

TEAM[®]
Team Existenz Absicherungs Modell

Versicherungsschein für die Vodafone GmbH

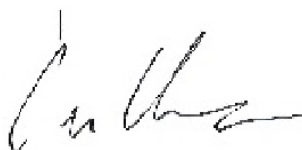
Versicherungsnummer	20396
Zugrundeliegendes Angebot	CAS46584-003

TEAM® im Überblick

Versicherungsnummer	20396
Versicherungsnehmer	Vodafone GmbH Ferdinand-Braun-Platz 1 40549 Düsseldorf
Versicherungsland	Deutschland
Versicherungsbeginn	01.04.2024
Versicherungsdauer bis zum	01.04.2025; Es besteht die Möglichkeit, den Versicherungsschutz zu erneuern.
Vertragswährung	EUR
Prämienzahlungsweise	Jährlich
Prämiensatzgarantie	Für den Fall der Vertragserneuerung garantieren wir die Höhe des Prämiensatzes bis zum 31/03/2025.

Dieser Versicherungsschein bildet zusammen mit dem Antrag und den Vertragsinformationen für die Gruppen-Risikoversicherung den kompletten Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und uns.

Gezeichnet in Leudelange, Luxemburg, am 10.04.2024 im Auftrag von Zurich Eurolife S.A.



Übersicht

Name der Gruppe	Leistung, die sich aus dem
Versorgungsbeitrag	Versorgungsbeitrag ergibt
Gruppe 1	
Absicherung im Todesfall:	1,00-faches versichertes Gehalt
Absicherung bei Invalidität:	25,0% des versicherten Gehalts
Gruppe 2	
Absicherung im Todesfall:	2,00-faches versichertes Gehalt
Absicherung bei Invalidität:	25,0% des versicherten Gehalts
Gruppe 3	
Absicherung im Todesfall:	4,00-faches versichertes Gehalt
Absicherung bei Invalidität:	25,0% des versicherten Gehalts

Bei TEAM[®] als Rückdeckung beitragsorientierter Leistungszusagen ergibt sich die zu zahlende Gesamtprämie aus der Summe der Versorgungsbeiträge für alle Mitarbeiter. Es kommt zu einer Erhöhung der Gesamtprämie, wenn neue Mitarbeiter unterjährig in das Unternehmen eintreten. Ist eine individuelle medizinische Risikoprüfung erforderlich, kann es zu einer Erhöhung der Prämie kommen.

Zulassungsvoraussetzungen

Name der Gruppe	Beschreibung
Gruppe 1	Alle festangestellten Mitarbeiter des Versicherungsnehmers oder der verbundenen Unternehmen, aufgeführt unter "besondere Vereinbarungen" (ausgenommen Bereichsleiter und Geschäftsführer).
Gruppe 2	Alle festangestellten Bereichsleiter des Versicherungsnehmers oder der verbundenen Unternehmen, aufgeführt unter "besondere Vereinbarungen".
Gruppe 3	Alle festangestellten Geschäftsführer des Versicherungsnehmers oder der verbundenen Unternehmen, aufgeführt unter "besondere Vereinbarungen".

Name der GruppeBeginn des Versicherungsschutzes **Gruppe 1**
01.04.2024

Umfang des Versicherungsschutzes Obligatorischer Versicherungsschutz; Das bedeutet: TEAM® wird für eine definierte Personengruppe gesamthaft abgeschlossen. Der Ausschluss einzelner Personen, die die Kriterien der Gruppe erfüllen, ist nicht möglich.

Form der Verwaltung Vereinfachte Verwaltung; Das bedeutet, am Ende des Versicherungsjahres berechnen wir anhand der dann gemeldeten Versichertenbestandsdaten die korrigierte Prämie für das abgelaufene Jahr.

Medizinische Nachprüfung keine erneute individuelle medizinische Risikoprüfung bis zum medizinischen Nachprüfungslimit erforderlich

Mindesteintrittsalter 16

Definition des versicherten Gehalts 12-monatliches Grundgehalt zuzüglich übertariflicher Zulagen sowie 50% der Zielprovision (bei Provisionsempfängern)

Versicherte Leistung

Art der Leistung Wir erbringen unsere Leistung in Form einer Einmalzahlung.

Versicherungsendalter 67

Höchsteintrittsalter 66

Automatisches Annahmelimit 4.000.000 EUR; Das bedeutet, wir gewähren Versicherungsschutz für die gewählte Absicherung automatisch bis zu diesem Höchstbetrag, ohne den Nachweis einer individuellen medizinischen Risikoprüfung.

Medizinisches Nachprüfungslimit 4.000.000 EUR

Versicherungssumme 1,00-faches versichertes Gehalt

Ausschlüsse Die Fälle, in denen der Versicherungsschutz ausgeschlossen ist, sind in § 7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.

Versicherte Leistung

Art der Leistung Wir erbringen unsere Leistung in Form einer Rentenzahlung, solange eine Invalidität besteht. Maximal leisten wir bis die versicherte Person das Versicherungsendalter erreicht.

Versicherungsendalter 67

Höchsteintrittsalter 66

Automatisches Annahmelimit 250.000 EUR; Das bedeutet, wir gewähren Versicherungsschutz für die gewählte Absicherung automatisch bis zu diesem Höchstbetrag, ohne den Nachweis einer individuellen medizinischen Risikoprüfung.

Medizinisches Nachprüfungslimit 250.000 EUR

Versicherungssumme 25,0% des versicherten Gehalts

Leistungsdauer bis zum Versicherungsendalter

Maximale Versicherungssumme 250.000 EUR

Gewählter Invaliditätsschutz Invaliditätsschutz für den eigenen Beruf

Leistungsstaffel Für den Erhalt der versicherten Leistung muss der Invaliditätsgrad mindestens 50% betragen. Bei einem Grad der Invalidität unter 50% besteht kein Anspruch auf die versicherte Leistung.

Karenzzeit 3 Monate

Garantierte Rentensteigerung Ab dem zweiten Jahr des Rentenbezugs erhöht sich die Rentenleistung um jährlich 1%

Ausschlüsse Die Fälle, in denen der Versicherungsschutz ausgeschlossen ist, sind in § 7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.

Name der Gruppe

Beginn des Versicherungsschutzes 01.04.2024

Umfang des Versicherungsschutzes Obligatorischer Versicherungsschutz; Das bedeutet: TEAM® wird für eine definierte Personengruppe gesamthaft abgeschlossen. Der Ausschluss einzelner Personen, die die Kriterien der Gruppe erfüllen, ist nicht möglich.

Form der Verwaltung Vereinfachte Verwaltung; Das bedeutet, am Ende des Versicherungsjahres berechnen wir anhand der dann gemeldeten Versichertenbestandsdaten die korrigierte Prämie für das abgelaufene Jahr.

Medizinische Nachprüfung keine erneute individuelle medizinische Risikoprüfung bis zum medizinischen Nachprüfungslimit erforderlich

Mindesteintrittsalter 16

Definition des versicherten Gehalts 12-monatliches Grundgehalt zuzüglich übertariflicher Zulagen sowie 50% der Zielprovision (bei Provisionsempfängern)

Versicherte Leistung

Art der Leistung

Versicherungsendalter

Höchstesintrittsalter

Automatisches Annahmelimit

Medizinisches Nachprüfungslimit

Versicherungssumme

Ausschlüsse

Absicherung im Todesfall

Wir erbringen unsere Leistung in Form einer Einmalzahlung.

67

66

4.000.000 EUR; Das bedeutet, wir gewähren Versicherungsschutz für die gewählte Absicherung automatisch bis zu diesem Höchstbetrag, ohne den Nachweis einer individuellen medizinischen Risikoprüfung.

4.000.000 EUR

2,00-faches versichertes Gehalt

Die Fälle, in denen der Versicherungsschutz ausgeschlossen ist, sind in § 7

der Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.

Versicherte Leistung

Art der Leistung

Versicherungsendalter

Höchstesintrittsalter

Automatisches Annahmelimit

Medizinisches Nachprüfungslimit

Versicherungssumme

Leistungsdauer

Maximale Versicherungssumme

Gewählter Invaliditätsschutz

Leistungsstaffel

Absicherung bei Invalidität

Wir erbringen unsere Leistung in Form einer Rentenzahlung, solange eine Invalidität besteht. Maximal leisten wir bis die versicherte Person das Versicherungsendalter erreicht.

67

66

250.000 EUR; Das bedeutet, wir gewähren Versicherungsschutz für die gewählte Absicherung automatisch bis zu diesem Höchstbetrag, ohne den Nachweis einer individuellen medizinischen Risikoprüfung.

250.000 EUR

25,0% des versicherten Gehalts

bis zum Versicherungsendalter

250.000 EUR

Invaliditätsschutz für den eigenen Beruf

Für den Erhalt der versicherten Leistung muss der Invaliditätsgrad

mindestens 50% betragen. Bei einem Grad der Invalidität unter 50% besteht kein Anspruch auf die versicherte Leistung.

Karenzzeit

3 Monate

Garantierte Rentensteigerung

Ab dem zweiten Jahr des Rentenbezugs erhöht sich die Rentenleistung um jährlich 1%

Ausschlüsse

Die Fälle, in denen der Versicherungsschutz ausgeschlossen ist, sind in § 7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.

Name der Gruppe

Beginn des Versicherungsschutzes 01.04.2024

Umfang des Versicherungsschutzes Obligatorischer Versicherungsschutz; Das bedeutet: TEAM® wird für eine definierte Personengruppe gesamthaft abgeschlossen. Der Ausschluss einzelner Personen, die die Kriterien der Gruppe erfüllen, ist nicht möglich.

Form der Verwaltung Vereinfachte Verwaltung; Das bedeutet, am Ende des Versicherungsjahres berechnen wir anhand der dann gemeldeten Versichertenbestandsdaten die korrigierte Prämie für das abgelaufene Jahr.

Medizinische Nachprüfung keine erneute individuelle medizinische Risikoprüfung bis zum medizinischen Nachprüfungslimit erforderlich

Mindesteintrittsalter 16

Definition des versicherten Gehalts 12-monatliches Grundgehalt zuzüglich übertariflicher Zulagen sowie 50% der Zielprovision (bei Provisionsempfängern)

Versicherte Leistung

Art der Leistung

Versicherungsendalter

Höchstesintrittsalter

Automatisches Annahmelimit

Medizinisches Nachprüfungslimit

Versicherungssumme

Ausschlüsse

Absicherung im Todesfall

Wir erbringen unsere Leistung in Form einer Einmalzahlung.

67

66

4.000.000 EUR; Das bedeutet, wir gewähren Versicherungsschutz für die gewählte Absicherung automatisch bis zu diesem Höchstbetrag, ohne den Nachweis einer individuellen medizinischen Risikoprüfung.

4.000.000 EUR

4,00-faches versichertes Gehalt

Die Fälle, in denen der Versicherungsschutz ausgeschlossen ist, sind in § 7

der Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.

Versicherte Leistung

Art der Leistung

Versicherungsendalter

Höchstesintrittsalter

Automatisches Annahmelimit

Medizinisches Nachprüfungslimit

Versicherungssumme

Leistungsdauer

Maximale Versicherungssumme

Gewählter Invaliditätsschutz

Leistungsstaffel

Absicherung bei Invalidität

Wir erbringen unsere Leistung in Form einer Rentenzahlung, solange eine Invalidität besteht. Maximal leisten wir bis die versicherte Person das Versicherungsendalter erreicht.

67

66

250.000 EUR; Das bedeutet, wir gewähren Versicherungsschutz für die gewählte Absicherung automatisch bis zu diesem Höchstbetrag, ohne den Nachweis einer individuellen medizinischen Risikoprüfung.

250.000 EUR

25,0% des versicherten Gehalts

bis zum Versicherungsendalter

250.000 EUR

Invaliditätsschutz für den eigenen Beruf

Für den Erhalt der versicherten Leistung muss der Invaliditätsgrad

mindestens 50% betragen. Bei einem Grad der Invalidität unter 50% besteht kein Anspruch auf die versicherte Leistung.

Karenzzeit

3 Monate

Garantierte Rentensteigerung

Ab dem zweiten Jahr des Rentenbezugs erhöht sich die Rentenleistung um jährlich 1%

Ausschlüsse

Die Fälle, in denen der Versicherungsschutz ausgeschlossen ist, sind in § 7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.

Hinweis

Die Versicherung erfolgt nach den eingereichten schriftlichen Erklärungen und den Ihnen überlassenen Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Gruppen-Risikoversicherung. Art und Umfang der Versicherungsleistungen sowie die allgemeinen Hinweise und Erläuterungen zu Ihrem Vertrag sind in diesem Versicherungsschein enthalten. Es gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland. Die Prämie (Versicherungsentgelt) ist nach § 4 Nr. 10 Umsatzsteuergesetz (UStG) von der Umsatzsteuer sowie nach § 4 Nr. 5 Versicherungssteuergesetz (VersStG) von der Versicherungssteuer befreit.

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung auf Abschluss einer Lebensversicherung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsinformationen für die Gruppen-Risikoversicherung einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Absätze 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG- Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an Zurich Eurolife S.A., Building Elise, 21 rue Léon Laval, L-3372 Leudelange, Luxembourg. Fax: +352 26 64 26 50, E-Mail: zigrs.zel@zurich.com.

Bitte geben Sie in der Widerrufserklärung auch die Versicherungsnummer an.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenen Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten. Dabei handelt es sich pro Tag zwischen dem Beginn des Versicherungsschutzes und dem Zugang der Widerrufserklärung um einen Betrag in Höhe von 1/365 der für ein Jahr zu zahlenden Prämie. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

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

Besondere Hinweise

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

Zahlungsverzug bei der Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, sind wir, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, Sie haben die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn Sie haben die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

Besondere Vereinbarungen

Diese Police steht in direktem Zusammenhang mit der Police 20446 - Vantage Towers AG - für die Berechnung des Prämienatzes und des Automatischen Annahmelimits. Die Vertragsbedingungen sind nur gültig, sofern beide Versicherungsverträge in Kraft sind. Falls einer der beiden Versicherungsverträge beendet wird, behalten wir uns das Recht vor den Prämienatz und die Vertragsbedingungen des weiterhin bestehenden Versicherungsvertrages anzupassen oder diesen falls nötig zu beenden.

Einbezogene Unternehmen:

Die Mitarbeiter folgender verbundenen Unternehmen sind im vorliegenden Versicherungsschein mitberücksichtigt:

Vodafone Deutschland GmbH

Vodafone Customer Care GmbH

TKS Telepost Kabel-Service Kaiserslautern GmbH

Vodafone Stiftung Deutschland gGmbH

Vodafone Group Services GmbH

Vodafone West GmbH

Der Versicherungsnehmer ist alleiniger Vertragspartner. Versicherte Personen und verbundene Unternehmen

erwerben keinerlei Rechte an diesem Vertrag.

