

BU PROTECT Prestige

Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeits- Versicherung mit Zusatz- und AU-Leistungen

(20L07, Stand 01/2019)

Inhaltsverzeichnis

Glossar	2
Leistung bei Berufsunfähigkeit und versicherter schwerer Krankheit	
§ 1 Welche Leistungen erbringen wir bei Berufsunfähigkeit und versicherter schwerer Krankheit?	3
§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?	5
Leistung bei Arbeitsunfähigkeit	
§ 3 Welche Leistungen erbringen wir bei Arbeitsunfähigkeit?	7
§ 4 Was ist Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?	7
§ 5 Wann entsteht der Anspruch auf Leistung bei Arbeitsunfähigkeit?	7
Regelungen zur Leistung	
§ 6 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	8
§ 7 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	9
§ 8 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	9
§ 9 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	10
§ 10 Was gilt bei einer Gefährderrhöhung nach Vertragsschluss?	11
§ 11 Was ist zu beachten, wenn eine Leistung bei Berufsunfähigkeit oder versicherter schwerer Krankheit verlangt wird?	12
§ 12 Was ist zu beachten, wenn eine Leistung bei Arbeitsunfähigkeit verlangt wird?	13
§ 13 Wie unterstützen wir Sie, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit verlangt werden?	13
§ 14 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	13
§ 15 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?	14
§ 16 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten im Rahmen der Nachprüfung?	14
§ 17 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?	14
§ 18 Wer erhält die Leistung?	14
Beitrag	
§ 19 Was müssen Sie bei Beitragszahlungen beachten?	15
§ 20 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	15
Kündigung und Beitragsfreistellung	
§ 21 Wann können Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen oder kündigen?	15
Sonstige Vertragsbestimmungen	
§ 22 Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?	16
§ 23 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift oder Ihres Namens?	17
§ 24 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?	17
§ 25 Welche anlassbezogenen Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?	17
§ 26 Unter welchen Voraussetzungen ist eine Nachversicherung ohne Gesundheitsprüfung möglich?	17
§ 27 Welche Überbrückungsmöglichkeiten bestehen bei Zahlungsschwierigkeiten?	18
§ 28 Was gilt für die Verlängerungsoption bei Erhöhung der gesetzlichen Regelaltersgrenze?	19
§ 29 Ist der Versicherer zu einer Anpassung des Beitrags berechtigt?	19
§ 30 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?	19
§ 31 Wo ist der Gerichtsstand?	19
§ 32 Welche Auswirkungen hat die Unwirksamkeit von Bestimmungen?	19
Anlagen	
Anlage 1 zu den Versicherungsbedingungen zur Definition der versicherten schweren Krankheiten und Ereignisse Ihres Vertrages	20
Anlage 2 zu den Versicherungsbedingungen zu Abzug bei Beitragsfreistellung Ihres Vertrages	25
Neue Bayerische Beamten Lebensversicherung AG	1

Glossar

Im Folgenden möchten wir Ihnen einige wichtige Begriffe, die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen verwendet werden und dort in kursiven *KAPITÄLCHEN* gesetzt sind, erläutern. Diese Erläuterungen sind Teil der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

ABSTRAKTE VERWEISUNG

Wenn die versicherte Person eine andere Tätigkeit ausüben kann, zu der sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht, können wir sie auf diese Tätigkeit verweisen. Eine Leistung wird dann nicht fällig. Ob die versicherte Person in dem Verweisungsberuf einen Arbeitsplatz findet, spielt dabei keine Rolle. Bei der Berufsunfähigkeits-Versicherung verzichten wir auf eine abstrakte Verweisung.

ARGLIST

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

BEITRAGSZAHLUNGSDAUER

Die Beitragszahlungsdauer ist der Zeitraum, innerhalb dessen die vertraglich vereinbarten Beiträge gezahlt werden müssen.

BEWERTUNGSRESERVEN

Als Bewertungsreserven bezeichnen wir den Wert, der entsteht, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen im Geschäftsbericht ausgewiesen sind.

FAHRLÄSSIG

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

GROB FAHRLÄSSIG

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

LASTSCHRIFTVERFAHREN

Lastschriftverfahren bedeutet, dass wir Ihre Beiträge von einem Konto einziehen.

LEISTUNGSDAUER

Die Leistungsdauer ist der Zeitraum, bis zu dessen Ablauf die anerkannte Leistung längstens gezahlt wird. Die Leistungsdauer kann über die Versicherungsdauer hinausgehen.

RECHNUNGSGRUNDLAGEN

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

TEXTFORM

Um die Textform zu erfüllen genügt eine Erklärung in Papierform, aber auch z.B. eine E-Mail.

UNVERZÜGLICH

Unverzüglich heißt, dass die erforderliche Handlung ohne schuldhaftes Zögern durchgeführt wird.

VERSICHERTE PERSON

Versicherte Person ist die Person, auf deren Berufsfähigkeit die Versicherung abgeschlossen ist.

VERSICHERUNGSDAUER

Die Versicherungsdauer ist der Zeitraum, innerhalb dessen Versicherungsschutz besteht.

VERSICHERUNGSNEHMER

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

VORSÄTZLICH

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

BU PROTECT Prestige

Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung mit Zusatz- und AU-Leistungen

(20L07, Stand 01/2019)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
mit diesen Versicherungsbedingungen wenden wir uns an Sie als unseren *VERSICHERUNGSNEHMER* und Vertragspartner.

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir bei Berufsunfähigkeit und versicherter schwerer Krankheit?

Unsere Rentenleistung bei Berufsunfähigkeit

(1) Wird die *VERSICHERTE PERSON* während der *VERSICHERUNGSDAUER* berufsunfähig (siehe § 2 Absatz 1), erbringen wir folgende Leistungen:

- a) Wir zahlen die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente, längstens für die vereinbarte *LEISTUNGSDAUER*.
- b) Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für die Berufsunfähigkeits-Versicherung, längstens für die vereinbarte *LEISTUNGSDAUER*. Endet die *BEITRAGSZAHLUNGSDAUER* vor der *LEISTUNGSDAUER*, ist dieser Zeitpunkt maßgeblich.

Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rentenzahlung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist.

- c) bei Einschluss der Option Leistungsdynamik:
Wurde eine planmäßige Erhöhung der Rente im Leistungsfall (Leistungsdynamik) vereinbart, wird während der Berufsunfähigkeit die vor Eintritt der Berufsunfähigkeit versicherte Rente unabhängig von den jeweils festgesetzten Überschussanteilsätzen (vgl. § 6) jährlich um den hierfür vereinbarten Prozentsatz erhöht. Die Erhöhung der Rente erfolgt jeweils zum Versicherungsjahrestag.

Unsere Kapitalleistung bei unbefristet anerkannter Berufsunfähigkeit

(2) Wir zahlen eine Kapitalleistung in Höhe von drei Monatsrenten, maximal 6.000 EUR, wenn erstmals eine Berufsunfähigkeit anerkannt wird. Der Anspruch entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Im letzten Jahr der *VERSICHERUNGSDAUER* wird die Kapitalleistung nur anteilig geleistet. Sie beträgt dann pro ausstehenden Monat der *VERSICHERUNGSDAUER* ein Zwölftel des Betrages nach Satz 1.

Ein Anspruch auf diese Leistung besteht während der gesamten *VERSICHERUNGSDAUER* nur einmal.

Unsere Kapitalleistung bei unfallbedingter Berufsunfähigkeit

(3) Wir zahlen eine Kapitalleistung bei unfallbedingter Berufsunfähigkeit (Unfallhilfe) in Höhe von drei Monatsrenten, maximal 6.000 EUR, wenn erstmals eine Berufsunfähigkeit, die auf einen während der *VERSICHERUNGSDAUER* eingetretenen Unfall zurückzuführen ist (unfallbedingte Berufsunfähigkeit) unbefristet anerkannt wird. Der Anspruch entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Im letzten Jahr der *VERSICHERUNGSDAUER* wird die Unfallhilfe nur anteilig geleistet. Sie beträgt pro ausstehenden Monat der *VERSICHERUNGSDAUER* ein Zwölftel des Betrages nach Satz 1.

Ein Anspruch auf diese Leistung besteht während der gesamten *VERSICHERUNGSDAUER* nur einmal.

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

Unsere Leistungen bei Eintritt einer versicherten schweren Krankheit

(4) Wir zahlen ohne weitere Prüfung einer Berufsunfähigkeit bei Eintritt einer versicherten schweren Krankheit die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente für die Dauer von sechs Monaten und befreien Sie während dieser Zeit von der Beitragszahlungspflicht. Der Anspruch auf diese Leistungen entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die fachärztliche Diagnose gesichert ist. Ein Anspruch auf diese Leistungen entsteht nicht, wenn Sie bei Eintritt der versicherten schweren Krankheit bereits Leistungen wegen anerkannter Berufsunfähigkeit gemäß § 2 erhalten.

Ein Anspruch auf diese Leistungen besteht während der gesamten *VERSICHERUNGSDAUER* nur einmal.

Die Zahlung der Leistungen beinhaltet keine Anerkennung einer Berufsunfähigkeit im Sinne von § 2.

Die versicherten schweren Krankheiten sind in „Anlage 1 zu den Versicherungsbedingungen zur Definition der versicherten Krankheiten und Ereignisse“ aufgeführt. Die Anlage 1 ist Bestandteil der Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung mit Zusatz und AU-Leistungen. Dort sind auch bestimmte Leistungsaus-schlüsse und -beschränkungen aufgeführt.

Führt unsere Leistungsprüfung einer Berufsunfähigkeit zu dem Ergebnis, dass keine Berufsunfähigkeit im Sinne von § 2 vorliegt, sind bereits wegen Eintritts einer versicherten schweren Krankheit erhaltene Leistungen nicht zurückzuzahlen. Erkennen wir eine Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 an, so entsteht der Anspruch auf Versicherungsleistungen grundsätzlich rückwirkend mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist (vgl. Absatz 1). Ein gleichzeitiger Bezug von Leistungen bei Eintritt einer versicherten schweren Krankheit und bei Berufsunfähigkeit ist jedoch ausgeschlossen. Wenn Berufsunfähigkeit vorliegt entsteht daher der Anspruch auf Leistungen bei Berufsunfähigkeit erst im Anschluss an den sechsmonatigen Leistungszeitraum wegen Eintritt einer versicherten schweren Krankheit.

Der Anspruch auf Leistung erlischt, wenn die *VERSICHERTE PERSON* vor Ablauf des sechsmonatigen Leistungszeitraums stirbt bzw. mit Ablauf der *LEISTUNGSDAUER* des Vertrages.

Solange ein Anspruch auf Leistung bei Eintritt einer versicherten schweren Krankheit besteht, werden keine Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit gemäß § 3 fällig.

