die Beurteilung
- Ihrer persönlichen steuerlichen Ansässigkeit,
 - der steuerlichen Ansässigkeit dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, und
 - der steuerlichen Ansässigkeit des Leistungsempfängers maßgebend sein können.

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

- 28.3 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.
- 28.4 Eine Verletzung Ihrer Auskunftspflichten gemäß 28.1 und 28.2 kann dazu führen, dass wir unsere Leistung nicht erbringen. Dies gilt so lange, bis Sie uns die für die Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt haben.

29. Welches Recht gilt für diese Versicherung?

Für diese Versicherung gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

30. Was können Sie bei Meinungsverschiedenheiten tun?

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

Versicherungsombudsmann

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

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

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

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

Versicherungsaufsicht

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

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

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

Klageerhebung

- 30.6 Neben den oben genannten Beschwerdemöglichkeiten, haben Sie außerdem die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.
- 30.7 Wenn Sie eine natürliche Person sind, können Sie Klage gegen uns bei folgenden zuständigen Gerichten erheben:
- Am Sitz unserer Niederlassung,
 - an Ihrem Wohnsitz oder
 - an Ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben.

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

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

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

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

Bedingungen für den vorläufigen Schutz der Versicherung RÜCKHALT

31. Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Schutz?

Voraussetzung für den vorläufigen Schutz ist, dass

- die beantragte Versicherung nicht später als 2 Monate, nachdem der Antrag unterschrieben wurde, beginnt,
- uns ein gültiges SEPA-Lastschriftmandat vorliegt,
- Sie das Zustandekommen von Ihrer Versicherung RÜCKHALT nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht haben,
- Ihr Antrag nicht von unseren Tarifen und Bedingungen abweicht und
- die versicherten Personen zwischen 7 und 73 Jahre alt sind, wenn der Antrag unterschrieben wird.

32. Wann beginnt und endet der vorläufige Schutz?

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

32.2 Der vorläufige Schutz endet, wenn

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

32.3 Sowohl Sie als auch wir können den vorläufigen Schutz ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Unsere Kündigung wird allerdings erst nach Ablauf von 2 Wochen wirksam, nachdem Sie Ihnen zugegangen ist.

33. Was ist vorläufig versichert?

Wenn Sie die Versicherung RÜCKHALT beantragen und eine versicherte Person während der Dauer des vorläufigen Schutzes stirbt, leisten wir in dem von Ihnen beantragten Umfang. Die Todesfallsumme ist jedoch auf maximal 100.000 Euro begrenzt.

Stirbt eine der versicherten Personen während der Dauer des vorläufigen Schutzes, wird die Versicherung RÜCKHALT zum beantragten Beginn der Versicherung auf eine Versicherung mit Schutz für die überlebende versicherte Person umgestellt. Für diesen Schutz aus dem Hauptvertrag sind dann die vereinbarten Beiträge, reduziert um die Beitragsanteile für die verstorbene versicherte Person, zu zahlen. Die Regelung, dass nach dem Tod der zuerst sterbenden versicherten Person keine Beiträge mehr zu zahlen sind, wie unter 3.2 beschrieben, findet bei Tod während des vorläufigen Schutzes keine Anwendung.

Haben Sie das Paket „Planer“ vereinbart, gilt folgendes:

Wird eine versicherte Person während der Dauer des vorläufigen Schutzes schwer krank oder pflegebedürftig, wie unter 4. beschrieben, leisten wir in dem von Ihnen beantragten Umfang, maximal jedoch 10.000 Euro.

Eine Beteiligung an den Überschüssen erfolgt nicht.

Haben Sie mehrere Anträge auf Abschluss der Versicherung RÜCKHALT gestellt, besteht der vorläufige Schutz für jede versicherte Person nur einmal.

34. Wann ist der vorläufige Schutz ausgeschlossen?

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

- nach denen wir im Antrag gefragt haben und

– von denen die versicherte Person vor der Unterzeichnung Kenntnis hatte. Dies gilt auch dann, wenn die zum Leistungsfall führenden Ursachen bereits im Antrag angegeben waren. Wir leisten aber, wenn der Leistungsfall aufgrund von Umständen eintritt, die für den Eintritt des Leistungsfalls nur mitursächlich waren.