Zahlung von Versicherungsleistungen:

Zurich Eurolife S.A. („ZEL“) erklärt sich hiermit ausnahmsweise damit einverstanden, Versicherungsleistungen direkt an den Arbeitgeber der jeweiligen versicherten Person auszusahlen. Dies schließt den Versicherungsnehmer, die Vodafone GmbH, sowie die oben genannten verbundenen Unternehmen, deren Arbeitnehmer in den Schutz des Versicherungsvertrags einbezogen sind, ein.

Versicherungsleistungen werden nicht direkt an versicherte Personen oder von diesen begünstigte Personen ausgezahlt.

Der Versicherungsnehmer hat die Bankverbindungen für die oben genannten verbundenen Unternehmen bestätigt.

Der Versicherungsnehmer bestätigt, diesen außerordentlichen Auszahlungsprozess mit den oben genannten verbundenen Unternehmen vereinbart zu haben. ZEL wird mit Zahlung auf ein vom Versicherungsnehmer bestätigtes Konto eines verbundenen Unternehmens von seiner Leistungspflicht gegenüber dem Versicherungsnehmer befreit.

Im Übrigen finden die geltenden Prozesse und Anforderungen zur Geltendmachung von Ansprüchen auf Versicherungsleistungen Anwendung.

Diese Ausnahme wurde auf Bitte und im Interesse des Versicherungsnehmers gewährt, um das Management der Geltendmachung von Ansprüchen auf Versicherungsleistungen im Rahmen der Unternehmensgruppe des Versicherungsnehmers zu erleichtern.

Begrenzung bestimmter psychischer Krankheiten:

§ 7 Absatz 2 findet keine Anwendung.

Private Fortführungsoption:

Bezüglich der Anwartschaft auf selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherungen wird auf die separaten Besonderen Bedingungen zur Mitversicherung verwiesen.

Gültigkeit des Versicherungsscheins:

Dieser Versicherungsschein wird unter dem Vorbehalt ausgestellt, dass dieser in einer Captivevereinbarung mit Zurich aufgenommen ist.

Ist dies nicht der Fall, behalten wir uns das Recht vor, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen anzupassen, das automatische Annahmelimit zu reduzieren, die Prämiensätze zu ändern oder unseren Versicherungsschein nach Erhalt dieser

Informationen zurückzuziehen.

Ergänzend zu § 1 Absatz 10 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gilt:

Personen, die sich in der aktiven Phase der Altersteilzeit befinden, werden so gestellt, wie Personen, die sich ‚aktiv im Erwerbsleben‘ befinden. Dies gilt in der passiven Phase der Altersteilzeit ausschließlich für die Todesfallabsicherung und nur für einen Zeitraum von maximal 3,5 Jahren, jedoch nicht länger als für die Dauer der aktiven Phase der Altersteilzeit. Als versichertes Gehalt wird das für die jeweilige Phase der Altersteilzeit vertraglich vereinbarte Gehalt herangezogen.

Personen, die in den Vorruhestand getreten sind, werden so gestellt, wie Personen, die sich ‚aktiv im Erwerbsleben‘ befinden. Während des Vorruhestandes wird als versichertes Gehalt das vom Versicherungsnehmer gezahlte Vorruhestandsgeld herangezogen. Dies gilt ausschließlich für die Todesfallabsicherung und nur für die vereinbarte Dauer des Vorruhestands, maximal jedoch für einen Zeitraum von 7 Jahren.

Wenn eine Person befristet von der arbeitsvertraglich vereinbarten Tätigkeit freigestellt wird und dabei weiterhin das arbeitsvertraglich vereinbarte Gehalt bezieht, wird diese Person für einen Zeitraum der Abwesenheit von bis zu 42 Monaten so gestellt wie eine Person, die sich ‚aktiv im Erwerbsleben‘ befindet, sofern die Freistellung nicht aufgrund eines krankhaften Gesundheitszustands der Person erfolgt.

Abweichend von § 1 Absatz 6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gilt:

Nach dem Versicherungsbeginn eintretende, tarifvertraglich vorgesehene Gehaltserhöhungen wirken sich auf die Höhe der Leistung aus. Zurich erbringt die Leistung entsprechend des gültigen Gehalts bei Eintritt des

Leistungsfalls. Die Regelungen bzgl. der individuellen medizinischen Risikoprüfung gemäß § 3 bleiben hiervon unberührt.

Ergänzend zu § 10 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gilt:

Änderungen der Versicherungssumme, die aufgrund von Gehaltserhöhungen aufgetreten sind, werden bei der Berechnung der korrigierten Prämie zeiträtierlich berücksichtigt. Dafür wird zunächst die Änderung der Versicherungssumme ermittelt, welche sich aufgrund der Gehaltserhöhung im Vergleich zum Vorjahr ergibt. Anschließend wird der zeiträtierliche Anteil der Änderung der Versicherungssumme ab Eintritt der Gehaltserhöhung bis zum Ende des Versicherungsjahres bestimmt. Der zeiträtierliche Anteil multipliziert mit dem Einheitsprämiensatz ergibt die korrigierte Prämie je versicherter Person für das abgelaufene Versicherungsjahr.

Beispiel:

- Gehalt zum Versicherungsbeginn (01.04.): 50.000 €
- Gehalt zum 01.07.: 52.000 €
- Todesfallabsicherung: 1-faches versichertes Gehalt
- Veränderung der Versicherungssumme am Ende des Versicherungsjahres: $52.000 \text{ €} - 50.000 \text{ €} = 2.000 \text{ €}$
- Zeiträtierlicher Anteil der Veränderung (für den Zeitraum ab Eintritt der Gehaltserhöhung am 01.07. bis zum Ende des Versicherungsjahres am 31.03. des Folgejahres): $9/12 * 2.000 \text{ €} = 1.500 \text{ €}$
- Prämienrate für die Todesfallabsicherung: 0,84 je tausend Euro Versicherungssumme
- Korrigierte Prämie für diese versicherte Person (Nacherhebung): $1.500 \text{ €} * 0,84 / 1000 = 1,26 \text{ €}$

Abweichend von § 12 Absatz 4 Satz 2 Punkt 3 gilt:

Im Todesfall muss der Versicherungsnehmer die letzte Gehaltsabrechnung vor Eintritt des Versicherungsfalls einreichen.

Abweichend von § 12 Absatz 7 Satz 6 Punkt 4 gilt:

Für die Leistungsprüfung der Invalidität muss der Versicherungsnehmer die letzte Gehaltsabrechnung vor Eintritt des Versicherungsfalls einreichen.

Ziffer 18 der Allgemeinen Hinweise (Festlegung der Sprache) findet für Unfallberichte keine Anwendung.

Sofern bei Auszahlung der Todesfallleistung keine Hinterbliebenen im Sinne des BMF Schreibens vom 12. August 2021 Rn. 4 vorhanden sind, wird ein Sterbegeld i.H.v. maximal 8.000 EUR an den Versicherungsnehmer geleistet. Dieses Angebot steht in direktem Zusammenhang mit dem Angebot CAS46584-003, CAS46592-002 für die Berechnung des Prämiensatzes und des Automatischen Annahmelimits. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind nur gültig, sofern [beide/alle] Angebote akzeptiert werden. Falls einer der Versicherungsverträge beendet wird, behalten wir uns das Recht vor, den Prämiensatz und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen [des/der] weiterhin bestehenden [Versicherungsvertrages/Versicherungsverträge] anzupassen oder [diesen/diese], falls nötig, zu beenden.

Rückkaufswerte und Überschussbeteiligung

Bei TEAM[®] handelt es sich um eine Risikoversicherung. Rückkaufswerte sind nicht vorgesehen. Sie betragen daher 0 EUR. Eine Überschussbeteiligung ist nicht vorgesehen.

Maßgebliche Versicherungsbedingungen und Steuerhinweise

Die für dieses Angebot maßgeblichen Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Steuerhinweise sind in den Vertragsinformationen für die Gruppen-Risikoversicherung in der Fassung 06/2022 enthalten.

Männliche/Weibliche Sprachform

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen innerhalb unserer vorvertraglichen Informations- und Vertragsunterlagen gelten gleichwohl für Personen beiderlei Geschlechts.

Zurich Eurolife S.A.
Building Elise
21 rue Léon Laval
L-3372 Leudelange
Luxembourg
Telephone +352 26 64 21
Telefax +352 26 64 26 50
R.C.S Luxembourg B51753

Zurich Eurolife S.A. ist eine Lebensversicherungsgesellschaft, die den luxemburgischen Gesetzen unterliegt. Sie ist registriert im luxemburgischen Register für Handel und Unternehmen mit der Nummer B51753 und hat ihren Sitz in Building Elise, 21 rue Léon Laval, L-3372 Leudelange, Luxembourg. Zurich Eurolife S.A. unterliegt den geltenden Rechtsvorschriften in Luxemburg und untersteht der Aufsicht des Commissariat aux Assurances.

Im Einklang mit den geltenden Regeln für europäisches grenzüberschreitendes Versicherungsgeschäft ist Zurich Eurolife S.A. berechtigt, ihre Produkte und Dienstleistungen auch in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union anzubieten.

www.zurich.com/zigrs

Anrufe können aus Sicherheitsgründen, für das Beschwerdemanagement und zu Schulungs-, Verwaltungs- und Qualitätssicherungszwecken aufgezeichnet oder mitgehört werden.

02.16.002



TEAM[®]

Team Existenz Absicherungs Modell

**Vertragsinformationen für die Gruppen-Risikoversicherung
in der Fassung 06/2021
für die Vodafone GmbH**

Versicherungsnummer 20396
Angebotsnummer CAS46584-003

Diese Vertragsinformationen gelten zusammen mit dem ausgestellten Versicherungsschein ab dem 01.04.2024.
Sie ersetzen vorherige Versionen dieses Dokumentes.

Sehr geehrte Damen,
sehr geehrte Herren,

in den Versicherungsbedingungen spricht Zurich Eurolife S.A. (im Folgenden: *Zurich*) mit dem „Versicherungsnehmer“ grundsätzlich denjenigen an, der die Versicherung beantragt hat und somit Vertragspartner von Zurich ist. Bei dem Versicherungsnehmer handelt es sich um den Arbeitgeber.

Die folgenden Unterlagen bilden den vollständigen Vertrag zwischen dem Versicherungsnehmer und Zurich:

- Diese Vertragsinformationen für die Gruppen-Risikoversicherung beinhalten die generellen Grundlagen der Vertragsgestaltung.
- Der beigefügte Versicherungsschein definiert Prämie und Leistung des Vertrages und besondere mit dem Versicherungsnehmer getroffene Vereinbarungen.
- Der ausgefüllte und unterzeichnete Antrag dokumentiert die Anforderungen des Versicherungsnehmers an Zurich.

Besondere Vereinbarungen in dem Versicherungsschein spezifizieren Wahlmöglichkeiten oder legen individuell getroffene Vereinbarungen mit dem Versicherungsnehmer fest. Daher gehen solche besonderen Vereinbarungen den Regelungen dieser Vertragsinformationen vor.

Dieser Vertrag wird zwischen dem Versicherungsnehmer und Zurich abgeschlossen und geht jeglichen vorhergehenden Vereinbarungen vor. Die versicherten Personen sind keine Parteien und erwerben keinerlei Rechte an diesen Vertrag. Anderslautende Vereinbarungen zwischen dem Versicherungsnehmer und den versicherten Personen sind für Zurich nicht bindend.

Die Information über das Recht des Versicherungsnehmers zum Widerruf dieses Vertrages sind besonders zu beachten (Widerrufsbelehrung).

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung auf Abschluss einer Lebensversicherung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsinformationen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Absätze 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:

Zurich Eurolife S.A.
Building Elise
21 rue Léon Laval
L-3372 Leudelange
Luxembourg
Fax: +352 26 64 26 50
E-Mail: zigrs.zel@zurich.com

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich pro Tag zwischen dem Beginn des Versicherungsschutzes und dem Zugang der Widerrufserklärung um einen Betrag in Höhe von 1/365 der für ein Jahr zu zahlenden Prämie. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

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

Besondere Hinweise

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

Ende der Widerrufsbelehrung

Allgemeine Hinweise

Die Rechtsverordnung über die Informationspflichten bei Versicherungsverträgen regelt die von der Versicherungsgesellschaft dem Versicherungsnehmer zu erteilenden Informationen. Die konkreten Informationsverpflichtungen kann der Versicherungsnehmer den nachfolgenden Ziffernüberschriften entnehmen.

Sowohl mit diesen Allgemeinen Hinweisen als auch mit den weiteren dem Versicherungsnehmer überlassenen Unterlagen (z.B. den Allgemeinen Versicherungsbedingungen) informiert Zurich den Versicherungsnehmer entsprechend den gesetzlichen Vorgaben über:

- 1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist und die zugehörige Registernummer; zur Identität gehören insbesondere der Name, die Anschrift, die Rechtsform und der Sitz.**

Zurich Eurolife S.A.
Building Elise
21 rue Léon Laval
L-3372 Leudelange
Luxembourg

Sitz der Gesellschaft: Luxemburg Registriert in Luxemburg unter Nummer B51753 des Registre du Commerce et des Sociétés

- 2. die Identität eines Vertreters des Versicherers in dem Mitgliedsstaat der Europäischen Union, in dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz hat, wenn es einen solchen Vertreter gibt, oder die Identität einer anderen für den Versicherer gewerblich tätigen Person als dem Anbieter, wenn der Versicherungsnehmer mit dieser geschäftlich zu tun hat und die Eigenschaft, in der diese Person gegenüber dem Versicherungsnehmer tätig wird.**

Zurich Eurolife S.A. (im Folgenden: *Zurich*) ist im Rahmen der europäischen Dienstleistungsfreiheit in Deutschland tätig und hat daher keinen bevollmächtigten Vertreter in Deutschland. Der Versicherungsnehmer kann Zurich entweder über seinen Vermittler erreichen oder direkt unter untenstehender Adresse.

- 3. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem**

Versicherer, seinem Vertreter oder einer anderen gewerblich tätigen Person gemäß Nummer 2 und dem Versicherungsnehmer maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten.

Zurich Eurolife S.A.
Building Elise
21 rue Léon Laval
L-3372 Leudelange
Luxembourg

vertreten durch Herrn Xavier Nevez, Chief Executive Officer.

- 4. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers.**

Die Hauptgeschäftstätigkeit der „Zurich“ ist das Lebensversicherungsgeschäft.

- 5. das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen, die nicht unter die Richtlinie 94/19/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 30. Mai 1994 über Einlagensicherungssysteme (ABl. EG Nr. L 135 S. 5) und die Richtlinie 97/9/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 3. März 1997 über Systeme für die Entschädigung der Anleger (ABl. EG Nr. L 84 S. 22) fallen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben.**

Es besteht kein Garantiefonds.

- 6. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere**
 - a) die für das Versicherungsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarifbestimmungen sowie die Angabe des auf den Vertrag anwendbaren Rechts;**
 - b) Angaben über Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Leistung des Versicherers.**

Die Informationen hierzu sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführt.