Unsere Leistung bei Wiedereingliederung

(5) Wir zahlen eine Leistung bei Wiedereingliederung (Wiedereingliederungshilfe) in Höhe von sechs Monatsrenten als einmalige Kapitalleistung, wenn eine wegen Berufsunfähigkeit im Sinne von § 2 unbefristet anerkannte Versicherungsleistung gemäß § 15 Absatz 4 wieder entfällt und die *LEISTUNGSDAUER* des Vertrages zum Zeitpunkt der Entstehung des Anspruchs nach Absatz 9 noch mindestens ein Jahr beträgt. Der Anspruch auf Wiedereingliederungshilfe entsteht mit Ablauf des Monats, in dem

die zuvor wegen Berufsunfähigkeit im Sinne von § 2 unbefristet anerkannte Versicherungsleistung nach § 15 Absatz 4 entfällt.

Voraussetzung für die Zahlung der Wiedereingliederungshilfe ist, dass eine Berufsunfähigkeit gemäß § 2 Absatz 1 länger als drei Jahre bestanden hat und die *VERSICHERTE PERSON* durch eine Wiedereingliederungsmaßnahme ihren zuletzt vor Eintritt der Berufsunfähigkeit ausgeübten Beruf wieder in gleichem Umfang ausübt oder durch eine Umschulung bzw. Fortbildung konkret eine andere Tätigkeit im Sinne von § 2 Absatz 1 ausübt.

Tritt nach Zahlung der Wiedereingliederungshilfe innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten erneut eine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit gemäß § 2 ein oder entsteht erstmalig eine Leistungspflicht gemäß Absatz 4, wird eine bereits gezahlte Kapitalleistung mit neu entstandenen Rentenansprüchen infolge Berufsunfähigkeit gemäß Absatz 1a oder wegen Eintritts einer versicherten schweren Krankheit gemäß Absatz 4 verrechnet.

Ein Anspruch auf diese Leistung besteht während der gesamten *VERSICHERUNGSDAUER* nur einmal.

Die Wiedereingliederungshilfe ist auf maximal 12.000 Euro für alle bei uns auf die *VERSICHERTE PERSON* abgeschlossenen Verträge gegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit begrenzt.

Werden Leistungen aus der Wiedereingliederungshilfe erbracht, haben Sie keinen Anspruch auf zusätzliche Leistungen aus der Umorganisationshilfe.

Unsere Leistung bei Umorganisation

- (6) Wir beteiligen uns auf schriftlichen Antrag an den Kosten einer Umorganisation (Umorganisationshilfe) nach § 2 Absatz 2 in Höhe von sechs Monatsrenten als einmalige Kapitalleistung, wenn die Umorganisationsmaßnahme durch die konkrete gesundheitliche Beeinträchtigung bedingt ist und dadurch eine zumutbare Umorganisation erreicht wird.

Der Anspruch auf Zahlung der Umorganisationshilfe besteht nur, wenn die *LEISTUNGSDAUER* des Vertrages zum Zeitpunkt der Umorganisation noch mindestens ein Jahr beträgt. Tritt innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten nach unserer Leistung dennoch Berufsunfähigkeit gemäß § 2 oder eine Leistungspflicht nach § 1 Absatz 4 ein, wird eine bereits geleistete Umorganisationshilfe auf neu entstehende Rentenansprüche wegen Berufsunfähigkeit gemäß Absatz 1 oder wegen Eintritts einer versicherten schweren Krankheit gemäß Absatz 4 verrechnet.

Ein Anspruch auf diese Leistung besteht während der gesamten *VERSICHERUNGSDAUER* nur einmal.

Die Leistungen aus der Umorganisationshilfe sind auf maximal 12.000 Euro für alle bei uns auf die *VERSICHERTE PERSON* abgeschlossenen Verträge gegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit begrenzt.

Werden Leistungen aus der Umorganisationshilfe erbracht, haben Sie keinen Anspruch auf zusätzliche Leistungen aus der Wiedereingliederungshilfe.

Unsere Leistung bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit

- (7) Wird die *VERSICHERTE PERSON* während der *VERSICHERUNGSDAUER* berufsunfähig infolge Pflegebedürftigkeit (vgl. § 2 Absatz 13 bis 16), ohne dass Berufsunfähigkeit im Sinne von § 2 Absatz 1 bis 12 vorliegt, erbringen wir die Versicherungsleistungen gemäß Absatz 1 bis 4, auch wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % liegt.

Anzeige eines Versicherungsfalles

- (8) Sie müssen uns den Eintritt eines Versicherungsfalles in *TEXTFORM* mitteilen.

- (9) Der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente und Befreiung von der Beitragszahlungspflicht endet,

- wenn die Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt,
- wenn nach Ablauf des sechsmonatigen Leistungszeitraums bei Eintritt einer versicherten schweren Krankheit keine Berufsunfähigkeit im Sinn dieser Bedingungen vorliegt,
- bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit spätestens, wenn die Pflegebedürftigkeit unter das Ausmaß von einem Pflegepunkt sinkt (vgl. § 2 Absatz 14 und 15),
- wenn die *VERSICHERTE PERSON* stirbt oder
- bei Ablauf der vertraglichen *LEISTUNGSDAUER*.

Erlischt der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente und Befreiung von der Beitragszahlungspflicht bei einem unbefristeten Leistungsanspruch vor Ablauf der *VERSICHERUNGSDAUER*, besteht wieder Versicherungsschutz in Höhe der vor Eintritt der Berufsunfähigkeit versicherten Rente. Ein Anspruch auf Zahlung der Kapitalleistung (vgl. § 1 Absatz 2) besteht nicht mehr.

Bei Erlöschen eines befristeten Leistungsanspruchs vor Ablauf der *VERSICHERUNGSDAUER*, besteht wieder Versicherungsschutz in Höhe der vor Eintritt der Berufsunfähigkeit versicherten Rente und der weiteren Versicherungsleistungen gemäß § 1 Absatz 1 bis 4.

Einschluss der Option Leistungsdynamik

- (10) Bei Einschluss der Leistungsdynamik besteht mit Wegfall der Leistungspflicht Versicherungsschutz in der Höhe, wie er im Zeitpunkt des Eintritts des Leistungsfalls bestanden hat. Rentenerhöhungen, die während der Leistungspflicht eingetreten sind, bleiben unberücksichtigt. Sie können jedoch in *TEXTFORM* verlangen, die während des Leistungsbezugs erfolgten Erhöhungen aus der Leistungsdynamik gegen Mehrbeitrag mitzuversichern. Der Mehrbeitrag wird nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den *RECHNUNGSGRUNDLAGEN* für die Beitragskalkulation des bestehenden Tarifs neu ermittelt. Der Antrag muss innerhalb einer Frist von einem Monat nach der Einstellungsmitteilung bei uns eingegangen sein.
- (11) Wird nach Ablauf der *VERSICHERUNGSDAUER* eine Berufsunfähigkeit angezeigt, die vor Ablauf der *VERSICHERUNGSDAUER* eingetreten ist, entsteht ein Leistungsanspruch aus dem Vertrag, sofern die *LEISTUNGSDAUER* noch nicht abgelaufen ist. Entsprechendes gilt für den Fall, dass eine innerhalb der *VERSICHERUNGSDAUER* fällig gewordene Leistung auf Rente und Beitragsbefreiung infolge Wegfalls der Leistungsvoraussetzung erloschen ist und nach Ablauf der *VERSICHERUNGSDAUER* eine erneute Berufsunfähigkeit angezeigt wird, die ihren Ursprung in der ersten Berufsunfähigkeit hat. Der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente und Befreiung von der Beitragszahlungspflicht entsteht zu dem im Absatz 1 genannten Zeitpunkt.
- (12) Bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen. Auf Antrag werden wir Ihnen diese Beiträge bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht stunden und hierfür keine Stundungszinsen erheben.

Sollten wir Ihren Leistungsanspruch nicht anerkennen, sind die gestundeten Beiträge nachzuzahlen. Die gestundeten Beiträge können durch eine Vertragsänderung oder durch eine Verrechnung mit einem Guthaben oder vorhandenen Überschüssen ausgeglichen werden. Auf Antrag können die gestundeten Beiträge auch zinslos in Raten über einen Zeitraum von bis zu 12 Monaten gezahlt werden.

- (13) Der Versicherungsschutz besteht weltweit.
- (14) Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus.
- (15) Es kann sich eine Leistung aus der Überschussbeteiligung ergeben (siehe § 6).

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

Berufsunfähigkeit

- (1) Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die *VERSICHERTE PERSON* infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen ihren zuletzt ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war - nicht mehr zu mindestens 50 % ausüben kann und auch keine andere Tätigkeit konkret ausübt (konkrete Verweisung), die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Auf eine *ABSTRAKTE VERWEISUNG* verzichten wir.

Ein Berufswechsel ist uns nicht anzuzeigen. Es genügt, wenn uns ein Berufswechsel nach Anzeige eines eingetretenen Versicherungsfalls im Rahmen der dann abzugebenden Beschreibung des zuletzt ausgeübten Berufs bekannt wird (siehe § 11 Absatz 1 c).

Konkret ausgeübte Tätigkeit

Übt die *VERSICHERTE PERSON* eine andere Tätigkeit konkret aus, die sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten ausüben kann und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht, liegt keine Berufsunfähigkeit vor. Eine der bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit darf keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordern und auch hinsichtlich der Vergütung und Wertschätzung nicht spürbar unter das Niveau des bislang ausgeübten Berufs absinken. Die dabei für die *VERSICHERTE PERSON* zumutbare Einkommenseinbuße wird von uns je nach Lage des Einzelfalls unter Beachtung der höchstrichterlichen Rechtsprechung auf eine Größe zwischen 15 % und maximal 20 % im Vergleich zum jährlichen Bruttoeinkommen (bei Selbständigen der durchschnittliche Gewinn vor Steuern der letzten drei Jahre) im zuletzt vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung ausgeübten Beruf begrenzt. Nachdem sich die prozentuale Einkommensminderung unterschiedlich belastend auswirken kann, werden die Höhe des jährlichen Einkommens im zuletzt vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung ausgeübten Beruf und die familiären Verhältnisse (z.B. Unterhaltspflichten, Alleinverdiener) bei der Vergleichsbetrachtung entsprechend berücksichtigt.

Selbstständige

- (2) Bei Selbstständigen liegt keine Berufsunfähigkeit vor, wenn die *VERSICHERTE PERSON* als Selbstständige ihren Tätigkeitsbereich in wirtschaftlich zumutbarer Weise umorganisieren kann. Zumutbar ist eine Umorganisation nur, wenn der *VERSICHERTEN PERSON* ein sinnvolles Tätigkeitsfeld verbleibt und ihre Lebensstellung als Betriebsinhaber gewahrt ist und die Einkommensveränderungen nach der Umorganisation nicht auf Dauer zu einer deutlichen Verschlechterung führen. Die dabei für die *VERSICHERTE PERSON* zumutbare Einkommenseinbuße wird von uns je nach Lage des Einzelfalls unter Beachtung der höchstrichterlichen Rechtsprechung auf eine Größe zwischen 15 % und maximal 20 % im Vergleich des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern der letzten drei Jahre vor Eintritt der Berufsunfähigkeit begrenzt. Nachdem sich die prozentuale Einkommensminderung unterschiedlich belastend auswirken kann, werden die Höhe des jährlichen Gewinns vor Steuern der letzten drei Jahre vor Eintritt der Berufsunfähigkeit und die familiären Verhältnisse (z.B. Unterhaltspflichten, Alleinverdiener) bei der Vergleichsbetrachtung entsprechend berücksichtigt.