34.2 Sie haben außerdem keinen Schutz in den unter **23.** beschriebenen Fällen.

35. Was kostet der vorläufige Schutz?

Für den vorläufigen Schutz müssen Sie keinen zusätzlichen Beitrag zahlen.

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

36.1 Soweit in diesen Bedingungen für den vorläufigen Schutz bei Ihrer Versicherung *RÜCKHALT* nichts anderes bestimmt ist, finden die Bedingungen für Ihre Versicherung *RÜCKHALT* Anwendung. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse.

36.2 Haben Sie im Antrag einen Empfänger für die Leistungen bestimmt, erhält dieser auch die Leistungen aus dem vorläufigen Schutz.

Wichtige Begriffe

37. Kurze Erläuterung einiger wichtiger Begriffe

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

Aktuar	Aktuare sind wissenschaftlich ausgebildete Sachverständige. Sie sind Experten in Mathematik, Statistik und Wahrscheinlichkeitsrechnung, die sich mit Fragestellungen und Risiken im Versicherungs- und Finanzbereich auseinandersetzen. Ein Aktuar prüft zum Beispiel, ob die Beiträge zum Risiko passen, damit wir alle Leistungen auch erbringen können. Der Verantwortliche Aktuar eines Versicherungsunternehmens ist ein Aktuar mit bestimmten, gesetzlich festgelegten Verpflichtungen gegenüber dem Vorstand und der Aufsichtsbehörde.
beitragsfrei	Sie haben die Möglichkeit, Ihre Versicherung RÜCKHALT beitragsfrei zu stellen. In dieser Zeit haben Sie keinen oder nur einen geringen Schutz. Welche Voraussetzungen dafür erfüllt sein müssen, steht in den Bedingungen.
Beitragssumme	Die Beitragssumme ist die Summe der für die gesamte Laufzeit Ihrer Versicherung RÜCKHALT vereinbarten Beiträge.
Beitragszahler	Die Beiträge zu Ihrer Versicherung RÜCKHALT zahlt in der Regel der Versicherungsnehmer. Auch ein Dritter kann Beitragszahler sein. Er erwirbt dadurch allerdings keine Rechte an Ihrer Versicherung RÜCKHALT.
Leistung	<p>Sterben die <u>versicherten Personen</u>, erbringen wir eine Leistung. Unsere Leistung besteht in der Regel aus der mit Ihnen vereinbarten Todesfallsumme.</p> <p>Haben Sie das Paket „Partner“ oder das Paket „Planer“ vereinbart, erbringen wir auch eine Leistung, wenn die <u>versicherten Personen</u> an einer fortschreitenden, unheilbaren Krankheit erkranken. Unsere Leistung entspricht der mit Ihnen vereinbarten Todesfallsumme.</p> <p>Haben Sie das Paket „Planer“ vereinbart, erbringen wir auch eine Leistung, wenn die <u>versicherten Personen</u> schwer erkranken oder pflegebedürftig werden. Unsere Leistung besteht dann aus einer zusätzlichen Einmalleistung.</p>
Leistungsfall	<p>Der Leistungsfall ist für uns das Ereignis, das dazu führt, dass die <u>versicherte Person</u> stirbt. Dies kann zum Beispiel durch eine Krankheit, Verletzung oder einen Unfall geschehen.</p> <p>Bei den Paketen „Partner“ und „Planer“ ist dies auch der Eintritt einer fortschreitenden, unheilbaren Krankheit, die voraussichtlich in den nächsten 12 Monaten zum Tod der <u>versicherten Person</u> führen wird.</p> <p>Bei dem Paket „Planer“ ist der Leistungsfall auch der Eintritt einer schweren Krankheit oder Pflegebedürftigkeit.</p>
Prüfung der Gesundheit	Die Gesundheit der <u>versicherten Person</u> hat Einfluss auf den Schutz. Deshalb stellen wir im Antrag Fragen zur Gesundheit der <u>versicherten Person</u> . Wir fragen aber auch nach Größe und Gewicht sowie nach riskanten Hobbies, um hieran gesundheitliche Risiken erkennen zu können. Manchmal kann es sein, dass wir weitere Informationen benötigen. Dann fragen wir mit ihrem Einverständnis die Ärzte der <u>versicherten Person</u> .
Rechnungsgrundlagen	Um die Beiträge richtig zu kalkulieren, greifen wir auf so genannte Rechnungsgrundlagen zurück. Sie bilden die Grundlage für die Berechnung der Leistungen und Beiträge. Die Rechnungsgrundlagen sind sorgfältig ermittelte Annahmen dazu, wie sich die versicherten Risiken, die Zinsen und die Kosten entwickeln werden.