- 7. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die dem**

Versicherungsnehmer eine Überprüfung des Preises ermöglichen.

Die Informationen hierzu sind in dem Angebot aufgeführt.

- 8. gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrages sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden; anzugeben sind auch alle Kosten, die dem Versicherungsnehmer für die Benutzung von Fernkommunikationsmitteln entstehen, wenn solche zusätzlichen Kosten in Rechnung gestellt werden.**

Die Informationen hierzu sind in dem Angebot aufgeführt.

- 9. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien.**

Die Informationen hierzu sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführt.

- 10. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises.**

Das Angebot verliert seine Gültigkeit, wenn sich die Kalkulationsgrundlagen des Tarifs ändern.

- 11. den Umstand, dass sich die Finanzdienstleistung auf Finanzinstrumente bezieht, die wegen ihrer spezifischen Merkmale oder der durchzuführenden Vorgänge mit speziellen Risiken behaftet sind oder deren Preis Schwankungen auf dem Finanzmarkt unterliegt, auf die der Versicherer keinen Einfluss hat, und dass in der Vergangenheit erwirtschaftete Beträge kein Indikator für künftige Erträge sind; die jeweiligen Umstände und Risiken sind zu bezeichnen.**

Für Risikoversicherungen findet dies keine Anwendung.

- 12. das Zustandekommen des Vertrages, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll.**

Der Vertrag kommt durch Zusendung des Versicherungsscheins zustande. Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn. Eine Antragsbindefrist besteht nicht.

- 13. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den der Versicherungsnehmer im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen hat.**

Die Informationen hierzu "sind in den diesen Vertragsinformationen unter dem Kapitel "Widerrufsbelehrung" aufgeführt".

- 14. die Laufzeit und gegebenenfalls Mindestlaufzeit des Vertrages.**

Die Informationen hierzu sind in dem Angebot und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführt.

- 15. die Beendigung des Vertrages, insbesondere die vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen.**

Die Informationen hierzu sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführt.

- 16. die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zum Versicherungsnehmer vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt.**

Auf den Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

- 17. eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht.**

Diese Angaben sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführt.

- 18. die Sprachen, in welchen die Vertragsbedingungen und die in dieser Vorschrift genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden sowie die Sprachen, in welchen sich der Versicherer verpflichtet, mit Zustimmung des Versicherungsnehmers**

die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen.

Dieser Vertrag mit den dazugehörigen Vertragsunterlagen wird in deutscher Sprache geführt.

- 19. einen möglichen Zugang des Versicherungsnehmers zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für den Versicherungsnehmer, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt.**

Es gibt keine außergerichtliche Beschwerdestelle, insbesondere ist Zurich nicht Mitglied des deutschen Versicherungsombudsmann e.V. Der Versicherungsnehmer hat aber jederzeit die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

- 20. die Möglichkeit der Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde.**

Die Adresse der zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Commissariat aux Assurances (CAA)
7, boulevard Joseph II
L-1840 Luxembourg
Luxembourg

Bei Beschwerden gegen Zurich kann sich der Versicherungsnehmer an diese Aufsichtsbehörde wenden. Eine Beschwerde ist auch bei der deutschen Versicherungsaufsichtsbehörde möglich. Deren Adresse lautet:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Graurheindorfer Straße 108
D-53117 Bonn
Deutschland

Die Möglichkeit für den Versicherungsnehmer, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

Darüber hinaus informiert Zurich den Versicherungsnehmer auf Grundlage der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen zusätzlich noch über

- 1. die Höhe der Kosten für die Vermittlung und den Abschluss des Vertrages, soweit diese nicht gesondert in Rechnung gestellt werden.**

Die Informationen hierzu sind in dem Angebot aufgeführt.

- 2. sonstige in die Prämie eingerechnete Kosten.**

Die Informationen hierzu sind in dem Angebot aufgeführt.

- 3. die für die Überschussermittlung und Überschussbeteiligung geltenden Berechnungsgrundsätze und Maßstäbe.**

Dieser Vertrag sieht keine Beteiligung an Überschüssen vor.

- 4. die Rückkaufswerte.**

Dieser Vertrag sieht keine Rückkaufswerte vor.

- 5. den Mindestversicherungsbetrag für eine Umwandlung in eine prämienfreie oder eine prämienreduzierte Versicherung und über die Leistungen aus einer beitragsfreien oder beitragsreduzierten Versicherung.**

Dieser Vertrag kann nicht in einen beitragsfreien Vertrag umgewandelt werden.

- 6. das Ausmaß, in dem die Leistungen nach den Nummern 3 und 4 garantiert sind.**

Es sind weder Überschüsse noch Rückkaufswerte vorgesehen. Daher sind keine Angaben zu darauf bezogenen Garantien möglich.

- 7. die der Versicherung zugrunde liegenden Fonds und die Art der darin enthaltenen Vermögenswerte (bei Fondsgebundenen Versicherungen).**

Dieser Vertrag ist keine fondsgebundene Versicherung.

8. die für diese Versicherungsart geltende Steuerregelung.

Die Informationen hierzu sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter den Steuerhinweisen („Besondere Hinweise für Rückdeckungsversicherungen von betrieblichen Versorgungszusagen“) aufgeführt.

2. Absatz 1 Sätze 3 bis 5 gelten entsprechend, wenn sich durch die Änderung der tatsächlichen Verhältnisse während der Laufzeit des Vertrages, die in der Person des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person – beispielsweise einen Umzug – eintreten, Abgaben ergeben, die bei Abschluss des Vertrages nicht bestanden haben.

Hinweis zu dem Begriff der Invalidität

Der von Zurich in den Versicherungsbedingungen verwendete Begriff der Invalidität stimmt nicht mit dem Begriff der Berufsunfähigkeit oder der Erwerbsminderung im sozialrechtlichen Sinne oder dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeldversicherung überein. Aus diesem Grund kann beispielsweise eine anerkannte Erwerbsminderungsrente nicht ohne Weiteres zu einem Anspruch auf Leistungen aus dieser Gruppen-Risikoversicherung führen. Bei der Krankentagegeldversicherung kann es aufgrund der abweichenden Begriffe zu Deckungslücken kommen.

Hinweis zu Änderungen von öffentlichen Abgaben und Steuern

Hiermit weist Zurich den Versicherungsnehmer darauf hin, dass sich Änderungen bei öffentlichen Abgaben und Steuern wie folgt auf den Vertrag auswirken können:

1. Die vereinbarten Leistungen sind kalkuliert auf der Grundlage der bei Abschluss des Vertrages für diesen geltenden Gebühren, Steuern oder sonstigen öffentlichen Abgaben (im Folgenden vereinfacht: *Abgaben*). Sollten nach Abschluss dieses Vertrages neue Abgaben eingeführt werden, die den Vertrag betreffen und/oder sich auf ihn auswirken, gilt Folgendes: Beziehen sich die Abgaben auf den Beitrag, ist Zurich berechtigt, die daraus resultierende Änderung des Beitrags zusätzlich in Rechnung zu stellen. Beziehen sich die Abgaben auf die Leistung, ist Zurich berechtigt, diese mit den Abgaben zu belasten. Diese Rechte bestehen nicht, wenn die gesetzlichen Grundlagen, mit denen die jeweilige Abgabe eingeführt wird, bindende Vorgaben dafür enthalten, wie mit der jeweiligen Abgabe in Bezug auf den Vertrag zu verfahren ist.

Allgemeine

Versicherungsbedingungen für die Gruppen-Risikoversicherung

Inhaltsverzeichnis

§ 1.	Umfang der Versicherung	9
§ 2.	Was bedeutet Invalidität im Sinne dieser Bedingungen?	11
§ 3.	Individuelle medizinische Risikoprüfung	14
§ 4.	Wann beginnt der Versicherungsschutz?	15
§ 5.	Wann endet der Versicherungsschutz?	15
§ 6.	Wie lange ist die Vertragsdauer und wie kann der Versicherungsschutz fortgesetzt werden?	15
§ 7.	In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen bzw. wann entfällt der Versicherungsschutz?	16
§ 8.	Was hat der Versicherungsnehmer bei der Prämienzahlung zu beachten und wie ist das Prämienmodell ausgestaltet?	18
§ 9.	Was geschieht, wenn der Versicherungsnehmer eine Prämie nicht rechtzeitig zahlt?	19
§ 10.	Wie wird die Prämie während des Jahres aufgrund von wesentlichen Änderungen angepasst?	19
§ 11.	Kann die Höhe des Prämiensatzes garantiert werden?	20
§ 12.	Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten?	20
§ 13.	Wann gibt Zurich eine Erklärung über die Leistungspflicht ab?	22
§ 14.	Was gilt für die Nachprüfung der Invalidität?	22
§ 15.	Wer erhält die Versicherungsleistung?	23
§ 16.	Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?	23
§ 17.	Wie kann Zurich die Allgemeinen Versicherungsbedingungen ändern?	23
§ 18.	Welche Rechtsbeziehungen gelten für diesen Vertrag?	23
§ 19.	Was gilt bei Unwirksamkeit einer Klausel?	23
§ 20.	Welches Recht findet auf diesen Vertrag Anwendung?	23
§ 21.	Wo ist der Gerichtsstand?	24
§ 22.	Wie können sich internationale Sanktionen auf diesen Vertrag auswirken?	24
§ 23.	Datenschutz und Versicherungsgeheimnis	24
	Besondere Hinweise für Rückdeckungsversicherungen von betrieblichen Versorgungszusagen	27

§ 1 Umfang der Versicherung

Was ist versichert?

(1) Die vorliegende Versicherung bietet Versicherungsschutz für ein versichertes Kollektiv, welches im Versicherungsschein spezifiziert ist und nachfolgend als Gruppe bezeichnet wird. Das Kollektiv kann entweder die gesamte Belegschaft des Versicherungsnehmers oder ein oder mehrere objektiv umschriebene Teilkollektive daraus darstellen. Das versicherte Risiko ist der Eintritt des Todes einer Person aus dieser Gruppe während des versicherten Zeitraums. Als weiteres versichertes Risiko kann der Eintritt von Invalidität vereinbart werden. Da alle Personen aus dem versicherten Kollektiv versichert werden (obligatorischer Versicherungsschutz), verzichtet Zurich unter bestimmten Voraussetzungen auf eine individuelle medizinische Risikoprüfung. Näheres hierzu ist in § 1 Absatz 8 und § 3 Absatz 1 geregelt.

Einzelheiten zum Versicherungsschutz ergeben sich aus dem Versicherungsschein. Insbesondere sind dies folgende Informationen:

- Vereinbarte Leistung (Todesfallschutz und ggf. Invaliditätsschutz)
- Höhe des Versicherungsschutzes
- vereinbarte Vertragsoptionen

Leistung im Todesfall

(2) Zurich zahlt die vereinbarte Versicherungssumme als einmalige Kapitalleistung für den Todesfall bei Tod der versicherten Person während der Versicherungsdauer.

Versicherte Personen, die während der Versicherungsdauer aufgrund von Invalidität aus dem Dienst des Versicherungsnehmers ausscheiden, behalten ihren Todesfallschutz, sofern der Versicherungsnehmer weiterhin Prämien für den Todesfallschutz für diese Personen entrichtet (siehe § 8 Absatz 2).

Leistung bei Invalidität

(3) Ist der Versicherungsschutz um das Risiko Invalidität erweitert, so setzt die vereinbarte Leistung (Renten- bzw. Kapitalleistung) bei Invalidität in jedem Fall voraus, dass die erstmalige gesundheitsbedingte Abwesenheit, welche mit dem Eintritt der Invalidität (siehe § 2 Absätze 1 und 2) in kausalem Zusammenhang steht, während der Versicherungsdauer eingetreten

ist. Der Anspruch auf Leistung entsteht dann nach Ablauf der vereinbarten Karenzzeit (siehe Absatz 7). Die Leistungshöhe wird in jedem Fall nach der vereinbarten Leistungsstaffel bestimmt. Die vereinbarte Leistungsstaffel ist im Versicherungsschein aufgeführt.

Je nach vereinbarter Leistungsstaffel leistet Zurich ab einem Invaliditätsgrad von mindestens 33,3%. In diesem Fall besteht bei einem Invaliditätsgrad unter 33,3% kein Anspruch auf die versicherte Leistung. Ab einem Invaliditätsgrad von 33,3% erbringt Zurich eine Teilleistung, welche sich durch Multiplikation des Invaliditätsgrads mit der vollen versicherten Leistung ergibt (z.B. 40% der vollen versicherten Leistung bei einem Invaliditätsgrad von 40%). Ab einem Invaliditätsgrad von 66,6% besteht Anspruch auf die volle versicherte Leistung.

Bei Anwendung der alternativen Leistungsstaffel erbringt Zurich die volle versicherte Leistung ab einem Invaliditätsgrad von 50%. In diesem Fall besteht bei einem Invaliditätsgrad von weniger als 50% kein Anspruch auf die versicherte Leistung.

Rentenleistung

(4) Zurich zahlt die vereinbarte Rente vierteljährlich vorschüssig.

Garantierte Rentensteigerung

Sofern eine garantierte Rentensteigerung für die laufenden Invaliditätsleistungen vereinbart wurde, erhöht sich die Invaliditätsabsicherung ab dem zweiten Jahr des Rentenbezugs jährlich jeweils um den vereinbarten Prozentsatz.

Kapitalleistung

(5) Eine Kapitalleistung setzt voraus, dass die Invalidität ärztlich dauerhaft prognostiziert ist.

Die Versicherungssumme verringert sich, wenn die Invalidität innerhalb der im Versicherungsschein beschriebenen Reduzierungsperiode eintritt. Der Auszahlungsbetrag ergibt sich dabei durch Multiplikation der Versicherungssumme mit der Dauer vom Eintritt der Invalidität bis zum Versicherungsendalter der versicherten Person dividiert durch die Dauer der Reduzierungsperiode. Beispiel:

Versicherungsendalter	65 Jahre
Versicherungssumme vor der Reduzierungsperiode	250.000 EUR

Reduzierungsperiode	5 Jahre (60 Monate)
Dauer vom Eintritt des Versicherungsfalls bis zum Versicherungsendalter	2,5 Jahre (30 Monate)
Auszahlungsbetrag	250.000 EUR • 30 / 60 = 125.000 EUR

Unterjährige Gehaltsänderungen

(6) Bei gehaltsabhängigen Versicherungssummen wirken sich unterjährige Gehaltsänderungen nach dem Versicherungsbeginn nicht auf die Höhe der Leistung aus. In dem Fall erbringt Zurich die Leistung entsprechend des gültigen Gehalts zum Versicherungsbeginn. Die Regelungen bzgl. der individuellen medizinischen Risikoprüfung gemäß § 3 bleiben hiervon unberührt.