Bei einer Betriebsgröße von bis zu fünf Mitarbeitern (hierzu zählen der Betriebsinhaber und die Beschäftigten) verzichten wir auf eine Prüfung der Umorganisation.

Eine Umorganisation ist ausgeschlossen, wenn sie zu Lasten der Gesundheit erfolgt.

- (3) Kann nicht festgestellt werden, dass die Berufsunfähigkeit voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen andauern wird, so gilt es als Berufsunfähigkeit von Beginn an, wenn die Berufsunfähigkeit gemäß § 2 Absatz 1 tatsächlich länger als sechs Monate angedauert hat.

Ausscheiden aus dem Berufsleben

- (4) Scheidet die *VERSICHERTE PERSON* vorübergehend oder endgültig aus dem Berufsleben aus, besteht weiterhin Versicherungsschutz aus der Berufsunfähigkeits-Versicherung. Für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit gilt die zuletzt konkret ausgeübte berufliche Tätigkeit der *VERSICHERTEN PERSON* und die damit verbundene Lebensstellung gemäß § 2 Absatz 1.

Auf eine *ABSTRAKTE VERWEISUNG* verzichten wir.

Beamtenklausel

- (5) Der Beamte im öffentlichen Dienst gilt auch dann als berufsunfähig, wenn er vor Erreichen der gesetzlich vorgesehenen Altersgrenze ausschließlich infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall aufgrund eines amtsärztlichen Zeugnisses wegen allgemeiner Dienstunfähigkeit entlassen oder in den Ruhestand versetzt wird. Die Leistungspflicht bei Berufsunfähigkeit wegen Dienstunfähigkeit gemäß Satz 1 besteht bis zur Reaktivierung, längstens bis zum Ablauf der vereinbarten *LEISTUNGSDAUER*. Übt der infolge seines Gesundheitszustandes wegen Dienstunfähigkeit vorzeitig entlassene Beamte konkret eine andere Tätigkeit im Sinne von § 2 Absatz 1 aus, liegt keine Berufsunfähigkeit mehr vor.
- (6) Die vorstehenden Regelungen zur Dienstunfähigkeit von Beamten im öffentlichen Dienst (siehe Absatz 5) gelten für Richter entsprechend.

Hausfrauen/Hausmänner

- (7) Die Tätigkeit von Hausfrauen bzw. Hausmännern sehen wir als Beruf an.

Auszubildende

- (8) Bei Auszubildenden in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf wird bei Prüfung der Berufsunfähigkeit der mit der Ausbildung angestrebte Beruf und die damit verbundene Lebensstellung zugrunde gelegt.

Infektionsklausel

- (9) Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn eine auf gesetzlichen Vorschriften oder behördlicher Anordnung beruhende Verfügung der *VERSICHERTEN PERSON* verbietet, wegen einer Infektionsgefahr ihre berufliche Tätigkeit auszuüben (vollständiges Tätigkeitsverbot) und sich dieses vollständige Tätigkeitsverbot auf einen ununterbrochenen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erstreckt. Zum Nachweis des Vorliegens eines vollständigen Tätigkeitsverbotes ist u. a. die Verfügung im Original oder in amtlich beglaubigter Form vorzulegen.

Studentenklausel

- (10) Wenn die *VERSICHERTE PERSON* als Student
 - an einer staatlich anerkannten Universität, Fachhochschule oder Berufsakademie immatrikuliert ist,
 - der angestrebte akademische Studienabschluss in Deutschland anerkannt ist und
 - keine berufliche Tätigkeit im Sinne von § 2 Absatz 1 ausübt, die über ein geringfügiges bzw. auf die Semesterferien befristetes Beschäftigungsverhältnis hinausgeht,

beurteilt sich die Berufsunfähigkeit wie folgt:

Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die *VERSICHERTE PERSON* ausschließlich infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % außerstande sein wird, oder sie bereits seit mindestens sechs Monaten ununterbrochen zu mindestens 50 % außerstande war, ihr Studium fortzusetzen.

Berufsunfähigkeit bei Studenten liegt nicht oder nicht mehr vor, wenn die *VERSICHERTE PERSON*

- wieder ihr Studium aufnimmt oder ein anderes Studium beginnt oder
- eine berufliche Tätigkeit aufnimmt, die der Lebensstellung der *VERSICHERTEN PERSON* entspricht.

Bei Studenten, die noch nicht die Hälfte der Regelstudienzeit nach der Studienordnung absolviert haben, wird die Lebensstellung zugrunde gelegt, die vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung bestanden hat.

Bei Studenten, die mindestens die Hälfte der Regelstudienzeit nach der Studienordnung absolviert haben, wird die Lebensstellung zugrunde gelegt, die mit dem erfolgreichen Abschluss des Studiums erreicht wird.

Schülerklausel

(11) Wenn sich die *VERSICHERTE PERSON* als Schüler

- in Schulausbildung an einer staatlich anerkannten Schule ohne speziellen Förderbedarf befindet (ein spezieller Förderbedarf liegt bei Schülern vor, wenn der Besuch einer Förder- oder Sonderschule oder sonderpädagogische Maßnahmen z. B. aufgrund einer Lernbehinderung, geistigen oder körperlichen Behinderung erforderlich sind) und
- weder eine abgeschlossene Berufsausbildung, noch ein abgeschlossenes Studium absolviert hat

beurteilt sich die Berufsunfähigkeit wie folgt:

Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die *VERSICHERTE PERSON* ausschließlich infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen mindestens zu 50 % außerstande ist, am regulären Schulunterricht teilzunehmen und auch keine andere Tätigkeit konkret ausübt (konkrete Verweisung), die ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Berufsunfähigkeit bei Schülern liegt nicht bzw. nicht mehr vor, wenn die *VERSICHERTE PERSON*

- wieder im Rahmen ihrer Schulausbildung am regulären Schulunterricht teilnimmt. Wir verzichten auf die Möglichkeit einer *ABSTRAKTEN VERWEISUNG* auf eine andere Schulform,
- eine Berufsausbildung oder ein Studium (einschließlich dualer und Fern-Studiengänge) beginnt oder
- eine berufliche Tätigkeit aufnimmt. Als berufliche Tätigkeit gelten nicht geringfügige Beschäftigungsverhältnisse (z. B. Minijob oder Ein-Euro-Job) oder die Aufnahme einer Tätigkeit in einer besonderen Einrichtung für behinderte Menschen,
- ohne gesundheitlichen Anlass lediglich die Schule wechselt oder das Schuljahr wiederholt.

Berufsunfähigkeit infolge dauerhafter Erwerbsminderung

(12) Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, solange die *VERSICHERTE PERSON* nach den Bestimmungen der Deutschen Rentenversicherung oder eines vergleichbaren berufsständischen Versorgungsträgers ausschließlich infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall als vollständig und dauerhaft erwerbsgemindert gilt und des-

wegen unbefristet eine volle Erwerbsminderungsrente erhält. Die *VERSICHERTE PERSON* muss bei Beginn der Rentenzahlung durch die Deutsche Rentenversicherung oder eines vergleichbaren berufsständischen Versorgungswerkes das 50. Lebensjahr vollendet haben. Ferner darf die verbleibende *LEISTUNGSDAUER* höchstens noch zehn Jahre betragen. Der Nachweis über eine Schwerbehinderung (z. B. Anerkenntnis durch ein Versorgungsamt) genügt nicht.

Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit

(13) Ist die *VERSICHERTE PERSON* sechs Monate ununterbrochen mindestens im Umfang von einem Pflegepunkt pflegebedürftig gewesen und deswegen täglich gepflegt worden, gilt dieser Zustand von Beginn an als Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit gemäß § 1 Absatz 7.

Pflegebedürftigkeit gemäß § 1 Absatz 7 liegt auch vor, wenn die versicherte Person voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen mindestens im Umfang von einem Pflegepunkt pflegebedürftig sein wird.

(14) Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die *VERSICHERTE PERSON* infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, so hilflos ist, dass sie für die in Absatz 15 genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

(15) Bewertungsmaßstab für die Einstufung des Pflegefalls sind Art und Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung wird die nachstehende Pflegepunktetabelle zugrunde gelegt:

Die *VERSICHERTE PERSON* benötigt Hilfe beim ...

Fortbewegen im Zimmer 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die *VERSICHERTE PERSON* - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - die Unterstützung einer anderen Person benötigt, um sich an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortzubewegen.

Aufstehen und Zubettgehen 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die *VERSICHERTE PERSON* nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.

An- und Auskleiden 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die *VERSICHERTE PERSON* - auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die *VERSICHERTE PERSON* - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - nicht ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufnehmen kann.

Waschen 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die *VERSICHERTE PERSON* - auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Wannengriffen oder einem Wannenslift - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person waschen kann, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt. Die Unfähigkeit, ins Badezimmer zu gelangen, gilt nicht als Hilfebedarf.

Verrichten der Notdurft 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die *VERSICHERTE PERSON* die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie

- sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
- ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil

- der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

Besteht eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Hilfsmitteln wie Windeln, speziellen Einlagen, einem Katheter oder einem Kolostomiebeutel ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor, solange die *VERSICHERTE PERSON* dieser Hilfsmittel zur Verrichtung der Notdurft nicht auf die Hilfe einer anderen Person angewiesen ist.

Unabhängig von der Bewertung aufgrund der Punkttabelle leisten wir, wenn die *VERSICHERTE PERSON* dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann oder wenn die *VERSICHERTE PERSON* der Bewahrung bedarf. Bewahrung liegt vor, wenn die *VERSICHERTE PERSON* wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb dauernd beaufsichtigt werden muss.

- (16) Unabhängig von einer Pflegebedürftigkeit gemäß Absatz 13, liegt Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit auch dann vor, wenn die *VERSICHERTE PERSON* wegen mittelschwerer oder schwerer Hirnleistungsstörungen, die durch Krankheit oder Körperverletzung entstanden sind, sich oder andere erheblich gefährdet und deshalb dauernder Beaufsichtigung bedarf.

Eine mittelschwere oder schwere Demenz setzt den Verlust geistiger Fähigkeiten voraus, die sich auf das Denk-, Erkennungs-, Erinnerungs- und Orientierungsvermögen auswirken. Leichte und mäßige Hirnleistungsstörungen sind keine mittelschwere oder schwere Demenz im obigen Sinn und erfüllen die Leistungsvoraussetzungen nicht.

Die Pflegebedürftigkeit infolge Demenz ist ärztlich nachzuweisen.

Die Diagnose der demenziellen Erkrankung und die Beurteilung des Schweregrades der kognitiven Beeinträchtigung müssen unter Nutzung zeitgemäßer Diagnoseverfahren und standardisierter Testverfahren von einem Experten für solche Krankheitsbilder (Facharzt für Neurologie) durchgeführt werden. Es muss mindestens der Schweregrad 5 gemäß der Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg oder ein entsprechender Schweregrad einer alternativen, anerkannten Demenzbeurteilungsskala vorliegen.