Rückkaufswert	Ihre Versicherung <i>RÜCKHALT</i> bietet Ihnen hauptsächlich Schutz, wenn die <u>versicherte Person</u> stirbt. Sie zahlen für diesen Schutz und sparen kein Geld an. Wenn Sie kündigen, wird deshalb kein Rückkaufswert fällig.
Schriftform	Schriftform bedeutet, dass eine Erklärung in einem Dokument niedergeschrieben und mit einer eigenhändigen Unterschrift des Erklärenden unterschrieben werden muss. Eine digitale Unterschrift ist für die Schriftform nicht ausreichend. Die Erklärung können Sie uns als einfachen Brief zukommen lassen. Die Abgabe der Erklärung per E-Mail oder Fax ist nicht ausreichend. Geregelt ist die Schriftform in § 126 des Bürgerlichen Gesetzbuchs.
Textform	Eine Erklärung in Textform können Sie zum Beispiel per Brief, Fax oder E-Mail abgeben. Dabei müssen wir den Absender eindeutig als Person erkennen können. Geregelt ist die Textform in § 126 b des Bürgerlichen Gesetzbuchs.
unverzüglich	Wenn Sie eine Leistung aus Ihrer Versicherung <i>RÜCKHALT</i> erhalten möchten, müssen Sie diese unverzüglich nach Eintritt des Leistungsfalls beantragen. Unverzüglich bedeutet: Ohne schuldhaftes Zögern und ist in § 121 Abs. 1 S. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs geregelt. Unverzüglich verlangt keine sofortige Erklärung. Ausreichend ist eine frühestmögliche und zumutbare Erklärung, die nach den Umständen des Einzelfalls nach einer angemessenen Überlegungsfrist abgegeben wird. Hierbei sind auch unsere Interessen zu berücksichtigen.
Überschüsse	Wir berechnen die Beiträge vorsichtig. Dazu sind wir gesetzlich verpflichtet. Aus diesem Grund erzielen wir so genannte Überschüsse. An diesen beteiligen wir Sie. Wenn wir zum Beispiel weniger Leistungen auszahlen, als wir angenommen haben, zahlen wir unseren Kunden Geld zurück. Bei Ihrer Versicherung <i>RÜCKHALT</i> bedeutet das für Sie einen reduzierten Beitrag. Die Überschüsse können mal höher und mal niedriger ausfallen, sie sind nicht garantiert. Dadurch kann sich auch Ihr Beitrag ändern.
versicherte Person	Die versicherte Person ist die Person, deren Leben versichert ist. Sie muss nicht der Versicherungsnehmer sein.
Versicherungsnehmer	Der Versicherungsnehmer ist unser Vertragspartner. Er hat die Rechte und Pflichten, die sich aus der Versicherung ergeben. In der Regel zahlt der Versicherungsnehmer zum Beispiel die Beiträge und kann Erklärungen abgeben.
Versicherungsperiode	Die Versicherungsperiode beschreibt den Zeitabschnitt, für den Sie Beiträge zahlen. Wenn Sie Ihre Beiträge monatlich zahlen, beträgt die Versicherungsperiode einen Monat. Sie können mit uns eine monatliche, vierteljährliche, halbjährliche oder jährliche Zahlungsweise vereinbaren.
Versicherungsschein	Der Versicherungsschein ist der Nachweis, dass Sie Ihre Versicherung <i>RÜCKHALT</i> bei uns abgeschlossen haben. Sie erhalten den Versicherungsschein von uns in der Regel in Papierform. Dann handelt es sich um eine Urkunde. Bewahren Sie diese bitte sorgfältig auf. Sie ist der Nachweis, dass Sie im Leistungsfall berechtigt sind, die Leistung von uns zu bekommen.