Anspruchsentstehung/Karenzzeit

(7) Der Anspruch auf Leistungen infolge Invalidität entsteht nach Ablauf der vereinbarten Karenzzeit. Die Karenzzeit beginnt mit Ablauf des Tages der erstmaligen gesundheitsbedingten Abwesenheit, welche mit dem Eintritt der Invalidität (siehe § 2 Absätze 1 und 2) in kausalem Zusammenhang steht. Die Dauer der vereinbarten Karenzzeit ist im Versicherungsschein dokumentiert. Die gesundheitsbedingte Abwesenheit muss während der Versicherungsdauer und spätestens bis zu dem Zeitpunkt eingetreten sein, der sich aus dem Versicherungsendalter abzüglich der Dauer der Karenzzeit ergibt. Grundsätzlich muss die gesundheitsbedingte Abwesenheit ununterbrochen bis zum Ablauf der Karenzzeit bestanden haben. Endet die gesundheitsbedingte Abwesenheit und tritt innerhalb von 6 Monaten danach erneut eine gesundheitsbedingte Abwesenheit aufgrund derselben Ursache ein, dann werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten bei der Leistungsprüfung von laufenden Invaliditätsleistungen berücksichtigt. Dafür muss die erneute gesundheitsbedingte Abwesenheit während der Versicherungsdauer, d.h. während dieser oder einer vorangegangenen Versicherungsperiode, eingetreten sein.

Voraussetzung für den Verzicht auf medizinische Nachweise bei der Aufnahme in den Versicherungsschutz

(8) Der Versicherungsschutz wird ohne medizinische Nachweise gewährt, sofern und soweit folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Jede Gruppe, die Versicherungsschutz erhalten soll, ist eindeutig im Versicherungsschein definiert und objektiv umschrieben (Zulassungsvoraussetzungen).
- Die vereinbarte Leistung und die Leistungshöhe ist für jede Gruppe anhand von klaren Kriterien eindeutig definiert.
- Die Leistungshöhe übersteigt nicht die Höhe des automatischen Annahmelimits. Der Versicherungsnehmer kann das für seinen Vertrag geltende automatische Annahmelimit dem Versicherungsschein entnehmen.
- Die Anzahl der zu versichernden Personen erfüllt die aktuellen Mindestanforderungen an die Gruppengröße für die Gewährung eines automatischen Annahmelimits.

Versicherter Personenkreis

(9) Alle Personen, welche die Zulassungsvoraussetzungen inklusive des Status ‚aktiv im Erwerbsleben‘ (siehe § 1 Absatz 10) erfüllen, werden versicherte Personen dieser Versicherung.

Das Erfüllen dieser Voraussetzungen prüft Zurich im Leistungsfall.

Im Einzelfall kann eine Person als versicherte Person aufgenommen werden, auch wenn sich diese nicht im Status ‚aktiv im Erwerbsleben‘ befindet oder eine andere Bedingung für die Zulassungsvoraussetzung nicht erfüllt. Eine solche Einzelfallentscheidung bedarf immer einer schriftlichen Zustimmung durch Zurich.

Wenn die Versicherungssumme für eine versicherte Person beim Versicherungsbeginn das automatische Annahmelimit übersteigt, gelten die Regelungen der individuellen medizinischen Risikoprüfung gemäß § 3 für den Teil der Versicherungssumme oberhalb des automatischen Annahmelimits.

Personen, die während der Versicherungsdauer in die versicherte Gruppe eintreten und deren Versicherungssumme zu diesem Zeitpunkt das automatische Annahmelimit übersteigt, werden unmittelbar in Höhe des automatischen Annahmelimits versichert. Falls diese Personen schnellstmöglich bis zur vollen Versicherungssumme, die über dem automatischen Annahmelimit liegt, versichert werden sollen, müssen diese Personen Zurich unmittelbar gemeldet werden. In diesem Fall gelten die Regelungen der individuellen medizinischen Risikoprüfung gemäß § 3. Unterbleibt eine Mitteilung seitens des Versicherungsnehmers, besteht der Versicherungsschutz bis zum Jahrestag der Versicherung (siehe § 6) in Höhe des automatischen Annahmelimits fort.

Was bedeutet ‚aktiv im Erwerbsleben‘?

(10) Eine Person befindet sich ‚aktiv im Erwerbsleben‘, wenn sie das volle, vertraglich vereinbarte Gehalt bezieht und die im Arbeitsvertrag vereinbarte Tätigkeit ausübt.

Für den Todesfallschutz gilt: Wenn eine Person zum Versicherungsbeginn oder zu einem späteren Zeitpunkt, an dem sie die Zulassungsvoraussetzungen erstmals erfüllt (insbesondere bei Neueinstellungen), nicht ‚aktiv im Erwerbsleben‘ ist, dann ist sie ausschließlich bis zum Ablauf der gesetzlichen Lohnfortzahlung versichert. Der Versicherungsschutz innerhalb der Lohnfortzahlung gilt nur, sofern der Versicherungsnehmer nachweisen kann, dass der Leistungsfall nicht auf diejenigen Gesundheitsbeschwerden zurückzuführen ist, wegen derer die versicherte Person nicht ‚aktiv im Erwerbsleben‘ war. Nach Ablauf der Lohnfortzahlung erlischt der Versicherungsschutz. In diesem Fall ist die Person erst dann versichert, wenn sie erstmals wieder ‚aktiv im Erwerbsleben‘ ist.

Für den Invaliditätsschutz gilt: Wenn eine Person zum Versicherungsbeginn oder zu einem späteren Zeitpunkt, an dem sie die Zulassungsvoraussetzungen erstmals erfüllt (insbesondere bei Neueinstellungen) (im Folgenden: *Eintrittszeitpunkt*), nicht ‚aktiv im Erwerbsleben‘ ist, dann ist sie ausschließlich bis zum Ablauf der gesetzlichen Lohnfortzahlung versichert. Der Versicherungsschutz innerhalb der Lohnfortzahlung gilt nur, sofern der Versicherungsnehmer nachweisen kann, dass der Leistungsfall nicht auf diejenigen Gesundheitsbeschwerden zurückzuführen ist, wegen derer die versicherte Person nicht ‚aktiv im Erwerbsleben‘ war. Nach Ablauf der Lohnfortzahlung erlischt der Versicherungsschutz. In diesem Fall ist die Person erst dann versichert, wenn sie erstmals wieder ‚aktiv im Erwerbsleben‘ ist; allerdings besteht dann zunächst kein Invaliditätsschutz für diejenigen Gesundheitsbeschwerden, wegen derer die versicherte Person nicht ‚aktiv im Erwerbsleben‘ war. Diese Einschränkung wird erst dann aufgehoben, wenn die versicherte Person nach dem Eintrittszeitpunkt für mindestens 15 aufeinanderfolgende Arbeitstage ‚aktiv im Erwerbsleben‘ war.

Sofern eine Person zum Eintrittszeitpunkt gesundheitsbedingt nicht arbeiten kann und die Fortdauer dieses Zustands zu einer Invalidität im Sinne dieser Bedingungen führt, besteht kein Versicherungsschutz, d.h. vor Versicherungsbeginn eingetretene Invaliditätsfälle sind nicht versichert.

Wenn eine Person sich befristet, aufgrund eines vereinbarten Grundes, der nicht durch einen

krankhaften Gesundheitszustand der Person bedingt wurde, nicht ‚aktiv im Erwerbsleben‘ befindet (z. B. Sabbatical oder Mutterschutz), so wird diese Person für den Zeitraum der Abwesenheit von bis zu 12 Monaten so gestellt wie eine Person, die sich ‚aktiv im Erwerbsleben‘ befindet. Bei Elternzeit wird die Person für die Dauer der Abwesenheit von bis zu 36 Monaten so gestellt wie eine Person, die sich ‚aktiv im Erwerbsleben‘ befindet.

Für versicherte Personen, die zum Zeitpunkt der Erneuerung des Versicherungsschutzes (im Folgenden: *Erneuerungszeitpunkt*, siehe § 6) nicht mehr ‚aktiv im Erwerbsleben‘ sind, bleibt der Versicherungsschutz unverändert bestehen. Falls zum Erneuerungszeitpunkt die Versicherungssummen für alle versicherten Personen einer Gruppe erhöht werden sollen oder eine bessere Leistungsdefinition im Vergleich zur vorangegangenen Versicherungsperiode vereinbart wird (z. B. durch Erhöhung der Versicherungssumme oder Einschluss einer neuen Leistungsart), dann gelten diese Änderungen nur für Personen, die zu diesem Zeitpunkt ‚aktiv im Erwerbsleben‘ sind. Für Personen, die zum Erneuerungszeitpunkt nicht ‚aktiv im Erwerbsleben‘ sind, gelten diese Änderungen erst sobald sie nach dem Erneuerungszeitpunkt wieder ununterbrochen für mindestens 15 aufeinanderfolgende Arbeitstage ‚aktiv im Erwerbsleben‘ waren.

§ 2 Was bedeutet Invalidität im Sinne dieser Bedingungen?

Absicherungsmöglichkeiten gegen Invalidität

(1) Es können alternativ drei Arten von Invaliditätsschutz versichert werden:

- Invaliditätsschutz im eigenen Beruf;
- Invaliditätsschutz im eigenen oder einem ähnlichen Beruf;
- Invaliditätsschutz bei Invalidität in jeglichem Beruf.

Die gewählte Art der Absicherung kann dem Versicherungsschein entnommen werden.

Soweit in diesen Versicherungsbedingungen der Begriff Beruf verwendet wird, ist damit die zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit der versicherten Person gemeint.

Wann liegt Invalidität im Sinne dieser Bedingungen vor?

(2) Invalidität liegt vor, wenn die versicherte Person mindestens für die Dauer der vereinbarten Karenzzeit ununterbrochen

- aufgrund von Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, außerstande war, ihren Beruf insgesamt oder die wesentlichen Aufgaben aus ihrem Beruf zu erledigen und
- sich diesbezüglich in regelmäßiger medizinischer Behandlung eines Arztes befindet und
- auch in keinem anderen Beruf zur Kompensation gearbeitet hat.

Am Ende der Karenzzeit wird der Invaliditätsgrad bestimmt. Vollständige Invalidität liegt vor, wenn die versicherte Person weiterhin vollständig außerstande ist, aufgrund von Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, den versicherten Beruf auszuüben. Ist diese Voraussetzung nur in einem bestimmten Grad erfüllt, liegt teilweise Invalidität vor. Die Leistungshöhe wird in jedem Fall nach der im Versicherungsschein angegebenen Leistungsstaffel bestimmt.

Die Prüfung des versicherten Berufsbildes erfolgt in Abhängigkeit vom gewählten Invaliditätsschutz.

Invaliditätsschutz im eigenen Beruf

Der Grad der Invalidität der versicherten Person wird ausschließlich im Vergleich zu ihrem zuletzt ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – gemessen. Übt die versicherte Person eine andere ihrer Ausbildung, Erfahrung und bisherigen Lebensstellung entsprechende berufliche Tätigkeit konkret aus, kann auch dieser Beruf zur Bemessung des Invaliditätsgrades herangezogen werden.

Als eine der Ausbildung und der Erfahrung sowie der bisherigen Lebensstellung in wirtschaftlicher und sozialer Hinsicht entsprechende Tätigkeit wird dabei nur eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und auch hinsichtlich Vergütung und Wertschätzung nicht deutlich unter dem Niveau des bislang ausgeübten Berufs liegt. Hierbei berücksichtigt Zurich die Umstände des Einzelfalls und die einschlägige Rechtsprechung. Im Falle einer

Nachprüfung werden neu erworbene berufliche Fähigkeiten berücksichtigt.

Invaliditätsschutz im eigenen oder einem ähnlichen Beruf

Der Grad der Invalidität der versicherten Person wird im Vergleich zu ihrem zuletzt ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – oder einer anderen ihrer Ausbildung, Erfahrung und bisherigen Lebensstellung entsprechenden beruflichen Tätigkeit gemessen. Als eine der Ausbildung und der Erfahrung sowie der bisherigen Lebensstellung in wirtschaftlicher und sozialer Hinsicht entsprechende Tätigkeit wird dabei nur eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und auch hinsichtlich Vergütung und Wertschätzung nicht deutlich unter dem Niveau des bislang ausgeübten Berufs liegt. Hierbei berücksichtigt Zurich die Umstände des Einzelfalls und die einschlägige Rechtsprechung.

Invaliditätsschutz bei Invalidität in jeglichem Beruf

Der Grad der Invalidität der versicherten Person wird im Vergleich zu einer Erwerbstätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes gemessen. Als Erwerbstätigkeit gelten dabei selbständige Tätigkeiten sowie die üblichen Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes. Tätigkeiten, die auf die besonderen gesundheitlichen Einschränkungen der versicherten Person zugeschnitten sind oder zugeschnitten werden müssen, zählen nicht zu den üblichen Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes.

Ob die versicherte Person in der Lage ist, eine Erwerbstätigkeit auszuüben, richtet sich allein nach ihren gesundheitlichen Verhältnissen; der zuletzt ausgeübte Beruf, die vorhandenen und erworbenen Fähigkeiten und Kenntnisse, die bisherige Lebensstellung, die Einkommensverhältnisse sowie die jeweilige Arbeitsmarktlage bleiben unberücksichtigt.