- (17) Vorübergehende akute Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung. Vorübergehende Besserungen bleiben ebenfalls unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

§ 3 Welche Leistungen erbringen wir bei Arbeitsunfähigkeit?

- (1) Wird die *VERSICHERTE PERSON* während der *VERSICHERUNGSDAUER* arbeitsunfähig (siehe § 4), erbringen wir für die in den Absätzen 2 bis 4 genannte Dauer folgende Leistungen:
- a) Wir zahlen eine Rente in Höhe der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente.
 - b) Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für die Berufsunfähigkeits-Versicherung.
 - c) bei Einschluss der Option Leistungsdynamik: Wurde eine planmäßige Erhöhung der Rente im Leistungsfall (Leistungsdynamik) vereinbart, wird während der Arbeitsunfähigkeit die vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit versicherte Rente unabhängig von den jeweils festgesetzten Überschussanteilsätzen (siehe § 6)

jährlich um den hierfür vereinbarten Prozentsatz erhöht. Die Erhöhung der Rente erfolgt jeweils zum Versicherungsjahrestag.

- (2) Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit werden jeweils befristet bis zum Ablauf des Monats erbracht, für den ärztliche Bescheinigungen wegen Arbeitsunfähigkeit (siehe § 12) vollständig vorgelegt werden. Dabei akzeptieren wir nach Ablauf der „Sechsmonatsfrist“ Bescheinigungen bis zu zwei Monate in die Zukunft. § 2 Absatz 3 gilt nicht bei Arbeitsunfähigkeit.
- (3) Die *LEISTUNGSDAUER* bei Arbeitsunfähigkeit ist auf maximal 18 Monate beschränkt. Ist die *VERSICHERTE PERSON* mehrfach arbeitsunfähig im Sinne dieser Bedingungen, gilt die Beschränkung auf 18 Monate für alle eintretenden Arbeitsunfähigkeiten.
- (4) Die Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit (Rente und Beitragsbefreiung) erbringen wir, solange
- die *VERSICHERTE PERSON* ununterbrochen arbeitsunfähig gemäß § 4 Absatz 1 ist;
 - diese Arbeitsunfähigkeit während der *VERSICHERUNGSDAUER* eingetreten und die *LEISTUNGSDAUER* der Berufsunfähigkeits-Versicherung nach § 1 Absatz 1 noch nicht abgelaufen ist;
 - wir noch keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit gemäß § 2 erbringen;
 - die *VERSICHERTE PERSON* lebt und
 - die maximale *LEISTUNGSDAUER* bei Arbeitsunfähigkeit von insgesamt 18 Monaten gemäß Absatz 3 nicht überschritten ist.

Für die Beitragsbefreiung gilt:

Endet die *BEITRAGSZAHLDAUER* vor der *LEISTUNGSDAUER*, endet die Befreiung von der Beitragszahlungspflicht in jedem Fall mit dem Ende der *BEITRAGSZAHLUNGSDAUER*.

- (5) Der Antrag auf Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit ist innerhalb des Zeitraumes zu stellen, in dem die jeweilige ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit bestand.
- (6) Wenn wir die Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit einstellen, besteht kein Anspruch auf Zahlung einer Wiedereingliederungshilfe (§ 1 Absatz 5) oder Umorganisationshilfe (§ 1 Absatz 6). Die Bestimmungen zur Kapitalleistung infolge unfallbedingter Berufsunfähigkeit (§ 1 Absatz 3) oder die Leistungen bei Eintritt einer versicherten schweren Krankheit (§ 1 Absatz 4) finden bei Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit keine Anwendung.
- (7) Arbeitsversuche im Rahmen einer stufenweise Wiedereingliederung nach § 74 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V), gelten nicht als Unterbrechung der Arbeitsunfähigkeit.

§ 4 Was ist Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

- (1) Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die *VERSICHERTE PERSON* für einen ununterbrochenen Zeitraum von mindestens sechs Monaten aufgrund von Krankheit oder Körperverletzung Ihren zuletzt ausgeübten Beruf nicht mehr ausüben konnte. Dies muss durch (fach-)ärztliche Bescheinigungen gemäß § 12 belegt werden.
- (2) Vertraglich vereinbarte Leistungseinschränkungen für Art und Umfang des Versicherungsschutzes gelten auch für die Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit.

§ 5 Wann entsteht der Anspruch auf Leistung bei Arbeitsunfähigkeit?

- (1) Der Anspruch auf Rente und Befreiung von der Beitragszahlungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit gemäß § 4 entsteht

rückwirkend mit Ablauf des Monats, in den der Beginn der ersten ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit fällt.

- (2) Wenn und solange Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erbracht werden, besteht kein Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit. Ein gleichzeitiger Bezug von Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit und Berufsunfähigkeit ist ausgeschlossen. Wenn Berufsunfähigkeit vorliegt, werden die Leistungen bei Berufsunfähigkeit mit den für diesen Zeitraum bereits vorher erbrachten Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit verrechnet. Auf den maximalen 18-monatigen Leistungszeitraum bei Arbeitsunfähigkeit werden dann diese Zeiträume, für die ursprünglich Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit erbracht wurden, nicht angerechnet.
- (3) Die Regelungen zu zeitlich befristeten Anerkennnissen gemäß § 14 Absatz 2 und 3 gelten nicht für Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit.
- (4) Der Bezug von Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit bedingt nicht automatisch auch einen Anspruch auf Leistungen bei Berufsunfähigkeit. Beide Leistungen werden unabhängig voneinander geprüft. Dies gilt auch dann, wenn die Arbeitsunfähigkeit bereits sechs Monate und länger bestanden hat.

§ 6 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

- (1) Wir beteiligen Sie an dem Überschuss und an den *BEWERTUNGSRESERVEN* (Überschussbeteiligung). Die Leistung aus der Überschussbeteiligung kann auch Null Euro betragen. In den nachfolgenden Absätzen erläutern wir Ihnen,
 - wie wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens ermitteln und wie wir diesen verwenden (Absatz 2),
 - wie Ihr Vertrag an dem Überschuss beteiligt wird (Absätze 3 und 4),
 - wie *BEWERTUNGSRESERVEN* entstehen und wie wir diese Ihrem Vertrag zuordnen (Absätze 5 und 6),
 - warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung Ihres Vertrages nicht garantieren können (Absatz 7) und
 - wie wir Sie über die Überschussbeteiligung informieren (Absätze 8 und 9).

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

- (2) Den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens (Rohüberschuss) ermitteln wir nach handels- und aufsichtsrechtlichen Vorschriften. Mit der Feststellung des Jahresabschlusses legen wir fest, welcher Teil des Rohüberschusses für die Überschussbeteiligung aller überschussberechtigten Verträge zur Verfügung steht. Dabei beachten wir die aufsichtsrechtlichen Vorgaben, derzeit insbesondere die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung).

Den danach zur Verfügung stehenden Teil des Rohüberschusses führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit wir ihn nicht als Direktgutschrift unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungsverträgen gutgeschrieben haben. Sinn der Rückstellung für Beitragsrückerstattung ist es, Schwankungen des Überschusses über die Jahre auszugleichen. Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dürfen wir grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der *VERSICHERUNGSNEHMER* verwenden. Nur in gesetzlich festgelegten Ausnahmefällen können wir hiervon mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde abweichen.

Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrages am Überschuss ergeben sich aus der Zuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht.

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

Wie wird Ihr Vertrag an dem Überschuss beteiligt?

- (3) Bei der Verteilung des Überschusses auf die einzelnen Verträge wenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren an. Hierzu bilden wir innerhalb der Bestandsgruppen Gewinnverbände.

Ihr Vertrag gehört zur Bestandsgruppe Einzel-Berufsunfähigkeitsversicherung. Wir verteilen den Überschuss in dem Maß, wie die Bestandsgruppen zu seiner Entstehung beigetragen haben. Hat eine Bestandsgruppe nicht zur Entstehung des Überschusses beigetragen, besteht insoweit kein Anspruch auf Überschussbeteiligung.

Wurde Ihr Vertrag auf der Grundlage eines Kollektivvertrages oder eines Kollektivrahmenvertrages abgeschlossen, gehört der Vertrag abweichend von obiger Regelung zur Bestandsgruppe Übrige Kollektiv-Versicherungen.

- (4) Der Vorstand legt jedes Jahr auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars fest, wie der Überschuss auf die Bestandsgruppen verteilt wird und setzt die entsprechenden Überschussanteilsätze fest (Überschussdeklaration). Dabei achtet er darauf, dass die Verteilung verursachungsorientiert erfolgt.

Ihr Vertrag erhält auf der Grundlage der Überschussdeklaration Anteile an dem auf Ihre Bestandsgruppe entfallenden Teil des Überschusses. Die Mittel hierfür werden bei der Direktgutschrift zulasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen.

Der einzelne Vertrag erhält ab Beginn laufende Überschussanteile in Prozent des Tarifbeitrags. Diese werden in der Regel mit den Beiträgen verrechnet. Sie können jedoch mit uns auch die verzinsliche Ansammlung dieser Überschussanteile vereinbaren.

Beitragsfrei gestellte Verträge erhalten an jedem Bilanztermin (31.12.) Überschüsse in Prozent des Deckungskapitals am vorausgegangenen Bilanztermin, die verzinslich angesammelt werden.

In der Rentenbezugszeit werden die anfallenden jährlichen Überschussanteile zur Erhöhung der laufenden Rente verwendet. Nach Ablauf eines Jahres wird die Rente jeweils am Versicherungsjahrestag um den deklarierten Prozentsatz der erreichten Rente erhöht.

Bei Abgang des Vertrages durch Kündigung wird der Stand eines Ansammlungsguthabens ausgezahlt.

Wie entstehen *BEWERTUNGSRESERVEN* und wie ordnen wir diese Ihrem Vertrag zu?

- (5) *BEWERTUNGSRESERVEN* entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über ihrem jeweiligen handelsrechtlichen Buchwert liegt.

Da vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung stehen, um Kapital zu bilden, entstehen auch keine oder nur geringfügige *BEWERTUNGSRESERVEN*. Dennoch entstehende *BEWERTUNGSRESERVEN*, die nach den maßgebenden rechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ordnen wir den Verträgen anteilig rechnerisch zu. Dabei wenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren an.

Die Höhe der *BEWERTUNGSRESERVEN* ermitteln wir jährlich neu, zusätzlich ermitteln wir die Höhe der *BEWERTUNGSRESERVEN* auch für den Zeitpunkt der Beendigung Ihres Vertrages.

- (6) Bei Beendigung Ihres Vertrages (etwa durch Kündigung mit Auszahlung eines etwaigen Ansammlungsguthabens oder Tod) gilt Folgendes: Wir teilen Ihrem Vertrag dann den für diesen Zeitpunkt zugeordneten Anteil an den *BEWERTUNGSRESERVEN* gemäß der jeweils geltenden gesetzlichen Regelung zu und zahlen diesen bei Beendigung aus.

Bei Verträgen mit Sofortverrechnung der Überschüsse mit den Beiträgen fallen keine *BEWERTUNGSRESERVEN* an.