Anrechnung von Leistungen von einem gesetzlichen Renten- bzw. Krankenversicherungsträger auf Rentenzahlungen aus dieser Versicherung

(3) Sofern die versicherte Person Leistungen für Invaliditätsabsicherung aus der gesetzlichen Renten- oder Krankenversicherung, diesen gleichgestellten oder gesetzlich vorgeschriebenen Versorgungsträgern (im Folgenden insgesamt: *gesetzliche Invaliditätsleistungen*, z. B. berufsständische Versorgungswerke) erhält, werden diese wie folgt mit den Rentenleistungen für Invalidität aus dieser Versicherung verrechnet. Übersteigt die Summe aus der Versicherungsleistung und den gesetzlichen Invaliditätsleistungen 60% des Einkommens vor Eintritt der Invalidität, wird die Leistung aus dieser Versicherung um 100% der übersteigenden Bezüge gekürzt. Beispiel:

Annahmen:

Monatliches Bruttoeinkommen vor Eintritt der Invalidität	3.400 EUR
Monatliche Invaliditätsleistung aus TEAM [®] in Prozent des Bruttoeinkommens	50%
Monatliche Erwerbsminderungsrente (EMR)	500 EUR

Die Anrechnung erfolgt anhand der beispielhaften Annahmen wie folgt:

Summe aus der TEAM [®] Leistung und der EMR (Gesamtleistung)	$50\% \cdot 3.400 \text{ EUR} + 500 \text{ EUR} = 2.200 \text{ EUR}$
60% des Bruttoeinkommens vor Eintritt der Invalidität	$60\% \cdot 3.400 \text{ EUR} = 2.040 \text{ EUR}$
Anrechenbarer Betrag (falls die Gesamtleistung 60% des Bruttoeinkommens vor Invalidität übersteigt)	$2.200 \text{ EUR} - 2.040 \text{ EUR} = 160 \text{ EUR}$
Monatliche Invaliditätsleistung aus TEAM [®] nach Anrechnung (Die Auszahlung erfolgt quartalsweise vorschüssig)	$50\% \cdot 3.400 \text{ EUR} - 160 \text{ EUR} = 1.540 \text{ EUR}$

Anrechnung von Einkommen aus einer Berufstätigkeit auf Rentenleistungen aus dieser Versicherung

(4) Sollte die versicherte Person trotz vollständiger oder teilweiser Invalidität einer Berufstätigkeit nachgehen, rechnet Zurich das Einkommen aus dieser Berufstätigkeit wie folgt anteilig auf die Rentenleistung für Invalidität aus dieser Versicherung an. Übersteigt die Summe aus Leistung aus dieser Versicherung und dem Einkommen aus dieser Berufstätigkeit 60% des Einkommens vor Eintritt der Invalidität, wird die Leistung aus dieser Versicherung um 50% der übersteigenden Bezüge gekürzt. Bezieht die versicherte Person neben einem Einkommen aus dieser Berufstätigkeit noch zusätzlich gesetzliche Invaliditätsleistungen, dann wird die Versicherungsleistung zunächst gemäß Absatz 3 gekürzt. Dem resultierenden Betrag wird das Einkommen aus dieser Berufstätigkeit anschließend hinzugerechnet. Übersteigt diese Summe 60% des Einkommens vor Eintritt der Invalidität, wird die Invaliditätsleistung aus dieser Versicherung um 50% der übersteigenden Bezüge gekürzt. Beispiel:

Annahmen:

Monatliches Bruttoeinkommen vor Eintritt der Invalidität	3.400 EUR
Monatliche Invaliditätsleistung aus TEAM [®] in Prozent des Bruttoeinkommens	50%
Monatliche Erwerbsminderungsrente (EMR)	500 EUR
Monatliches Brutto-Erwerbseinkommen nach Invalidität	1.000 EUR

Die Anrechnung erfolgt anhand der beispielhaften Annahmen wie folgt:

Summe aus der TEAM [®] Leistung und der EMR (Gesamtleistung nach § 2.3)	$50\% \cdot 3.400 \text{ EUR} + 500 \text{ EUR} = 2.200 \text{ EUR}$
60% des Bruttoeinkommens vor Eintritt der Invalidität	$60\% \cdot 3.400 \text{ EUR} = 2.040 \text{ EUR}$
Anrechenbarer Betrag nach § 2.3 (falls die Gesamtleistung	$2.200 \text{ EUR} - 2.040 \text{ EUR}$

nach § 2.3 60% des Bruttoeinkommens vor Invalidität übersteigt)	= 160 EUR
Monatliche Invaliditätsleistung aus TEAM® nach Anrechnung gem. § 2.3	50% • 3.400 EUR - 160 EUR = 1.540 EUR
Summe aus der TEAM® Leistung nach Anrechnung gem. § 2.3 und dem Erwerbseinkommen (Gesamtleistung nach § 2.4)	1.540 EUR +1.000 EUR = 2.540 EUR
Anrechenbarer Betrag nach § 2.4 (falls die Gesamtleistung nach § 2.4 60% des Bruttoeinkommens vor Invalidität übersteigt)	50% • (2.540 EUR - 2.040 EUR) = 250 EUR
Monatliche Invaliditätsleistung aus TEAM® nach Anrechnung gem. § 2.3 und § 2.4 (Die Auszahlung erfolgt quartalsweise vorschüssig)	1.540 EUR - 250 EUR = 1.290 EUR

Anrechnung von gesetzlichen Invaliditätsleistungen und Einkommen aus einer Berufstätigkeit auf Rentenleistungen aus dieser Versicherung

(5) Sofern die Summe aus der gemäß § 2 Absatz 3 oder § 2 Absatz 4 bereits gekürzten Versicherungsleistung, der gesetzlichen Invaliditätsleistung und/oder dem Einkommen aus der Berufstätigkeit das Einkommen vor Eintritt der Invalidität übersteigt, wird die Invaliditätsleistung aus dieser Versicherung zusätzlich um den übersteigenden Betrag gekürzt.

§ 3 Individuelle medizinische Risikoprüfung

(1) Ist die beantragte Versicherungssumme geringer als oder gleich hoch wie das automatische Annahmelimit, so ist eine individuelle medizinische Risikoprüfung nicht erforderlich. Ist die beantragte Versicherungssumme größer als das automatische Annahmelimit, dann ist eine individuelle medizinische Risikoprüfung erforderlich. Die Höhe

des automatischen Annahmelimits kann dem Versicherungsschein entnommen werden.

Nur der Anteil der beantragten Versicherungssumme, welcher das automatische Annahmelimit oder falls diese höher ist, die bisherige Versicherungssumme überschreitet, unterliegt einer individuellen medizinischen Risikoprüfung.

Alle Entscheidungen infolge dieser Risikoprüfung, einschließlich der Sondervereinbarungen und Zuschläge gelten nur für den Anteil der beantragten Versicherungssumme oberhalb des automatischen Annahmelimits oder für den Anteil der beantragten Versicherungssumme oberhalb der bisherigen Versicherungssumme, falls diese höher ist.

Anpassung des automatischen Annahmelimits

(2) Zurich kann das automatische Annahmelimit zu jedem Versicherungsbeginn einer möglichen Vertragserneuerung (siehe § 6) anpassen. Außerdem behält sich Zurich das Recht vor, bei der Benachrichtigung über eine wesentliche Änderung gemäß § 12 Absatz 1 das automatische Annahmelimit unmittelbar anzupassen.

Wenn sich das automatische Annahmelimit erhöht hat, gilt das höhere automatische Annahmelimit sowohl für versicherte Personen, für die noch kein Vorvertrag vorliegt, als auch für bereits im Rahmen von Vorverträgen versicherte Personen, welche nicht zuvor abgelehnt wurden und keine Entscheidungen der individuellen medizinischen Risikoprüfung ausstehend haben. Für versicherte Personen, die als Ergebnis der individuellen medizinischen Risikoprüfung von Zurich abgelehnt wurden oder eine Entscheidung aus dieser Risikoprüfung ausstehend haben, gelten das automatische Annahmelimit und alle weiteren Konditionen des Vorvertrages.

Medizinische Nachprüfung

(3) Kommt es während der Versicherungsdauer zu einer Erhöhung der Versicherungssumme, kann eine erneute individuelle medizinische Risikoprüfung (medizinische Nachprüfung) der versicherten Person notwendig werden. Sobald die Versicherungssumme das medizinische Nachprüfungslimit überschreitet, ist eine erneute medizinische Nachprüfung erforderlich. Dies kann z. B. dann der Fall sein, wenn eine gehaltsabhängige Versicherungssumme infolge einer Gehaltserhöhung das medizinische Nachprüfungslimit übersteigt. Das medizinische Nachprüfungslimit ist in dem Versicherungsschein

dokumentiert. Ob eine erneute medizinische Nachprüfung darüber hinaus bei einer Erhöhung der Versicherungssumme um mehr als 15% innerhalb von 12 Monaten erforderlich ist, geht ebenfalls aus dem Versicherungsschein hervor.

Der Betrag, der bei der medizinischen Nachprüfung der Prüfung zugrunde liegt, ist der Differenzbetrag zwischen der aktuellen Versicherungssumme und der bisherigen Versicherungssumme, zu der die versicherte Person zuletzt angenommen wurde.

Versicherungsschutz während des Prüfungsprozesses

(4) Während des Prüfungsprozesses besteht der Versicherungsschutz für die versicherte Person in Höhe der beantragten Versicherungssumme maximal bis zur Höhe des automatischen Annahmelimits oder der bisherigen Versicherungssumme, falls höher.

Das Ergebnis der individuellen medizinischen Risikoprüfung teilt Zurich dem Versicherungsnehmer schriftlich mit. Ergibt sich aus dieser Risikoprüfung, dass eine Absicherung der Risiken nur mit einer besonderen Vereinbarung möglich ist, teilt Zurich dies dem Versicherungsnehmer ebenfalls mit – verbunden mit der Bittet – Zurich innerhalb einer angemessenen Frist mitzuteilen, ob der Versicherungsnehmer den Vertrag mit der vorgeschlagenen Sondervereinbarung abschließen möchte. Erhält Zurich vom Versicherungsnehmer fristgerecht eine solche Mitteilung, kommt der Vertrag mit der vorgeschlagenen Sondervereinbarung zustande, sobald Zurich schriftlich den Vertragsschluss mit der Sondervereinbarung bestätigt hat.

Kommt der Vertrag nicht mit der Sondervereinbarung zustande, weil der Versicherungsnehmer Zurich mitteilt, dass er den Vertrag mit der Sondervereinbarung nicht abschließen möchte oder Zurich den Vertragsschluss mit der Sondervereinbarung nicht bestätigt, gilt weiterhin das automatische Annahmelimit oder die bisherige Versicherungssumme, falls höher.

Gebühren für medizinische Untersuchungen

(5) Zurich wird alle angemessenen Kosten von durch Zurich veranlasste ärztliche Untersuchungen oder zusätzliche medizinische Nachweise des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person bezahlen, vorbehaltlich des Eingangs von für Zurich zufriedenstellenden Rechnungen. Die Kosten müssen von Zurich vor Entstehen akzeptiert worden sein.

§ 4 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag abgeschlossen worden ist, jedoch nicht vor dem mit dem Versicherungsnehmer vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Allerdings kann die Leistungspflicht von Zurich bei nicht rechtzeitiger Prämienzahlung entfallen (siehe § 9).

Invaliditätsfälle, welche auf eine gesundheitsbedingte Abwesenheit (siehe § 1 Absatz 7) vor oder nach dem Versicherungsschutz zurückzuführen sind, sind nicht versichert. Gleiches gilt für Todesfälle mit Eintritt vor oder nach dem versicherten Zeitraum.

§ 5 Wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz für eine versicherte Person endet mit Eintritt eines der folgenden Ereignisse:

- **mit Ablauf des Monats nach Erreichen des Versicherungsendalters;**
- **mit dem Tod der versicherten Person;**
- **mit dem Tag, an dem eine versicherte Person erstmalig Altersrente aus der Deutschen Rentenversicherung bezieht;**
- **zum Jahrestag der Versicherung, sofern der Vertrag nicht gemäß § 6 erneuert wird;**
- **zum Jahrestag der Versicherung, wenn eine versicherte Person aus dem Dienst des Versicherungsnehmers ausscheidet (z. B. bei Beendigung des Arbeitsvertrags).**

§ 6 Wie lange ist die Vertragsdauer und wie kann der Versicherungsschutz erneuert werden?

Der Vertrag wird für die Dauer von einem Jahr geschlossen. Danach endet der Vertrag.

Erneuerung des Versicherungsschutzes

(1) Es besteht die Möglichkeit, den Versicherungsschutz zu erneuern. Dafür muss der Versicherungsnehmer Zurich die aktualisierten Versichertenbestandsdaten mindestens 6 Wochen vor Ablauf der Versicherungsdauer zukommen lassen. Zurich teilt dem Versicherungsnehmer mindestens 30 Tage vor Ablauf der Vertragsdauer schriftlich mit, ob eine Erneuerung des Versicherungsschutzes möglich ist und zu welchen Konditionen die Vertragserneuerung angeboten werden kann. Sofern Zurich die Versichertenbestandsdaten zum Jahrestag nicht rechtzeitig erhält, wird dieses Angebot auf Grundlage der bisherigen Versichertenbestandsdaten ausgestellt. Der Jahrestag ist der Tag, an dem ein neues Versicherungsjahr beginnt.

Wird keine Vertragserneuerung vorgenommen, enden alle gegenseitigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag, mit Ausnahme von

- laufenden Rentenleistungen für Invalidität,
- noch ausstehenden Kapitaleleistungen,
- Versorgungsfällen, die bereits eingetreten, aber noch nicht gemeldet worden sind sowie,
- Prämienzahlungen, die am Tag der Beendigung noch nicht beglichen sind.

§ 7 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen bzw. wann entfällt der Versicherungsschutz?

Grundsätzlich besteht der Versicherungsschutz weltweit, und die Leistungspflicht besteht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht.

Ausschlüsse bei Invalidität

(1) Zurich leistet jedoch nicht, wenn die Invalidität verursacht ist:

- a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse. Zurich leistet jedoch, wenn die Invalidität durch kriegerische Ereignisse verursacht wurde, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;

- b) durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- c) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;
- d) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn Zurich gegenüber jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, wird Zurich leisten;
- e) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden oder schädigen, dass Maßnahmen einer Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbarer Einrichtungen erforderlich sind;
- f) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, sodass die Erfüllbarkeit der zugesagten Leistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird.

Zeitliche Begrenzung für Leistungen aufgrund bestimmter Krankheitsbilder

(2) Bei den folgenden Krankheitsbildern ist die Leistungspflicht von Zurich zeitlich begrenzt:

- Invalidität, die durch psychische Erkrankungen bedingt ist, deren Diagnose gemäß den Kriterien des ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases) in der aktuellen Fassung in die Kategorie "F" eingeordnet sind. Ebenso hierzu gehören Erkrankungen des psychosomatischen Formenkreises (z. B. "Burn-out"), auch wenn sie nicht ausdrücklich der ICD-10-Kategorie "F" unterfallen.

- Invalidität, die durch Alkohol- oder Drogenmissbrauch bedingt ist.

In diesen Fällen ist Zurich maximal zu einer Leistung bis zu 24 Monaten verpflichtet. Zurich erbringt die Leistung jedoch über die Dauer von 24 Monaten hinaus, wenn die Voraussetzungen in Absatz 3 bzw. Absatz 5 erfüllt sind.

Verlängerung der Leistungsdauer

(3) Zurich erbringt die Invaliditätsleistung über die zeitliche Begrenzung von 24 Monaten hinaus, wenn eine der beiden folgenden Voraussetzungen erfüllt ist:

- Wenn die versicherte Person nach Ende der Begrenzung von 24 Monaten aufgrund der Erkrankung in einem Krankenhaus oder einer psychiatrischen Klinik stationär behandelt wird. In diesem Fall leistet Zurich während der Dauer der stationären Behandlung. Sofern die versicherte Person nach der Entlassung aus der stationären Behandlung noch invalide ist, wird Zurich die Leistung für weitere 180 Tage zum Zwecke der Rehabilitation erbringen, unabhängig von der Begrenzung auf 24 Monate.
- Kommt es während der Rehabilitation erneut zu einer stationären Behandlung in einem Krankenhaus oder einer psychiatrischen Klinik und dauert diese stationäre Behandlung mehr als 14 Tage am Stück, leistet Zurich während der Dauer dieser erneuten stationären Behandlung. Auch am Ende dieser stationären Behandlung leistet Zurich zum Zwecke der Rehabilitation weitere 180 Tage unabhängig von der Begrenzung auf 24 Monate.
- Sofern die Leistungspflicht von Zurich aufgrund der Begrenzung von 24 Monaten sowie ggf. bestehender Verlängerungen und Rehabilitationsphasen nach Punkt 1 erloschen ist, zahlt Zurich für die Dauer einer notwendigen stationären Folgebehandlung dieser Erkrankung in einem Krankenhaus bzw. psychiatrischen Klinik, sofern diese 14 Tage am Stück oder mehr dauert.

Sowohl im Falle der Begrenzung auf 24 Monate als auch im Falle der Verlängerungsregelungen gemäß den Punkten 1 und 2 besteht die Leistungspflicht von Zurich maximal bis zum Ende der im Versicherungsschein vereinbarten Leistungsdauer.

Zwischenzeitliche Rückkehr zum Erwerbsleben

(4) Kommt es während des Krankheitsverlaufs zur zwischenzeitlichen Rückkehr in das aktive Erwerbsleben und lebt die Invalidität danach erneut aufgrund eines der in § 7 Absatz 2 genannten Krankheitsbilder auf, wird die gesamte zeitlich begrenzte Leistungsdauer (siehe Absätze 2 und 3) um die bereits zurückgelegte Leistungsdauer gekürzt.

Keine zeitliche Begrenzung bei den folgenden Erkrankungen

(5) Die zeitliche Begrenzung der Leistungspflicht für psychische Erkrankungen kommt nicht zum Tragen, wenn die Invalidität durch eine der folgenden Ursachen bedingt ist:

- Schlaganfall mit der Folge eines dauerhaften neurologischen Defizits und bleibender klinischer Symptome;
- Schwere posttraumatische Belastungsstörung, für die die ICD-10-Diagnose "F43.1" nachgewiesen wird;
- Virusinfektionen mit der Folge eines dauerhaften neurologischen Defizits und bleibender klinischer Symptome;
- Alzheimer-Erkrankung, für die die ICD-10-Diagnose "G30.0" nachgewiesen wird;
- Angst- und Panikstörungen mit erheblichen vegetativen Symptomen, für die die ICD-10-Diagnose "F41.0" nachgewiesen wird;
- Parkinson-Erkrankung, für die die ICD-10-Diagnose "G20.1" oder "G20.2" nachgewiesen wird;
- Chorea-Huntington-Erkrankung, für die die ICD-10-Diagnose "G10" nachgewiesen wird;
- Borderline-Persönlichkeitsstörung, für die die ICD-10-Diagnose "F60.31" nachgewiesen wird.

Unter einem dauerhaften neurologischen Defizit mit bleibenden klinischen Symptomen sind solche Symptome gemeint, die von einer oder mehreren Funktionsstörungen des Nervensystems ausgehen und nach derzeitigem medizinischen Wissensstand nicht mehr behebbar sind. Sie müssen durch eine aktuelle klinische Untersuchung eindeutig

nachgewiesen sein. Zu den abgedeckten Symptomen gehören Taubheitsgefühl, Lähmung, Dysarthrie (Schwierigkeit beim Sprechen), Aphasie (Unfähigkeit zu sprechen), Dysphagie (Schwierigkeiten beim Schlucken), Beeinträchtigung des Sehvermögens, Unfähigkeit der Fortbewegung ohne Hilfsmittel, fehlende Koordination, Tremor, Krampfanfälle, Demenz, Delirium und Koma.

In diesen Fällen besteht die Leistungspflicht von Zurich maximal bis zum Ende der im Versicherungsschein vereinbarten Leistungsdauer.

Psychische Krankheit als Bestandteil eines Gesamtkrankheitsbildes

(6) Sofern eine der in § 7 Absatz 2 genannten psychischen Erkrankungen nur ein Bestandteil eines Gesamtkrankheitsbildes ist, wird der Invaliditätsgrad am Ende der gesamten zeitlich begrenzten Leistungsdauer nach Absätzen 2 und 3 unter Ausblendung der psychischen Erkrankung ermittelt und die Versicherungsleistung entsprechend des so ermittelten Grades erbracht.

Ist eine Kapitalleistung bei Invalidität vereinbart, gilt Folgendes:

(7) Die zeitliche Begrenzung der Leistungspflicht von Zurich für psychische Erkrankungen findet keine Anwendung, da die Leistung einmalig ausgezahlt wird.

Für psychische Erkrankungen gilt ebenfalls die im Versicherungsschein angegebene Karenzzeit. Für psychosomatische Erkrankungen gemäß § 7 Absatz 2 gilt eine Karenzzeit von 12 Monaten. Ist die im Versicherungsschein benannte Karenzzeit größer als 12 Monate, so gilt diese stattdessen.

Ausschlüsse für den Todesfall

(8) Zurich leistet nicht, wenn der Todesfall der versicherten Person herbeigeführt wurde:

- a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegseignisse. Zurich leistet jedoch, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen stirbt, denen sie während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;

- b) durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- c) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, sodass die Erfüllbarkeit der zugesagten Leistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird.

Event-Limit

(9) Falls besonders vereinbart, kann die maximale Versicherungsleistung für bestimmte Ereignisse der Höhe nach begrenzt werden. Die Höhe der Begrenzung sowie die Gruppen, für die die Begrenzung gilt, sind im Versicherungsschein dokumentiert.

Dienstreisen-Limit

(10) Falls besonders vereinbart, greift diese Begrenzung, wenn der Versicherungsfall für versicherte Personen eintritt, während sich diese gemeinsam auf einer Dienstreise befinden. Die Höhe der Begrenzung sowie die Gruppen, für die die Begrenzung gilt, sind im Versicherungsschein dokumentiert.

§ 8 Was hat der Versicherungsnehmer bei der Prämienzahlung zu beachten und wie ist das Prämienmodell ausgestaltet?

(1) Nach Vereinbarung kann der Versicherungsnehmer die Prämien in jährlichen, halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Abständen zahlen. Die Prämien werden zu Beginn einer jeden Versicherungsperiode fällig.

(2) Die erste Prämie (Einlösungsprämie) ist unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrags zu zahlen, jedoch nicht vor dem vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Prämien (Folgeprämien) sind zum jeweiligen Stichtag fällig.

Sofern eine versicherte Person während der Versicherungsdauer invalide wird, endet die Prämienpflicht für das Invaliditätsrisiko dieser Person, während die Prämienpflicht für das Todesfallrisiko unverändert bestehen bleibt. Im Übrigen endet die Prämienpflicht für das Invaliditäts- und Todesfallrisiko einer versicherten Person, wenn die versicherte Person verstirbt.

(3) Bei Fälligkeit einer Versicherungsleistung werden etwaige Prämienrückstände verrechnet.

(4) Die Übermittlung der Prämien erfolgt auf Gefahr und Kosten des Versicherungsnehmers.

(5) Bei der Gruppen-Risikoversicherung wird das Einheitsprämienmodell angewandt. Es wird ein durchschnittlicher Prämienatz für alle versicherten Personen berechnet.

(6) Zurich kann die Prämienätze am Ende der Prämienatzgarantie anpassen (siehe § 11).

(7) Die zu zahlende Prämie ergibt sich für jedes versicherte biometrische Risiko (Tod/Invalidität) aus der Summe der Versorgungsbeiträge laut Zusage für dieses biometrische Risiko. Die zu zahlende Prämie entspricht auch dem Betrag, der sich jeweils aus Multiplikation der Versicherungssumme mit dem jeweiligen Prämienatz ergibt. Die zu zahlende Prämie und ihre Komponenten sind im Versicherungsschein ausgewiesen.

§ 9 Was geschieht, wenn der Versicherungsnehmer eine Prämie nicht rechtzeitig zahlt?

Einlösungsprämie

(1) Wenn der Versicherungsnehmer die Einlösungsprämie nicht rechtzeitig zahlt, so kann Zurich – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Zurich gegenüber nachgewiesen wird, dass der Versicherungsnehmer die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten hat. Bei einem Rücktritt kann

Zurich die Kosten für die ärztlichen Untersuchungen im Rahmen einer individuellen medizinischen Risikoprüfung nach § 3 vom Versicherungsnehmer verlangen.

(2) Ist die Einlösungsprämie bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, ist Zurich nicht zur Leistung verpflichtet. Zurich macht den Versicherungsnehmer hierauf auch durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein aufmerksam. Die Leistungspflicht besteht jedoch, wenn Zurich gegenüber nachgewiesen wird, dass der Versicherungsnehmer die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.

Folgeprämie

(3) Wenn der Versicherungsnehmer eine Folgeprämie oder einen sonstigen Betrag, den er aus dem Versicherungsverhältnis schuldet, nicht rechtzeitig zahlt, so erhält er von Zurich auf seine Kosten eine Mahnung in Textform. Darin setzt Zurich dem Versicherungsnehmer eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Begleitet der Versicherungsnehmer den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist, entfällt oder vermindert sich der Versicherungsschutz. Auf die Rechtsfolgen wird in der Mahnung ausdrücklich hingewiesen.

(4) Sollte der Versicherungsnehmer in Zahlungsschwierigkeiten geraten, so soll er sich bitte mit Zurich in Verbindung setzen. Zurich berät den Versicherungsnehmer gerne und informiert über Möglichkeiten zur Überbrückung.

§ 10 Wie wird die Prämie während des Jahres aufgrund von wesentlichen Änderungen angepasst?

Die vereinbarte Prämie beruht auf der bei Abschluss des Vertrages ermittelten Zahl von versicherten Personen, die die Gruppe bilden, den für sie vereinbarten Versicherungsleistungen, insbesondere den Versicherungssummen sowie den Eigenschaften des Kollektivs. Für die Auswirkungen von Änderungen bei der Zahl der versicherten Personen auf die Prämie gilt Folgendes:

Vereinfachte Verwaltung

Die vereinfachte Verwaltung setzt voraus, dass die Prämie mit einem Einheitsprämienatz ermittelt ist und eine Mindestanzahl von 20 versicherten Personen gegeben ist. Die für die Ermittlung

der Versicherungssummen erforderlichen Daten der versicherten Gruppe sind Zurich bei der vereinfachten Verwaltung zum Versicherungsbeginn und zu jedem Jahrestag (siehe § 6 Absatz 1) mitzuteilen. Die Mitteilung muss Zurich mindestens 6 Wochen vor dem Jahrestag in Textform zugehen.

Die Prämie wird jeweils für ein Versicherungsjahr berechnet und ändert sich während dieses Zeitraums nicht. Am Ende eines Versicherungsjahres erhebt Zurich anhand der dann gemeldeten Daten die korrigierte Prämie für das abgelaufene Jahr. Für die Korrektur wird vereinfachend davon ausgegangen, dass Änderungen im Umfang der Absicherung durchschnittlich zur Jahresmitte erfolgt sind. Das heißt es wird die Versicherungssumme der unterjährig in das Unternehmen eintretenden versicherten Personen für die Korrektur herangezogen. 50% dieser Versicherungssumme multipliziert mit dem Einheitsprämienatz ergeben den Korrekturbetrag für das abgelaufene Versicherungsjahr. Die korrigierte Prämie wird dem Prämienkonto des Versicherungsnehmers zugeordnet und nacherhoben bzw. bei Erneuerung des Versicherungsschutzes mit der nächsten Prämie verrechnet.

Wird der Versicherungsschutz gemäß § 6 erneut für eine Dauer von einem Jahr eingerichtet, müssen Zurich Änderungen rechtzeitig mitgeteilt werden. Alle verspätet gemeldeten Änderungen können erst für das der Verspätung folgende Versicherungsjahr wirksam werden.

Wenn die Anzahl der versicherten Personen unter die Mindestanforderungen von 20 versicherten Personen sinkt, wird Zurich prüfen, ob und ggf. zu welchen Konditionen der Versicherungsschutz erneuert werden kann.

§ 11 Kann die Höhe des Prämienatzes garantiert werden?

Der Versicherungsnehmer kann mit Zurich vereinbaren, dass sich im Falle einer Erneuerung des Versicherungsschutzes (siehe § 6) die Höhe des Prämienatzes über einen bestimmten Zeitraum nicht ändert.

Das Ende des Zeitraums, während dessen Zurich die Höhe des Prämienatzes garantiert, ist im Versicherungsschein dokumentiert. Am Ende der Garantizeit wird Zurich den Versicherungsnehmer über die neuen Prämienätze sowie die neue Garantiedauer der Prämienätze informieren. Ein neuer Versicherungsschein wird dem Versicherungsnehmer dann zugestellt.

§ 12 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten?

Mitteilung bei einer wesentlichen Änderung

(1) Ergeben sich wesentliche Änderungen im Hinblick auf die Gewährung des Versicherungsschutzes, sind diese Zurich unverzüglich mitzuteilen. Eine Änderung ist dann wesentlich, wenn

- die Anzahl der versicherten Personen um mehr als 30% von dem vereinbarten Wert abweicht, oder
- beim Versicherungsnehmer der Wunsch besteht, die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen aus der Versicherung zu ändern (z. B. wenn sich eine Änderung im Hinblick auf die Zulassungsvoraussetzungen oder die Leistungsart bzw. Leistungshöhe ergibt), oder
- Zulassungsvoraussetzungen nicht eingehalten werden.

(2) Unterbleibt eine Mitteilung nach Absatz 1, kann Zurich den Vertrag vorzeitig mit sofortiger Wirkung kündigen.

(3) Bei einer wesentlichen Änderung kann Zurich die Höhe des Prämienatzes einschließlich einer eventuell vereinbarten Garantie (siehe § 11), oder die Höhe des automatischen Annahmelimits neu berechnen bzw. eine sofortige Anpassungsprämie erheben. Die Neuberechnung erfolgt für den verbleibenden Zeitraum bis zum Ende des Versicherungsjahres. Bereits gezahlte Beiträge für diesen Zeitraum werden verrechnet. In diesem Fall kann der Versicherungsnehmer die Versicherung kündigen, indem er Zurich dies spätestens 30 Tage nach dem Erhalt der Information über den geänderten Prämienatz in Textform mitteilt.

Wenn der Versicherungsnehmer unsicher ist, ob eine wesentliche Änderung vorliegt, so soll er Zurich bitte kontaktieren. Stellt Zurich eine wesentliche Änderung fest, so lässt Zurich dem Versicherungsnehmer veränderte Vertragsinformationen zukommen. Hiernach kann der Versicherungsnehmer binnen 30 Tagen entscheiden, ob der Vertrag mit den veränderten Vertragsinformationen fortgeführt oder beendet werden soll. Verstreichen 30 Tage ohne einer Antwort des Versicherungsnehmers, so gelten die veränderten Vertragsinformationen als vereinbart.