Diese Verträge erhalten deshalb bei Beendigung auch keine *BEWERTUNGSRESERVEN* ausgezahlt.

Bei Verträgen mit verzinslicher Ansammlung der Überschüsse ermitteln wir zunächst die bei Beendigung des Vertrages im Unternehmen vorhandenen, verteilungsfähigen *BEWERTUNGSRESERVEN* nach handelsrechtlichen bzw. aufsichtsrechtlichen Vorgaben und nach einem verursachungsorientierten Verfahren.

Die für die Bewertung der Kapitalanlagen zugrunde gelegten Stichtage werden jedes Jahr für das darauffolgende Jahr bestimmt und im Anhang des Geschäftsberichts veröffentlicht.

Für die Ermittlung des auf Ihren Vertrag entfallenden Anteils an den verteilungsfähigen *BEWERTUNGSRESERVEN* wird jährlich der sich aus Ihrem Vertrag ergebende Zinsträger (Gesamtleistung) errechnet. Bei Beendigung Ihres Vertrages errechnet sich Ihr Anteil an den verteilungsfähigen *BEWERTUNGSRESERVEN* aus dem Verhältnis der über die Jahre gebildeten Gesamtleistungen Ihres Vertrages zu den Gesamtleistungen aller anspruchsberechtigten Verträge.

Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den *BEWERTUNGSRESERVEN* ganz oder teilweise entfällt.

Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

- (7) Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab, die nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar sind. Einflussfaktoren sind insbesondere die Entwicklung des Berufsunfähigkeitsrisikos, des Kapitalmarkts und der Kosten.

Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch Null Euro betragen.

Wie informieren wir über die Überschussbeteiligung?

- (8) Die festgelegten Überschussanteilsätze veröffentlichen wir jährlich in unserem Geschäftsbericht. Diesen finden Sie auf unserer Internetseite oder Sie können ihn bei uns anfordern.

§ 7 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie den Vertrag mit uns abgeschlossen haben. Jedoch besteht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn kein Versicherungsschutz. Allerdings kann unsere Leistungspflicht entfallen, wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen (siehe § 19 Absatz 2 und 3 und § 20).

§ 8 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht.

Eintritt der Berufsunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit oder einer versicherten schweren Krankheit

- (1) Es besteht jedoch kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsfall verursacht ist:

- a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse oder einen Bürgerkrieg während der Laufzeit des Vertrages.

Unsere Leistungspflicht ist nicht ausgeschlossen, wenn die *VERSICHERTE PERSON* in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder einem Bürgerkrieg berufsunfähig wird, denen sie während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

Für Angehörige von Streitkräften wie z.B. der deutschen Bundeswehr oder anderer staatlich organisierter Einsatzkräfte wie z.B. der Polizei des Bundes oder der Länder gilt zusätzlich zu obigen Leistungsaus-schlüssen folgendes:

Nicht mitversichert ist ein unmittelbar oder mittelbar verursachter Versicherungsfall durch die Teilnahme an Einsätzen mit Mandat der NATO oder UNO. Dazu gehören auch Auslandseinsätze unter nationaler Verantwortung mit vergleichbarem Gefährdungspotential. Die Verwendung für humanitäre Hilfsdienste und Hilfeleistungen ist von dieser Leistungseinschränkung nicht erfasst, sofern die *VERSICHERTE PERSON* dabei nicht in bewaffnete Unternehmungen einbezogen ist;

- b) durch innere Unruhen, sofern die *VERSICHERTE PERSON* auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
- c) durch *VORSÄTZLICHE* Ausführung oder den Versuch einer Straftat durch die *VERSICHERTE PERSON*. *FAHRLÄSSIGE* und *GROB FAHRLÄSSIGE* Verstöße bzw. Verkehrsverstöße, die eine Ordnungswidrigkeit darstellen, sind vom Ausschluss nicht betroffen;
- d) durch folgende von der *VERSICHERTEN PERSON* vorgenommene Handlungen
- absichtliche Herbeiführung von Krankheit,
 - absichtliche Herbeiführung von Kräfteverfall,
 - absichtliche Selbstverletzung oder
 - versuchte Selbsttötung.

Wir werden jedoch leisten, wenn uns nachgewiesen wird, dass die *VERSICHERTE PERSON* diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat;

- e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als *VERSICHERUNGSNEHMER* oder mit der der Bezugsberechtigter *VORSÄTZLICH* die Berufsunfähigkeit der *VERSICHERTEN PERSON* herbeigeführt haben bzw. hat;
- f) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden, dass zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Behörde tätig wurde;
- g) unmittelbar oder mittelbar durch den *VORSÄTZLICHEN* Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder durch den *VORSÄTZLICHEN* Einsatz oder das *VORSÄTZLICHE* Freisetzen von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen.

Der Ausschluss unserer Leistungspflicht für die unter den Punkten f) und g) genannten Großschadensereignisse im Zusammenhang mit Kernenergie oder radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen besteht nur dann, wenn

- die Freisetzung von Strahlen in Folge von Kernenergie (vgl. Punkt f)) geeignet ist oder
- der Einsatz oder die Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen (vgl. Punkt g)) darauf gerichtet sind,

das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Die Gefährdung muss dabei zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führen, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist. Dies ist der Fall, wenn mehr als 1 ‰ des Versichertenbestandes davon betroffen ist. Das Vorliegen der Voraussetzungen muss von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt werden.

Eintritt der unfallbedingten Berufsunfähigkeit

(2) Es besteht kein Anspruch auf eine Kapitalleistung bei unfallbedingter Berufsunfähigkeit, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist, durch:

- a) Unfälle durch Geistes- und Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit oder Drogenkonsum beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der *VERSICHERTEN PERSON* ergreifen.
- b) Unfälle, die der *VERSICHERTEN PERSON* dadurch zustoßen, dass sie *VORSÄTZLICH* eine Straftat ausführt oder versucht.
- c) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegereignisse Bürgerkriege oder durch innere Unruhen während der Laufzeit des Vertrages verursacht sind.

Hat die *VERSICHERTE PERSON* ihren ständigen Wohnsitz in einem Staat der Europäischen Union, Norwegen oder der Schweiz, gilt der Ausschluss für innere Unruhen in diesen Staaten nur, sofern die *VERSICHERTE PERSON* auf Seiten der Unruhestifter aktiv teilgenommen hat.

Ist die *VERSICHERTE PERSON* außerhalb des Staates, in dem sie ihren ständigen Wohnsitz hat, unmittelbar oder mittelbar Kriegsereignissen, Bürgerkrieg oder inneren Unruhen ausgesetzt, besteht Versicherungsschutz für die Dauer von bis zu 10 Tagen. Voraussetzung ist, dass die *VERSICHERTE PERSON* nicht auf Seiten der Unruhestifter aktiv teilgenommen hat.

Nach Ablauf von 10 Tagen ab Beginn der Gefährdung durch Kriegsereignisse, Bürgerkriege oder innere Unruhen besteht der Versicherungsschutz nur, solange die *VERSICHERTE PERSON* aus nicht durch sie zu vertretenen und objektiv nachvollziehbaren Gründen daran gehindert ist, das Gefahrengebiet zu verlassen.

Falls der Aufenthalt im Gefahrengebiet in Verbindung mit einem beruflichen Anlass steht, bleibt es bei dem allgemeinen Ausschluss unserer Leistungspflicht durch Kriegsereignisse, Bürgerkriege oder innere Unruhen.

Für Angehörige von Streitkräften wie z.B. der deutschen Bundeswehr oder anderer staatlich organisierter Einsatzkräfte wie z.B. der Polizei des Bundes oder der Länder gilt zusätzlich zu obigen Leistungsausschlüssen folgendes:

Nicht mitversichert ist eine unmittelbar oder mittelbar verursachte Berufsunfähigkeit durch die Teilnahme an Einsätzen mit Mandat der NATO oder UNO. Dazu gehören auch Auslandseinsätze unter nationaler Verantwortung mit vergleichbarem Gefährdungspotential. Die Verwendung für humanitäre Hilfsdienste und Hilfeleistungen ist von dieser Leistungseinschränkung nicht erfasst, sofern die *VERSICHERTE PERSON* dabei nicht in bewaffnete Unternehmungen einbezogen ist;

- d) Unfälle der *VERSICHERTEN PERSON*
 - als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit dieser nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt;

- sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;
 - bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges ausübenden beruflichen Tätigkeit;
 - bei einer Benutzung von Raumfahrzeugen.
- e) Unfälle, die der *VERSICHERTEN PERSON* dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

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

Vorvertragliche Anzeigepflicht

(1) Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in *TEXTFORM* gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen.

Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen erheblich sind.

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

(2) Soll eine andere Person für den Fall einer Berufsunfähigkeit versichert werden, ist auch diese neben Ihnen – zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.

(3) Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder *ARGLISTIG* handelt, werden Sie behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder *ARGLISTIG* gehandelt.

Rechtsfolgen der Anzeigepflichtverletzung

(4) Nachfolgend informieren wir Sie, unter welchen Voraussetzungen wir bei einer Verletzung der Anzeigepflicht

- vom Vertrag zurücktreten,
- den Vertrag kündigen,
- den Vertrag anpassen oder
- den Vertrag wegen *ARGLISTIGER* Täuschung anfechten können.

Rücktritt

(5) Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, können wir vom Vertrag zurücktreten. Das Rücktrittsrecht besteht nicht, wenn weder eine *VORSÄTZLICHE* noch eine *GROB FAHRLÄSSIGE* Anzeigepflichtverletzung vorliegt. Selbst wenn die Anzeigepflicht *GROB FAHRLÄSSIG* verletzt wird, haben wir trotzdem kein Rücktrittsrecht, falls wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

(6) Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz. Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalles zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung trotzdem bestehen: Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der

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

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

- (7) Wenn der Vertrag durch Rücktritt aufgehoben wird, erlischt der Vertrag. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

- (8) Wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder *VORSÄTZLICH* noch *GROB FAHRLÄSSIG* erfolgt ist, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Auf unser Kündigungsrecht verzichten wir, wenn Sie uns nachweisen, dass die Anzeigepflichtverletzung unverschuldet erfolgt ist.
- (9) Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.
- (10) Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt er sich mit der Kündigung nach Maßgabe des § 21 in einen beitragsfreien Vertrag um.

Vertragsanpassung

- (11) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten (siehe Absatz 5 und Absatz 9), werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode (siehe § 19 Absatz 2 Satz 3) Vertragsbestandteil. Auf unser Recht zur Vertragsanpassung verzichten wir, wenn Sie uns nachweisen, dass die Anzeigepflichtverletzung unverschuldet erfolgt ist.
- (12) Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung über die Vertragsanpassung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn
- wir im Rahmen einer Vertragsanpassung den Beitrag um mehr als 10 % erhöhen oder
 - wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

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

Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

- (13) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in *TEXTFORM* auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.
- (14) Wir haben kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kennen.
- (15) Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nur innerhalb eines Monats geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.
- (16) Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder

zur Vertragsanpassung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Ist die Anzeigepflicht *VORSÄTZLICH* oder *ARGLISTIG* verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

- (17) Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrages durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist. Handelt es sich um Angaben der *VERSICHERTEN PERSON*, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Absatz 7 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung / Wiederherstellung der Versicherung

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

Erklärungsempfänger

- (19) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsanpassung sowie zur Anfechtung üben wir durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Tod ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist kein Bezugsberechtigter vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins als bevollmächtigt ansehen, die Erklärung entgegenzunehmen.