Bei vereinbarter Leistung im Todesfall

(4) Der Tod der versicherten Person ist Zurich in Textform innerhalb von zwei Jahren anzuzeigen. In diesem Fall muss der Versicherungsnehmer folgende Unterlagen einreichen:

- vollständig ausgefüllter und unterschriebener Antrag auf Todesfallleistungen;
- eine amtliche, Geburtsdatum und Geburtsort enthaltende Sterbeurkunde;
- die letzte Gehaltsabrechnung vor dem Versicherungsbeginn;
- und jede weitere erforderliche Dokumentation, um eine Entscheidung über den Anspruch treffen zu können (z. B. einen Beschäftigungsnachweis oder ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache sowie über Beginn und Verlauf der Ursache, die zum Tode der versicherten Person geführt hat, sofern wir dies anfordern).

(5) Zur Klärung der Leistungspflicht kann Zurich notwendige weitere Nachweise verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen.

(6) Die mit den Nachweisen verbundenen Kosten trägt der Versicherungsnehmer.

Bei Invalidität der versicherten Person

(7) Werden Leistungen aus diesem Vertrag beansprucht, ist die Invalidität im Sinne von § 2 dieser Bedingungen gegenüber Zurich nachzuweisen. Dazu kann Zurich verlangen, dass jede Auskunft erteilt wird, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit). Weiter kann Zurich verlangen, dass alle Angaben gegeben werden, die der Aufklärung des Sachverhaltes dienlich sind und eine sachgerechte Prüfung der Leistungspflicht ermöglichen (Aufklärungsobliegenheit). Solange eine dieser Obliegenheiten vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person vorsätzlich nicht erfüllt wird, ist Zurich von der Verpflichtung zur Leistung frei.

Die Invalidität der versicherten Person ist Zurich innerhalb von zwei Jahren nach Beginn der Karenzzeit (siehe § 1 Absatz 7) in Textform anzuzeigen.

Für die Leistungsprüfung muss der Versicherungsnehmer insbesondere folgende Unterlagen einreichen:

- vollständig ausgefüllter und unterschriebener Antrag auf Auszahlung der Invaliditätsleistungen;
- vollständig ausgefüllter und unterschriebener Antrag auf Invaliditätsleistungen;
- ein ausführliches ärztliches Zeugnis über die Ursache und den Verlauf der Invalidität, einschließlich der Behandlungsmaßnahmen, des Invaliditätsgrades, einer Prognose des Verlaufs der Invalidität und einem antizipierten Datum der Wiedereingliederung;
- die letzte Gehaltsabrechnung vor dem Versicherungsbeginn;
- einen Nachweis über den Erhalt von gesetzlichen Invaliditätsleistungen (siehe § 2 Absatz 3) oder Einkommen aus einer Berufstätigkeit nach Eintritt der Invalidität (siehe § 2 Absatz 4) der versicherten Person;
- und jede weitere erforderliche Dokumentation, um eine Entscheidung über den Anspruch treffen zu können (z. B. einen Beschäftigungsnachweis).

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, die Leistungsprüfung für Rentenleistungen bei Invalidität folgendermaßen durchzuführen:

- a) Die Leistung erfolgt in vollständiger Höhe nach Vorlage des Rentenbescheides der Deutschen Rentenversicherung ohne besondere Nachprüfung, sofern eine Rente wegen vollständiger Erwerbsminderung gezahlt wird.
- b) Die Möglichkeit der versicherten Person, die Invalidität gesondert mittels eines ärztlichen Nachweises zu belegen, bleibt von a. unberührt.

(8) Zurich kann außerdem auf eigene Kosten weitere ärztliche Untersuchungen durch von Zurich beauftragte Ärzte verlangen. Dies schließt die Möglichkeit ein, dass Untersuchungen auch außerhalb von Deutschland durchgeführt werden.

(9) Lässt die versicherte Person operative Behandlungsmaßnahmen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt anordnet, um die Heilung zu fördern oder die Invalidität zu mindern, nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Leistungen aus der Gruppen-Risikoversicherung nicht entgegen. Die versicherte Person ist allerdings aufgrund der allgemeinen gesetzlichen Schadenminderungspflicht verpflichtet, zumutbaren ärztlichen Anweisungen zur Besserung ihrer gesundheitlichen Verhältnisse Folge zu leisten.

Zumutbar sind dabei Maßnahmen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind

und die außerdem sichere Aussicht auf zumindest Besserung (bis zur Leistungsgrenze) bieten. Hierbei handelt es sich um Maßnahmen wie zum Beispiel das Einhalten von Diäten, die Verwendung von orthopädischen oder anderen Heil- und Hilfsmitteln (z. B. Tragen von Prothesen, Verwendung von Seh- und Hörhilfen), die Durchführung von logopädischen Maßnahmen oder das Tragen von Stützstrümpfen.

(10) Die Kosten, die im Zusammenhang mit dem Nachweis des Vorliegens einer Invalidität entstehen, trägt der Versicherungsnehmer.

§ 13 Wann gibt Zurich eine Erklärung über die Leistungspflicht ab?

(1) Nach Vorliegen aller für die Leistungsentscheidung erforderlichen Unterlagen erklärt Zurich innerhalb von 4 Wochen, ob und in welchem Umfang eine Leistungspflicht anerkannt wird. Werden Ansprüche aufgrund Invalidität geltend gemacht, teilt Zurich dem Versicherungsnehmer zusätzlich mit, für welchen Zeitraum eine Leistungspflicht anerkannt wird.

(2) Während der Prüfung des Leistungsanspruchs informiert Zurich den Versicherungsnehmer über den Sachstand bzw. fehlende Unterlagen.

(3) In begründeten Einzelfällen kann Zurich einmalig ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis von bis zu 18 Monaten aussprechen. Im Interesse des Versicherungsnehmers sind auch darüber hinausgehende Dauern möglich. Das Anerkenntnis ist bis zum Ablauf der Frist für Zurich bindend.

§ 14 Was gilt für die Nachprüfung der Invalidität?

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung der Leistungspflicht ist Zurich berechtigt, das Fortbestehen der Invalidität nachzuprüfen. Dabei kann Zurich erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von § 2 ausüben kann bzw. bei „Invaliditätsschutz für den eigenen Beruf“ konkret ausübt, wobei neu erworbene berufliche Fähigkeiten zu berücksichtigen sind. Für die Dauer eines zeitlich befristeten Anerkenntnisses nach § 13 Absatz 3 erfolgt keine Nachprüfung.

(2) Zur Nachprüfung kann Zurich jederzeit sachdienliche Auskünfte und eine Untersuchung der versicherten Person durch von Zurich zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Kosten der Arzthonorare trägt Zurich. Die Bestimmungen des § 12 Absätze 7 und 8 gelten entsprechend.

Für die Nachprüfung der Invalidität muss der Versicherungsnehmer insbesondere folgende Unterlagen einreichen:

- ein ausführliches ärztliches Zeugnis über die Ursache und den Verlauf der Invalidität, einschließlich der Behandlungsmaßnahmen, des Invaliditätsgrades, einer Prognose des Verlaufs der Invalidität und einem antizipierten Datum der Wiedereingliederung;
- eine schriftliche Bestätigung darüber, ob die versicherte Person berufstätig ist und falls ja, ein Beschäftigungsnachweis sowie die letzte Gehaltsabrechnung vor dem Versicherungsbeginn;
- einen Nachweis über den Erhalt von gesetzlichen Invaliditätsleistungen (siehe § 2 Absatz 3) oder Einkommen aus einer Berufstätigkeit nach Eintritt der Invalidität (siehe § 2 Absatz 4) der versicherten Person;
- eine amtlich beglaubigte Lebensbescheinigung der versicherten Person;
- und jede weitere erforderliche Dokumentation, um eine Entscheidung über den Anspruch treffen zu können.

(3) Eine Minderung der Invalidität und die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit ist Zurich unverzüglich mitzuteilen.

(4) Ist die Invalidität weggefallen oder hat sich ihr Grad vermindert, kann Zurich die Leistungen einstellen bzw. reduzieren. In diesem Fall legt Zurich dem Versicherungsnehmer die Veränderung in Textform dar und teilt die Einstellung bzw. Reduktion der Leistungen dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Die Einstellung bzw. Reduktion der Leistungen wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang der Erklärung von Zurich beim Versicherungsnehmer wirksam. Sofern die versicherte Person ab diesem Zeitpunkt wieder die Zulassungsbedingungen für den obligatorischen Versicherungsschutz erfüllt, lebt die Prämienpflicht wieder auf. Stirbt die versicherte Person, kann Zurich die Leistungen bereits zum Datum einstellen, an dem der Tod eingetreten ist.

(5) Liegt der Eintritt der Invalidität länger zurück und ist die Invalidität bei Anmeldung der Ansprüche wieder weggefallen, so kann Zurich die Leistungen schon zum Datum einstellen, an dem die Invalidität weggefallen ist.

§ 15 Wer erhält die Versicherungsleistung?

(1) Das Bezugsrecht im Todes- und ggf. Invaliditätsfall steht unwiderruflich dem Arbeitgeber zu. Es kann nicht auf Dritte und insbesondere nicht der versicherten Person oder deren Angehörigen übertragen werden.

(2) Ansprüche aus der Versicherung können weder verpfändet noch abgetreten werden.

§ 16 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?

(1) Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen in Textform erfolgen. Für Zurich bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie Zurich zugegangen sind.

Unsere Adresse lautet:
Zurich Eurolife S.A.
Building Elise
21 rue Léon Laval
L-3372 Leudelange
Luxembourg
E-Mail: zigrs.zel@zurich.com

(2) Eine Änderung seiner Postanschrift muss der Versicherungsnehmer Zurich unverzüglich mitteilen. Anderenfalls können für den Versicherungsnehmer Nachteile entstehen, da Zurich eine an ihn zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an seine zuletzt bekannte Anschrift senden kann. In diesem Fall gilt die Erklärung von Zurich drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn der Versicherungsnehmer die Versicherung in seinem Geschäfts- oder Gewerbebetrieb genommen und seine gewerbliche Niederlassung verlegt hat. Bei Änderung des Namens des Versicherungsnehmers gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend.

§ 17 Wie kann Zurich die Allgemeinen Versicherungsbedingungen ändern?

Zurich kann die Allgemeinen Versicherungsbedingungen ändern. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen teilt Zurich dem Versicherungsnehmer mindestens 30 Tage vor Inkrafttreten der Änderungen mit. Sollte der Versicherungsnehmer mit den Änderungen nicht einverstanden sein, kann er den Versicherungsvertrag vor Inkrafttreten der Änderungen kündigen. Im Falle der Kündigung enden alle gegenseitigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag entsprechend § 6 Absatz 1 mit der Kündigung. Kündigt der Versicherungsnehmer nicht, gelten die geänderten Allgemeinen Versicherungsbedingungen als von ihm akzeptiert.

§ 18 Welche Rechtsbeziehungen gelten für diesen Vertrag?

Der vorliegende Versicherungsvertrag wird zwischen Zurich und dem Versicherungsnehmer geschlossen. Es gelten die bei Vertragsabschluss geltenden Bedingungen und vereinbarten Versicherungsleistungen. Ein direkter Rechtsanspruch der versicherten Person gegenüber Zurich besteht nicht. Schriftliche und mündliche Vereinbarungen zwischen dem Versicherungsnehmer und der versicherten Person, die über die Vereinbarungen aus diesem Versicherungsvertrag hinausgehen, sind für Zurich nicht bindend.

§ 19 Was gilt bei Unwirksamkeit einer Klausel?

Sollte eine der aufgeführten Klauseln unwirksam sein, wird diese nicht Inhalt des Vertrags. Die Gültigkeit der verbleibenden Klauseln ist nicht betroffen.

§ 20 Welches Recht findet auf diesen Vertrag Anwendung?

Auf diesen Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 21 Wo ist der Gerichtsstand?

(1) Für Klagen aus dem Vertrag gegen Zurich bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz von Zurich oder der für den Vertrag zuständigen Niederlassung. Ist der Kläger eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk der Kläger zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Für Klagen aus diesem Vertrag, die Zurich gegen eine natürliche Person erhebt, muss die Klage gegen die Person bei dem Gericht erhoben werden, das für ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort des gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Für Klagen aus diesem Vertrag, die Zurich gegen eine juristische Person erhebt, bestimmt sich das zuständige Gericht nach dem Sitz oder der Niederlassung der juristischen Person.

(3) Verlegt der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Union, Islands, Liechtensteins, Norwegens oder der Schweiz, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem Zurich seinen Sitz hat.

§ 22 Wie können sich internationale Sanktionen auf diesen Vertrag auswirken?

Ungeachtet sonstiger Bestimmungen dieses Vertrages gewährt bzw. leistet Zurich aus diesem Vertrag keinen Versicherungsschutz beziehungsweise keine Zahlungen oder sonstige Leistungen zu Gunsten des Versicherungsnehmers oder eines Dritten, soweit dadurch anwendbare Wirtschafts- oder Handelssanktionen verletzt werden können. Zurich behält sich das Recht vor, den Vertrag jederzeit zu kündigen, falls der Versicherungsnehmer oder seine Angestellten oder Führungskräfte, unter Handels- oder Wirtschaftssanktionen fallen sollten, die Zurich als relevant erachtet.

§ 23 Datenschutz und Versicherungsgeheimnis

Gemäß dem geltenden luxemburgischen Datenschutzrecht (einschließlich jedoch nicht begrenzt auf das luxemburgische Gesetz vom

1. August 2018 betreffend die Organisation der nationalen Datenschutzkommission und die allgemeine Regelung zum Datenschutz und die europäische Verordnung Nr. 2016/679 vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr (im Folgenden: die DSGVO)) (im Folgenden: das *Datenschutzrecht*), sammelt, speichert und verarbeitet Zurich Eurolife S.A. in ihrer Eigenschaft als Verantwortliche für die Datenverarbeitung auf elektronische oder andere Weise die persönlichen Daten der Mitglieder des Versicherungsvertrages, der von diesen benannten Begünstigten und der Kontaktpersonen, Repräsentanten und wirtschaftlichen Eigentümer des Versicherungsnehmers (im Folgenden: zusammen die *Betroffenen Personen*), einschließlich, jedoch nicht begrenzt auf die folgenden Angaben: Titel, Familienname, Vorname(n), Geburtsland und Geburtsort, Nationalität, Geburtsdatum, Datum des Beginns oder der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses, Anschrift des Wohnsitzes, Land/Länder des/der Wohnsitze(s), Gesundheitsdaten falls erforderlich, Steuernummer falls erforderlich, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Geschlecht, Familienstand und Angaben zur Beschäftigung sowie finanzielle Angaben (im Folgenden: die *Personenbezogenen Daten*). Gemäß des Datenschutzrechts muss der Versicherungsnehmer seine Kontaktpersonen, Repräsentanten und wirtschaftlichen Eigentümer ordnungsgemäß gemäß Artikeln 12 bis 14 der DSGVO über die von Zurich Eurolife S.A. vorgenommene Verarbeitung sowie den Inhalt dieser Klausel informieren.