Anzeigepflicht bei Nachversicherungsgarantie

- (20) Vorstehende Absätze finden entsprechend auch für Verträge Anwendung, die im Zusammenhang mit der Nachversicherungsgarantie (§ 26) zustande gekommen sind. Die bei Abschluss des zugrunde liegenden Vertrages durchgeführte Gesundheitsprüfung bildet die Grundlage für die Schließung des zugrunde liegenden Vertrages sowie für Verträge aufgrund der Nachversicherungsgarantie. Wir verzichten bei Abschluss des Vertrages im Rahmen der Nachversicherungsgarantie auf eine erneute Gesundheitsprüfung im Vertrauen darauf, dass Sie uns bei Schließung des zugrunde liegenden Vertrages alle bekannten Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, vollständig und richtig angezeigt haben. Sollte sich Ihr Gesundheitszustand nach Schließung des zugrunde liegenden Vertrages verschlechtert haben, müssen Sie uns dies daher nicht anzeigen.

Stellen wir bei dem zugrundeliegenden Vertrag eine Anzeigepflichtverletzung fest und treten wir deshalb von diesem Vertrag zurück, kündigen diesen, fechten diesen an oder führen eine Vertragsanpassung durch, teilt der Vertrag im Rahmen der Nachversicherungsgarantie das rechtliche Schicksal des zugrundeliegenden Vertrages. Entfällt daher unsere Leistungspflicht aus dem zugrundeliegenden Vertrag, wird dieser durch Rücktritt oder Anfechtung aufgehoben oder wird eine Kündigung oder Vertragsanpassung durchgeführt, gilt dies entsprechend auch für den im Rahmen der Nachversicherungsgarantie geschlossenen Vertrag.

§ 10 Was gilt bei einer Gefahrerhöhung nach Vertragsschluss?

Nach Vertragsschluss (also dem Zugang unserer Annahmeerklärung bei Ihnen) verzichten wir auf die Anwendung der §§ 23 bis 26 VVG. Das heißt, dass Sie uns nach Vertragsschluss gefahrerhöhende Umstände (z.B. die Aufnahme des

Rauchens oder einer neuen Freizeitaktivität) nicht mitteilen müssen.

§ 11 Was ist zu beachten, wenn eine Leistung bei Berufsunfähigkeit oder versicherter schwerer Krankheit verlangt wird?

(1) Wird eine **Leistung wegen Berufsunfähigkeit** aus dem Vertrag beansprucht, müssen uns anschließend *UNVERZÜGLICH* auf Kosten des Ansprucherhebenden folgende Auskünfte, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, gegeben und Nachweise sowie die Auskunft nach § 24 vorgelegt werden:

- a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
- b) ausführliche Berichte der Ärzte und anderer Heilbehandler, die die *VERSICHERTE PERSON* gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens der *VERSICHERTEN PERSON* sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit oder über Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit;
- c) eine Beschreibung des zuletzt ausgeübten Berufs der *VERSICHERTEN PERSON*, deren Stellung und Tätigkeit vor und im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über danach eingetretenen Veränderungen. Hierzu zählen auch Nachweise über die wirtschaftlichen und finanziellen Verhältnisse und ihre Veränderungen;
- d) bei Studenten sind eine gültige Immatrikulationsbescheinigung sowie geeignete Nachweise (z.B. Studienbuch), dass die Voraussetzungen gemäß § 2 Absatz 10 erfüllt sind, vorzulegen. Erfolgreiche Studienabschlüsse sind durch entsprechende Zeugnisse zu belegen;
- e) Angaben über Einkommen aus beruflicher Tätigkeit; Hierzu zählen auch Nachweise über die wirtschaftlichen und finanziellen Verhältnisse und ihre Veränderungen zum Zeitpunkt des Abschlusses des Vertrages sowie bei Eintritt des Versicherungsfalles;
- f) bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege;
- g) eine Aufstellung
 - der Ärzte, anderer Heilbehandler, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die *VERSICHERTE PERSON* in Behandlung war, ist oder – sofern bekannt – sein wird,
 - der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger oder sonstiger Versorgungsträger, bei denen die *VERSICHERTE PERSON* ebenfalls Leistungen wegen Berufsunfähigkeit geltend machen könnte,
 - über den derzeitigen Arbeitgeber und frühere Arbeitgeber der *VERSICHERTEN PERSON*.

(2) Wird eine **Leistung wegen einer versicherten schweren Krankheit** aus dem Vertrag beansprucht, müssen uns *UNVERZÜGLICH* auf Kosten des Ansprucherhebenden folgende Auskünfte, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, gegeben und Nachweise vorgelegt werden:

- eine ausführliche fachärztliche Diagnosestellung über die versicherte schwere Krankheit wie sie bei der jeweiligen versicherten schweren Krankheit gemäß Anlage 1 vorgesehen ist bzw.
- ausführliche Berichte der Fachärzte, die die *VERSICHERTE PERSON* gegenwärtig behandeln bzw.

behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer der versicherten schweren Krankheit bzw.

- die fachärztliche Indikation und der Operationsbericht für eine Operation, die als versicherte schwere Krankheit gemäß Anlage 1 definiert ist.

(3) Zur Feststellung unserer Leistungspflicht können wir weitere erforderliche Auskünfte und Unterlagen von Krankenhäusern sowie sonstigen Krankenanstalten, bei denen die *VERSICHERTE PERSON* in Behandlung war oder sein wird, sowie notwendige Nachweise – auch über wirtschaftliche Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen. Außerdem dürfen wir erforderliche Auskünfte und Unterlagen von Personenversicherern, Berufsgenossenschaften, gesetzlichen Krankenkassen sowie von den Arbeitgebern der *VERSICHERTEN PERSON* sowie von Behörden anfordern, soweit wir dazu befugt sind. Auf unsere Kosten können wir ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte oder andere Heilbehandler in Auftrag geben.

Hat die *VERSICHERTE PERSON* bei Abgabe der Vertragserklärung oder im Rahmen der Leistungsprüfung hierzu ihre generelle Einwilligung erteilt, werden wir sie vor der Erhebung einer solchen Auskunft informieren. Die *VERSICHERTE PERSON* kann der Erhebung widersprechen oder jederzeit verlangen, dass diese Erhebung von Daten nur erfolgt, wenn sie jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt hat. Die *VERSICHERTE PERSON* kann die erforderlichen Auskünfte und Aufklärungen auch selbst beschaffen.

Erhalten wir die zur Feststellung unserer Leistungspflicht notwendigen Auskünfte und Unterlagen nicht, kann dies dazu führen, dass die Erhebungen nicht abgeschlossen werden können und die Versicherungsleistung nicht fällig wird, d.h. wir auch keine Leistungen erbringen müssen.

(4) Hält sich die *VERSICHERTE PERSON* im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir alle üblichen Kosten, die im Zusammenhang mit diesen Untersuchungen stehen (z.B. Reise- und Unterbringungskosten). Unter den üblichen Reise- und Unterbringungskosten verstehen wir – falls erforderlich - die Reisekosten gemäß Bahnfahrt 2. Klasse und Flug in der economy class sowie Unterbringung in einem Mittelklassehotel (3 Sterne).

(5) Die *VERSICHERTE PERSON* ist dazu verpflichtet, geeignete Hilfsmittel (z. B. Sehhilfe, Prothese) zu verwenden und zumutbare Heilbehandlungen vorzunehmen, die eine wesentliche Besserung ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung erwarten lassen. Zumutbar sind Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind. Heilbehandlungen, die mit einem operativen Eingriff verbunden sind, sehen wir in diesem Zusammenhang als nicht zumutbar an.

(6) Unsere Leistungen werden fällig, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und unserer Leistungspflicht notwendig sind. Wenn Sie eine der in Absatz 1 bis 5 genannten Pflichten nicht erfüllen, kann dies zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine Pflichtverletzung kann somit dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird.

(7) Für eine Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Absatz 1 bis 5 gilt § 16.

(8) Bei Überweisungen von Leistungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums trägt die empfangsberechtigte Person die damit verbundene Gefahr.

§ 12 Was ist zu beachten, wenn eine Leistung bei Arbeitsunfähigkeit verlangt wird?

(1) Wird eine Leistung wegen Arbeitsunfähigkeit aus dem Vertrag beansprucht, müssen uns *UNVERZÜGLICH* die folgenden Unterlagen sowie die Auskunft nach § 24 vorgelegt werden:

- a) für Personen, für die ein gesetzlicher Anspruch auf Entgeltfortzahlung, ein Anspruch auf Krankentagegeld oder eine Anzeigepflicht der Arbeitsunfähigkeit gegenüber der Agentur für Arbeit besteht, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen entsprechend der in Deutschland geltenden gesetzlichen Bestimmungen und Richtlinien der Krankenkassen;
- b) für andere Personen (wie z.B. Selbständige ohne gesetzlichen Krankengeldanspruch oder Beamte des öffentlichen Dienstes) entsprechende privatärztliche Berichte, wie etwa Bescheinigungen zur Beantragung von Krankentagegeld oder Dienstunfähigkeitsbescheinigungen;
- c) für nicht erwerbstätige Personen (wie z. B. Hausfrauen/Hausmänner oder Studenten) entsprechende vergleichbare ärztliche Bescheinigungen;
- d) soweit vorliegend, amts- oder betriebsärztliche Bescheinigungen sowie Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse (MDK) oder der Agentur für Arbeit sowie Gesundheitszeugnisse.

(2) Die Bescheinigungen nach Absatz 1 müssen von einem in Deutschland zugelassenen, dort praktizierenden und dort ansässigen Arzt ausgestellt worden sein. Der Arzt darf nicht zugleich *VERSICHERUNGSNEHMER* oder *VERSICHERTE PERSON* sein bzw. in einem Verwandtschaftsverhältnis zu diesen stehen.

(3) Pro Leistungsfall ist mindestens eine Bescheinigung nach Absatz 1 über die Arbeitsunfähigkeit von einem Facharzt der entsprechenden Fachrichtung auszustellen.

Sämtliche Bescheinigungen müssen Angaben zu Beginn und voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit sowie zu der bzw. den zugrundeliegenden Diagnosen entsprechend den aktuellen in Deutschland gültigen Bestimmungen und Richtlinien der Krankenkassen (Diagnoseschlüssel nach der jeweils geltenden internationalen Klassifikation – ICD) enthalten.

(4) Abschluss- und/oder Entlassungsberichte über eine Anschlussheilbehandlung bzw. eine medizinische Rehabilitation auf Kosten der gesetzlichen Sozialversicherung gelten – sofern dort eine Arbeitsunfähigkeit bestätigt wird – ebenfalls als Nachweis für das Vorliegen bzw. Fortbestehen einer Arbeitsunfähigkeit bis zur Beendigung dieser Heilbehandlung.

(5) Die Kosten für die in Absatz 1 bis 4 erforderlichen Nachweise hat der Anspruchserhebende zu tragen.

(6) Zur Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, weitere Auskünfte und Unterlagen von Krankenhäusern sowie sonstigen Krankenanstalten, bei denen die *VERSICHERTE PERSON* in Behandlung war oder sein wird, sowie notwendige Nachweise – auch über wirtschaftliche Verhältnisse und ihre Veränderungen – zu verlangen. Außerdem dürfen wir Auskünfte und Unterlagen von Personenversicherern, Berufsgenossenschaften, gesetzlichen Krankenkassen sowie von den Arbeitgebern der *VERSICHERTEN PERSON* sowie von Behörden anfordern. Auf unsere Kosten können wir ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte oder andere Heilbehandler in Auftrag geben.

Hat die *VERSICHERTE PERSON* bei Abgabe der Vertragserklärung oder im Rahmen der Leistungsprüfung hierzu ihre Einwilligung erteilt, werden wir sie vor der Erhebung einer solchen Auskunft informieren. Die *VERSICHERTE PERSON*

kann der Erhebung widersprechen oder jederzeit verlangen, dass diese Erhebung von Daten nur erfolgt, wenn sie jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt hat. Die *VERSICHERTE PERSON* kann die erforderlichen Auskünfte und Aufklärungen auch selbst beschaffen.

Erhalten wir die zur Feststellung unserer Leistungspflicht notwendigen Auskünfte und Unterlagen nicht, kann dies dazu führen, dass die Erhebungen nicht abgeschlossen werden können und die Versicherungsleistung nicht fällig wird, d.h. wir auch keine Leistungen erbringen müssen.

(7) Unsere Leistungen werden fällig, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und unserer Leistungspflicht notwendig sind. Wenn Sie eine der in Absatz 1 bis 6 genannten Pflichten nicht erfüllen, kann dies zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine Pflichtverletzung kann somit dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird.

(8) Für eine Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Absatz 1 bis 6 gilt § 16.

(9) Bei Überweisungen von Leistungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums trägt die empfangsberechtigte Person die damit verbundene Gefahr.

§ 13 Wie unterstützen wir Sie, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit verlangt werden?

Werden Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung beansprucht, unterstützen wir den *VERSICHERUNGSNEHMER* bzw. die *VERSICHERTE PERSON* auf Wunsch kostenfrei bei Fragen:

- zur Beantragung von Versicherungsleistungen;
- zum Verfahren der Leistungsprüfung;
- zur Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
- zur Beschreibung der zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit der *VERSICHERTEN PERSON* und den eingetretenen Veränderungen;
- zum Umfang der Versicherungsleistungen.

Die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte (siehe § 11) können wir auf Wunsch der *VERSICHERTEN PERSON* auch im Rahmen eines persönlichen Gesprächs aufnehmen. Gerne können Sie uns hierzu anrufen. Alle erforderlichen Formulare, mit welchen Sie Ihren Antrag auf Leistungen begründen können, erhalten Sie direkt von uns oder dem von uns beauftragten Dienstleister.

Wir unterstützen Sie im gleichen Umfang, wenn wir Ihnen zunächst befristet die vereinbarten Leistungen erbringen konnten und Sie auch über diesen Zeitraum hinaus Leistungen beantragen.

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

(1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in *TEXTFORM*, ob und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen.

(2) Wir können unsere Leistungspflicht bei Berufsunfähigkeit einmalig zeitlich befristet für einen Zeitraum bis zu 12 Monaten anerkennen, wenn hierfür ein sachlicher Grund besteht, den wir Ihnen mitteilen werden. Bis zum Ablauf der Frist ist dieses Anerkenntnis für uns bindend; eine Nachprüfung ist während der Befristung ausgeschlossen.

(3) Grundsätzlich erfolgt die Anerkennung unserer Leistungspflicht bei Berufsunfähigkeit ohne zeitliche Befristung. Eine Befristung unserer Leistungspflicht bei Berufsunfähigkeit

higkeit werden wir nur in begründeten Einzelfällen vornehmen, beispielsweise wenn nicht geklärt ist, ob die *VERSICHERTE PERSON* eine andere Tätigkeit im Sinne von § 2 Absatz 1 ausübt, wenn noch ergänzende Untersuchungen oder Begutachtungen erforderlich sind oder aus medizinischen, beruflichen bzw. betrieblichen Gründen (z.B. ausstehender Abschluss einer medizinischen Behandlung oder einer Rehabilitationsmaßnahme, Abschluss einer Einarbeitung oder Fortbildung, Möglichkeit der Umorganisation bei Selbstständigen) ein Ende der Berufsunfähigkeit zum Ablauf der Befristung zu erwarten ist.

Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich befristete Anerkennnis für uns bindend. Wir führen innerhalb dieses Zeitraums keine Nachprüfung der Berufsunfähigkeit durch. Nach Ablauf der Befristung teilen wir dem *VERSICHERUNGSNEHMER* bzw. der *VERSICHERTEN PERSON* unangefordert in *TEXTFORM* mit, welche Auskünfte und Nachweise erforderlich sind, wenn weitere Leistungsansprüche erhoben werden.

- (4) Während der Prüfung Ihres Anspruchs auf Leistung aus der Berufsunfähigkeitsversicherung werden wir Sie jeweils innerhalb von drei Wochen nach Eingang von Unterlagen gemäß § 11 über erforderliche weitere Prüfungsschritte bzw. fehlende Unterlagen informieren. Liegen uns alle für unsere Leistungsentscheidung erforderlichen Unterlagen gemäß § 11 vor, so entscheiden wir innerhalb von drei Wochen über unsere Leistungspflicht. Solange Unterlagen noch ausstehen, informieren wir Sie spätestens alle vier Wochen über den Sachstand der Leistungsprüfung.
- (5) Der Anspruch auf die Leistungen muss innerhalb der Verjährungsfrist von drei Jahren gerichtlich geltend gemacht werden, um den Eintritt der Verjährung zu vermeiden. Die Frist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch auf die Leistungen entstanden ist und Sie von den Umständen, die den Anspruch begründen, Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen mussten.

§ 15 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

Nachprüfung

- (1) Wenn wir unsere Leistungspflicht unbefristet anerkannt haben oder sie gerichtlich festgestellt worden ist, sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit oder das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit und das Fortleben der *VERSICHERTEN PERSON* nachzuprüfen. Dabei können wir erneut prüfen, ob die *VERSICHERTE PERSON* eine andere Tätigkeit im Sinne von § 2 ausübt, wobei neu erworbene berufliche Kenntnisse und Fähigkeiten zu berücksichtigen sind.
- (2) Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte anfordern und einmal jährlich verlangen, dass sich die *VERSICHERTE PERSON* durch von uns beauftragte Ärzte umfassend untersuchen lässt. Hierbei anfallende Kosten sind von uns zu tragen. Die Bestimmungen des § 11 Absatz 2 bis 4 gelten entsprechend.
- (3) Beamte des öffentlichen Dienstes, die aufgrund eines amtsärztlichen Zeugnisses wegen allgemeiner Dienstunfähigkeit vorzeitig in den Ruhestand versetzt worden sind und Leistungen auf der Grundlage von § 2 Absatz 5 erhalten, erhalten die versicherte Leistung aufgrund von Berufsunfähigkeit solange die Versorgungsbezüge fortlaufend gezahlt werden. In diesem Fall genügt der Nachweis über die Fortzahlung der Versorgungsbezüge.

Mitteilungspflicht

- (4) Sie müssen uns *UNVERZÜGLICH* mitteilen, wenn eine berufliche Tätigkeit wieder aufgenommen wird bzw. sich die Art oder der Umfang der Tätigkeit ändert.

Leistungsfreiheit

- (5) Wir sind leistungsfrei, wenn wir feststellen, dass die in § 1 und § 2 genannten Voraussetzungen der Leistungspflicht entfallen sind und wir Ihnen diese Veränderung in *TEXTFORM* darlegen. Unsere Leistungen können wir mit Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen einstellen. Ab diesem Zeitpunkt müssen Sie auch die Beiträge wieder zahlen.
- (6) Liegt Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit vor und ist der Umfang der Pflegebedürftigkeit unter das Ausmaß von einem Pflegepunkt gesunken, stellen wir unsere Leistungen ein. Absatz 4 Satz 2 und 3 gelten entsprechend.

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

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 11, § 12 und § 15 von Ihnen, der *VERSICHERTEN PERSON* oder dem Ansprucherhebenden *VORSÄTZLICH* nicht erfüllt wird, leisten wir nicht. Bei *GROB FAHRLÄSSIG* Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in *TEXTFORM* auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Weisen Sie nach, dass die Mitwirkungspflicht nicht *GROB FAHRLÄSSIG* verletzt worden ist, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen.

Die Ansprüche bleiben auch bestehen, soweit Sie uns nachweisen, dass die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Das gilt nicht, wenn die Mitwirkungspflicht *ARGLISTIG* verletzt wird.

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

§ 17 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

- (1) Wir können Ihnen den Versicherungsschein in *TEXTFORM* übermitteln. Stellen wir diesen als Dokument in Papierform aus, dann liegt eine Urkunde vor. Sie können die Ausstellung als Urkunde verlangen.
- (2) Den Inhaber der Urkunde können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Vertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber der Urkunde seine Berechtigung nachweist.

§ 18 Wer erhält die Leistung?

- (1) Als unser *VERSICHERUNGSNEHMER* können Sie bestimmen, wer die Leistung erhält. Wenn sie keine Bestimmungen treffen, leisten wir an Sie.

Bezugsberechtigung

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

Wenn Sie ein Bezugsrecht **widerruflich** bestimmen, erwirbt der Bezugsberechtigte das Recht auf die Leistung erst mit dem Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls. Deshalb können Sie Ihre Bestimmung bis zum Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls jederzeit widerrufen. Wenn wir Renten zahlen, tritt mit jeder Fälligkeit einer Rente ein eigener Versicherungsfall ein.

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

Abtretung und Verpfändung

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

Anzeige

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

§ 19 Was müssen Sie bei Beitragszahlungen beachten?

- (1) Die Beiträge zu Ihrem Vertrag können Sie je nach Vereinbarung monatlich, viertel-, halbjährlich oder jährlich zahlen (laufende Beitragszahlung).
- (2) Den ersten Beitrag müssen Sie *UNVERZÜGLICH* nach Abschluss des Vertrages zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden jeweils zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig. Die Versicherungsperiode umfasst bei Jahreszahlung ein Jahr, ansonsten entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.
- (3) Sie haben den Beitrag rechtzeitig gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag (Absatz 2) alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Wenn die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart wurde, gilt die Zahlung in folgendem Fall als rechtzeitig:
- Der Beitrag konnte am Fälligkeitstag eingezogen werden und
 - Sie haben einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen.

Konnten wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie *UNVERZÜGLICH* nach unserer Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des *LAST-SCHRIFTVERFAHRENS* zu verlangen.