Rechtliche Grundlage für die Verarbeitung Personenbezogener Daten sind (i) die Leistung und die Bereitstellung der Versicherungsleistungen von Zurich Eurolife S.A. für den Versicherungsnehmer des Versicherungsvertrages, (ii) die Einwilligung der Mitglieder des Versicherungsvertrages zur Verarbeitung von Gesundheitsinformationen (sofern erforderlich), (iii) die berechtigten Interessen von Zurich Eurolife S.A. und die berechtigten Interessen der Parteien, die von dem Versicherungsvertrag profitieren und (iv) die Einhaltung der geltenden gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Verpflichtungen, z.B. hinsichtlich Betrugsprävention und -aufdeckung, Anti-Geldwäschebestimmungen, Steuerberichtspflichten, Finanz- oder Wirtschaftssanktionen und die für Versicherungsunternehmen geltenden gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Anforderungen. In diesem Zusammenhang werden Personenbezogene Daten insbesondere für folgende Zwecke verarbeitet:

- a) Den Abschluss, die Durchführung, den Kundendienst und die Verwaltung des Versicherungsvertrages

(einschließlich aber nicht begrenzt auf die Bereitstellung des Versicherungsschutzes, die Leistung im Schadensfall oder um das Risiko hinsichtlich des Versicherungsschutzes durch Rückversicherung zu steuern);

- b) Die Bereitstellung von mit dem Versicherungsvertrag verbundenen Assistenzleistungen, Beratung und Unterstützung;
- c) Für Underwriting- und Schaden-Management-Zwecke;
- d) IT Services, einschließlich aber nicht begrenzt auf die Bereitstellung von IT Infrastruktur, IT Wartung, IT Sicherheit und Datenanalyse, Verwaltung von Webseiten, Fehlerbehebung, Datenanalyse, Testen, Forschung, Statistik und Umfragen;
- e) Die Prävention und Aufdeckung von Betrug, Geldwäsche und Terrorismusfinanzierung und von Risiken eines Verstoßes gegen Finanz- oder Wirtschaftssanktionen auf Ebene der Zurich Insurance Group Ltd. oder eines ihrer verbundenen Unternehmen, wie in dem aktuellen Jahresabschluss aufgeführt (Im Folgenden: *Zurich Gruppe*);
- f) Falls erforderlich, zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen;
- g) Falls erforderlich, im Rahmen von Verhandlungen über einen möglichen Verkauf, eine Übertragung oder eine Reorganisation des Geschäfts von Zurich Eurolife S.A. oder des Geschäfts der Zurich Gruppe oder eines Teiles davon; und
- h) Die Einhaltung aller geltenden rechtlichen und aufsichtsrechtlichen Verpflichtungen (z. B. zur Verhinderung und Aufdeckung von Betrug, Geldwäsche oder Terrorismusfinanzierung, zur Erfüllung von Steuerberichtspflichten und Finanz- oder Wirtschaftssanktionen und zur Einhaltung der für Versicherungsunternehmen geltenden gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Anforderungen).

Die „berechtigten Interessen“ beziehen sich auf die oben genannten Punkte a) bis g) sowie auf das Profitieren vom Versicherungsvertrag bezüglich der Parteien, die von dem Versicherungsvertrag profitieren.

Die Bereitstellung Personenbezogener Daten, einschließlich Gesundheitsdaten falls erforderlich, der Mitglieder des Versicherungsvertrags und der Kontaktpersonen, Repräsentanten und wirtschaftlichen Eigentümer des Versicherungsnehmers ist für die Durchführung des Versicherungsvertrages erforderlich. Das Versäumnis, ausreichende, genaue und aktuelle Informationen zur Verfügung zu stellen sowie gegebenenfalls die Einwilligung in die Verarbeitung der Gesundheitsdaten zu verweigern, kann dazu führen, dass Zurich Eurolife S.A. keinen Versicherungsschutz gewähren kann.

In Anbetracht des Outsourcing- und Dienstleisterarrangements von Zurich Eurolife S.A., welche insbesondere die unter den Punkten a) bis h) beschriebene Unterstützung umfassen, und angesichts der Tatsache, dass Zurich Eurolife S.A. in mehreren Jurisdiktionen tätig ist, in welchen Zurich Eurolife S.A. gegebenenfalls Personenbezogene Daten an lokale Behörden, Konzerngesellschaften oder andere Drittparteien offenlegen muss, können Personenbezogene Daten zu den oben genannten Zwecken möglicherweise Dritten offengelegt oder an Dritte weitergegeben werden. Dies kann, abhängig von den Umständen, die unten aufgeführten Parteien (im Folgenden: *die Empfänger*) umfassen:

- Zurich Gruppe; Unternehmen der Zurich Gruppe tauschen untereinander Informationen im Rahmen von Outsourcing- und Dienstleistungsarrangements aus. Informationen werden ausgetauscht, wenn dies relevant und angemessen ist; dies umfasst Gesundheitsinformationen für Underwritingzwecke und im Leistungsfall oder wo dies für IT Service- oder Sicherheitszwecke erforderlich ist. Wenn der Versicherungsnehmer eine Versicherung bei mehr als einer Firma in der Zurich Gruppe beantragt, können diese die Daten des Versicherungsnehmers untereinander austauschen;
- Beteiligte Finanzberater, Makler, Agenten oder andere Versicherungsvermittler;
- Andere Auftragnehmer oder Dienstleister, welche Dienstleistungen für Zurich Eurolife S.A. erbringen, beispielsweise bzgl. Verwaltung, Informationstechnologie, Telekommunikation, versicherungsmathematische Dienste, Datenerfassung, -speicherung, -wiederherstellung und -sicherheit, Postvertrieb, Prüfung und Beurteilung von Leistungsfällen, Zahlung, Kapitalanlagen, Scheckdruck, Steuervertretung, Marketing, Notfallhilfe, Due-Diligence-Prüfung, Wirtschaftsprüfer, Rechtsanwälte, medizinische

- und professionelle Dienstleistungen sowie Umfrage- und Forschungsdienstleistungen;
- Wirtschaftsauskunfteien, Rückversicherer, andere Versicherer und Finanzinstitute;
- Bei Verkauf, Übertragung oder Reorganisation des Geschäfts von Zurich Eurolife S.A. oder des Geschäfts der Zurich Gruppe oder eines Teiles davon an den Erwerber oder die neue Organisationseinheit; und
- Regierungs-, Rechts-, Steuer- und Regulierungsbehörden, Gerichte, Streitbeilegungsforen (die für Zurich Eurolife S.A. oder deren Konzerngesellschaften zuständig sind), Ermittler oder Prozessbeteiligte und ihre Berater.

Die Empfänger befinden sich innerhalb der Europäischen Union (im Folgenden: *EU*), des Europäischen Wirtschaftsraums (im Folgenden: *EWR*), Großbritanniens, der Isle of Man, der Schweiz und Hong Kong. Wenn Zurich Eurolife S.A. Personenbezogene Daten außerhalb der EU oder des EWR übermittelt, stellt Zurich Eurolife S.A. sicher, dass die Übermittlung auf Grundlage einer Legitimationsbasis des Datenschutzrechts erfolgt. Zurich Eurolife S.A. wird dies tun, indem sichergestellt wird, dass es entweder eine Angemessenheitsentscheidung der EU Kommission bezüglich der Übermittlung Personenbezogener Daten gibt oder dass die Personenbezogenen Daten durch die Verwendung von "Standardvertragsklauseln", die von der EU Kommission angenommen wurden, angemessen geschützt werden oder gegebenenfalls auf Grundlage einer anderen durch das Datenschutzrecht vorgesehenen Legitimationsbasis. Die Isle of Man und die Schweiz profitieren von einer Angemessenheitsentscheidung der EU Kommission. Die Betroffenen Personen haben das Recht, eine Kopie der „Standardvertragsklauseln“ von dem Datenschutzbeauftragten der Zurich Eurolife S.A. anzufordern.

Die Empfänger können, unter ihrer eigenen Verantwortung, Personenbezogene Daten ihren Vertretern und/oder Beauftragten (im Folgenden: die *Unter-Empfänger*) offenlegen, welche die Personenbezogenen Daten ausschließlich zu dem Zweck verarbeiten, die Empfänger zu unterstützen, Zurich Eurolife S.A. gegenüber ihre Dienstleistungen zu erbringen, und/oder die Empfänger zu unterstützen, ihre eigenen rechtlichen Verpflichtungen zu erfüllen. Die Empfänger und Unter-Empfänger können gegebenenfalls Personenbezogene Daten als Auftragsverarbeiter (wenn sie Personenbezogene Daten im Interesse und aufgrund Anweisungen von Zurich Eurolife S.A. und/oder der Empfänger verarbeiten) oder als selbständiger Verantwortlicher für die

Datenverarbeitung (wenn sie Personenbezogene Daten für ihre eigenen Zwecke verarbeiten, insbesondere zur Erfüllung ihrer eigenen rechtlichen Verpflichtungen) verarbeiten. Soweit Zurich Eurolife S.A. Personenbezogene Daten an Empfänger, welche als Auftragsverarbeiter tätig sind, übermittelt, wird Zurich Eurolife S.A. sicherstellen, dass, soweit solche Empfänger Personenbezogene Daten an Unter-Empfänger außerhalb der EU oder des EWR übermitteln, solche Datenübermittlungen aufgrund einer der im vorangehenden Absatz beschriebenen Legitimationsbasis erfolgen.

Die Personenbezogenen Daten werden von Zurich Eurolife S.A. nicht länger als nötig im Hinblick auf die Zwecke der Datenverarbeitung, einschließlich der Einhaltung gesetzlicher Aufbewahrungsfristen oder -beschränkungen, aufbewahrt.

Gemäß den Bedingungen des Datenschutzrechts haben die Betroffenen Personen das Recht:

- Auskunft zu ihren Personenbezogenen Daten zu erhalten;
- Ihre Personenbezogenen Daten zu berichtigen, wo sie ungenau oder unvollständig sind;
- Der Verarbeitung ihrer Personenbezogenen Daten zu widersprechen;
- Löschung ihrer Personenbezogenen Daten zu verlangen;
- Der Einschränkung der Verarbeitung ihrer Personenbezogenen Daten zu verlangen; und
- Übertragbarkeit ihrer Personenbezogenen Daten zu verlangen - um persönliche Informationen in einem digitalen Format zu erhalten.

Die betroffenen Personen können ihre oben genannten Rechte ausüben, indem sie an den Datenschutzbeauftragten der Zurich Eurolife S.A. unter der folgenden Adresse schreiben:

Datenschutzbeauftragter
Zurich Eurolife S.A.
Building Elise
21 rue Léon Laval
L-3372 Leudelange
Luxembourg
E-mail: ZELprivacy@zurich.com

Die Betroffenen Personen haben auch das Recht, eine Beschwerde bei der luxemburgischen Nationalen Kommission für den Datenschutz (im Folgenden: *CNPD*) unter der folgenden Adresse einzureichen: 1, Avenue du Rock'n'Roll, L-4361 Esch-sur-Alzette, Luxembourg; oder bei jeglicher

zuständigen Datenschutzbehörde des EU- oder EWR-Mitgliedsstaates ihres Wohnsitzes.

Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich, jedem Mitglied des Versicherungsvertrages ein Exemplar der Datenschutzerklärung für Mitarbeiter zur Verfügung zu stellen, die dem Versicherungsnehmer von Zurich Eurolife S.A. bereitgestellt wird.

Besondere Hinweise für Rückdeckungsversicherungen von betrieblichen Versorgungszusagen

gültig für die Bundesrepublik Deutschland (Stand 11/2020). Eventuelle Gesetzesänderungen sind in den nachfolgenden Ausführungen nicht berücksichtigt.

Nachfolgende Hinweise können nur allgemeine Hinweise des bei Drucklegung geltenden Steuerrechts sein. Für deren Richtigkeit und Vollständigkeit kann keine Haftung übernommen werden. Hilfeleistungen in Steuerangelegenheiten können, außer vom zuständigen Finanzamt, nur von Befugten zur unbeschränkten Hilfeleistung in Steuersachen (z. B. Steuerberater, Wirtschaftsprüfer, Rechtsanwalt) geleistet werden (§ 3 StBerG).

A. Allgemeine Steuerhinweise zu betrieblichen Versicherungen

Ertragsteuern

Beiträge für betrieblich veranlasste Risikolebensversicherungen sind steuerlich als Betriebsausgaben abzugsfähig. Fällige Leistungen sind als Betriebseinnahmen zu erfassen.

Im Gegenzug ist ein gebildeter Aktivwert für die Versicherungsansprüche ggf. aufzulösen oder zu vermindern.

Lohnsteuer

Die vom Arbeitgeber an einen Arbeitnehmer geleisteten Zahlungen aus einer betrieblichen Versorgungszusage sind lohnsteuerpflichtiger Arbeitslohn.

Versicherungssteuer

Beiträge für Risikolebensversicherungen sowie Berufsunfähigkeitsversicherungen sind von der Versicherungssteuer befreit.

B. Allgemeine Hinweise zum Arbeits- und Sozialversicherungsrecht

Anpassungsprüfungspflicht

Gemäß § 16 Gesetz zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung (BetrAVG) hat der Arbeitgeber die grundsätzliche Verpflichtung, laufende Versorgungsleistungen alle drei Jahre hinsichtlich einer Anpassung zu prüfen. § 16 Absatz 3 BetrAVG regelt allerdings, dass diese Prüfungspflicht entfällt, wenn der Arbeitgeber sich verpflichtet, laufende Leistungen jährlich mindestens 1% anzupassen.

Gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung für den Rentner

Sämtliche Leistungen aus einer betrieblichen Altersversorgung unterliegen der Beitragspflicht für Kranken- und Pflegeversicherung, sofern der Leistungsempfänger freiwillig oder pflichtversichert in der gesetzlichen Krankenversicherung ist.

Zurich Eurolife S.A. ist eine Lebensversicherungsgesellschaft, die nach luxemburgischen Recht gegründet wurde und im Handels- und Firmenregister von Luxemburg unter der Nr. B51753 eingetragen ist.

Sitz: Building Elise, 21 rue Léon Laval, L-3372 Leudelange, Luxemburg.

Telefon +352 26 642 1 Fax +352 26 642 650 E-Mail lux.info@zurich.com Website www.zurich.lu.

USt-IdNr. 1660 2944.

Zurich Eurolife S.A. unterliegt dem Recht von Luxemburg und wird von der allein zuständigen Versicherungsaufsichtsbehörde von Luxemburg, dem Commissariat aux Assurances (7, boulevard Joseph II, L-1840 Luxembourg, Luxembourg) beaufsichtigt.

Telefonate können aufgezeichnet und überwacht werden, um zusätzliche Sicherheit zu bieten und Beschwerden auszuräumen sowie zu Schulungs-, Administrations- und Qualitätssicherungszwecken.