- (4) Sie müssen die Beiträge auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten zahlen.
- (5) Für eine Stundung der Beiträge ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich.
- (6) Bei Fälligkeit einer Leistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

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

Erster Beitrag

- (1) Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir - solange die Zahlung nicht bewirkt ist - vom Vertrag zurücktreten. In diesem Fall können wir von Ihnen die Kosten für ärztliche Untersuchungen im Rahmen einer Gesundheitsprüfung verlangen. Wir sind nicht zum Rücktritt berechtigt, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.
- (2) Zusätzlich können wir eine Pauschale in Höhe von 10 % der Beiträge des ersten Versicherungsjahres für die Bearbeitung Ihres Vertrages erheben. Wir haben uns bei der

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

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

Folgebeitrag

- (4) Zahlen Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in *TEXTFORM* eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.
- (5) Für einen Versicherungsfall, der nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintritt, entfällt oder vermindert sich der Versicherungsschutz, wenn Sie sich bei Eintritt des Versicherungsfalles noch mit der Zahlung in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.
- (6) Nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn Sie sich noch immer mit den Beiträgen, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Sie wird dann automatisch mit Ablauf der Frist wirksam, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt noch immer mit der Zahlung in Verzug sind. Auf diese Rechtsfolge müssen wir Sie ebenfalls hinweisen.

Im Fall der Kündigung wandelt sich der Vertrag in eine beitragsfreie Versicherung entsprechend § 21 um.

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

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

§ 21 Wann können Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen oder kündigen?

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

- (1) Sie können jederzeit in *TEXTFORM* verlangen, zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (siehe § 19 Absatz 2 Satz 3) ganz oder teilweise von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Fall setzen wir die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente sowie ggf. die Zusatzleistungen ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Leistung herab. Diese wird nach folgenden Gesichtspunkten berechnet:
- nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den *RECHNUNGSGRUNDLAGEN* für die Beitragskalkulation
 - für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode.

Abzug

(2) Der aus Ihrem Vertrag für die Bildung der beitragsfreien Leistungen zur Verfügung stehende Betrag mindert sich um rückständige Beiträge. Außerdem nehmen wir einen Abzug vor. Eine Tabelle über die Höhe des Abzugs in Euro finden Sie in den Informationen zum Versicherungsangebot. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug bei Beitragsfreistellung finden Sie in der beigefügten „Anlage 2 zu den Versicherungsbedingungen zum Abzug bei Beitragsfreistellung Ihres Vertrages“. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Darüber hinaus dient der Abzug dem Ausgleich der bisher durch die Überschussbeteiligung gewährten Beitragsreduzierung. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihres Verlangens der Beitragsfreistellung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

(3) Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihres Vertrages sind wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (siehe § 22) keine oder nur geringe Beträge zur Bildung einer beitragsfreien Leistung vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Leistung zur Verfügung. Nähere Informationen zur Höhe der beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente und zum Abzug können Sie der Tabelle entnehmen, die Bestandteil der Informationen zum Versicherungsangebot ist.

(4) Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht verlangt und erreicht die nach Absatz 1 zu berechnende beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente den Mindestbetrag von 50 EUR Monatsrente nicht, erhalten Sie statt der beitragsfreien Rente – soweit vorhanden – den Rückkaufswert entsprechend § 169 VVG, und der Vertrag endet.

Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht können Sie nur verlangen, wenn die verbleibende beitragspflichtige versicherte Berufsunfähigkeitsrente mindestens 75 EUR monatlich beträgt.

(5) Der Rückkaufswert mindert sich um rückständige Beiträge. Außerdem nehmen wir einen Abzug vor. Eine Tabelle über die Höhe des Abzugs in Euro finden Sie in den Informationen zum Versicherungsangebot. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Darüber hinaus dient der Abzug dem Ausgleich der bisher durch die Überschussbeteiligung gewährten Beitragsreduzierung. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug bei Beitragsfreistellung finden Sie in der beigefügten „Anlage 2 zu den Versicherungsbedingungen zum Abzug bei Beitragsfreistellung Ihres Vertrages“. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihres Verlangens der Beitragsfreistellung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

(6) Ist die *VERSICHERTE PERSON* zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung berufsuntfähig, bleiben Ansprüche aufgrund bereits vor Beitragsfreistellung eingetretener Berufsunfähigkeit unberührt.

Wiederinkraftsetzung

(7) Den beitragsfreien Vertrag können Sie ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder in Kraft setzen, wenn seit dem Zeitpunkt der Beitragsfreistellung noch keine 6 Monate vergangen sind, der Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist und der gesamte Beitragsrückstand ausgeglichen wird. Der in Absatz 2 genannte Abzug wird Ihrem Vertrag gutgeschrieben.

Nach Vereinbarung können Sie nicht gezahlte Beiträge in einem Betrag oder innerhalb eines Zeitraumes von 12 Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten zinslos nachzahlen. Alternativ können Sie beantragen, dass ein eventuell vorhandenes Überschussguthaben um die nicht gezahlten Beiträge reduziert wird.

Kündigung

(8) Sie können Ihre Berufsunfähigkeits-Versicherung jederzeit zum Schluss der Versicherungsperiode (siehe § 19 Absatz 2 Satz 3) in *TEXTFORM* kündigen.

Kündigen Sie Ihren Vertrag hängt die Wirkung auf Ihren Vertrag davon ab, ob die *VERSICHERTE PERSON* zum Zeitpunkt der Kündigung berufsuntfähig ist:

- Ist die *VERSICHERTE PERSON* zum Zeitpunkt der Kündigung berufsuntfähig, bleiben Ansprüche aus Ihrem Vertrag davon unberührt. Daher wird bei Kündigung die laufende Berufsunfähigkeitsrente weitergezahlt.
- Ist die *VERSICHERTE PERSON* zum Zeitpunkt der Kündigung nicht berufsuntfähig, erlischt der Vertrag bei Kündigung.

Wenn Sie den Vertrag kündigen, haben Sie keinen Anspruch auf einen Rückkaufswert.

Die Kündigung Ihres Vertrages kann daher mit Nachteilen verbunden sein.

Keine Beitragsrückzahlung

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

§ 22 Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?

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

Zu den **Abschluss- und Vertriebskosten** gehören insbesondere Abschlussprovisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschluss- und Vertriebskosten die Kosten für die Antragsprüfung und die Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen. Zu den **übrigen Kosten** gehören insbesondere die Verwaltungskosten.

Die Höhe der einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten und der darin enthaltenen Verwaltungskosten können Sie dem Produktinformationsblatt entnehmen, das Bestandteil Ihres Versicherungsangebotes ist.

Abschluss- und Vertriebskosten

(2) Wir wenden auf Ihren Vertrag das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung an. Das bedeutet, dass wir die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten heranziehen. Dies gilt jedoch nicht für den Teil der ersten Beiträge, der für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und aufgrund von gesetzlichen Regelungen für die Bildung einer Deckungsrückstellung bestimmt ist. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungs-

rückstellungsverordnung auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt.

Übrige Kosten

- (3) Die übrigen Kosten werden über die gesamte Vertragslaufzeit verteilt.
- (4) Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihres Vertrages nur geringe Beträge zur Bildung der beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente vorhanden sind (siehe § 21). Nähere Informationen zur beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente können Sie der Tabelle entnehmen, die Bestandteil der Informationen zum Versicherungsangebot ist.

§ 23 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift oder Ihres Namens?

Eine Änderung Ihres Namens oder Ihrer Postanschrift müssen Sie uns *UNVERZÜGLICH* mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen. Wir sind berechtigt, eine an Sie zu richtende Erklärung (z.B. Setzen einer Zahlungsfrist) mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift zu senden. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie den Vertrag in Ihrem Gewerbebetrieb abgeschlossen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

§ 24 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?

- (1) Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen
 - bei Vertragsabschluss,
 - bei Änderung nach Vertragsabschluss oder
 - auf Nachfrage

UNVERZÜGLICH zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich sind.

- (2) Notwendige Informationen im Sinne von Absatz 1 sind beispielsweise Umstände, die für die Beurteilung
 - Ihrer persönlichen steuerlichen Ansässigkeit,
 - der steuerlichen Ansässigkeit dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben und
 - der steuerlichen Ansässigkeit des Leistungsempfängers

maßgebend sein können.

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

- (3) Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, gilt Folgendes: Bei einer entsprechenden gesetzlichen Verpflichtung melden wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in und ausländischen Steuerbehörden. Dies gilt auch dann, wenn ggf. keine steuerliche Ansässigkeit im Ausland besteht.
- (4) Eine Verletzung Ihrer Auskunftspflichten gemäß den Absätzen 1 und 2 kann dazu führen, dass wir unsere Leistung nicht zahlen. Dies gilt solange, bis Sie uns die für die Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt haben.

§ 25 Welche anlassbezogenen Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

- (1) In folgenden Fällen stellen wir Ihnen pauschal anlassbezogene Kosten gesondert in Rechnung:
 - Erteilung einer Ersatzurkunde für den Versicherungsschein;
 - schriftlicher Fristsetzung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen;
 - Durchführung von Vertragsänderungen;
 - Rückläufern im *LASTSCHRIFTVERFAHREN*;
 - gebührenpflichtigen Auskünften, die von öffentlichen Stellen im Zuge der Leistungsabwicklung eingeholt werden müssen.

Die Höhe der Kosten können Sie der Kostentabelle entnehmen, die Bestandteil Ihrer Vertragsunterlagen ist.

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

- (2) Die Höhe der Kosten kann von uns nach billigem Ermessen (§ 315 des Bürgerlichen Gesetzbuches, BGB) für die Zukunft geändert werden. Die jeweils aktuelle Kostentabelle können Sie jederzeit bei uns anfordern.

§ 26 Unter welchen Voraussetzungen ist eine Nachversicherung ohne Gesundheitsprüfung möglich?

Ereignisabhängige Nachversicherungsgarantie

- (1) Durch die Nachversicherungsgarantie bleiben Sie in der Gestaltung Ihres Vertrages flexibel und können die versicherte Berufsunfähigkeitsrente während der Vertragslaufzeit den privaten und beruflichen Entwicklungen anpassen.

Sie haben das Recht, die versicherte Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung bei Nachweis folgender Ereignisse aufzustocken:

- Heirat der *VERSICHERTEN PERSON* oder Begründung einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft der *VERSICHERTEN PERSON* im Sinne des Gesetzes über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG);
- Geburt eines Kindes der *VERSICHERTEN PERSON*;
- Adoption eines minderjährigen Kindes durch die *VERSICHERTE PERSON*;
- Tod des Ehegatten oder des eingetragenen Lebenspartners im Sinne des LPartG der *VERSICHERTEN PERSON*;
- Ehescheidung oder Aufhebung der eingetragenen Lebenspartnerschaft im Sinne des LPartG der *VERSICHERTEN PERSON*;
- Aufnahme eines Studiums an einer staatlich anerkannten Universität, Fachhochschule oder Berufsakademie, dessen angestrebter Studienabschluss in Deutschland anerkannt ist;
- Erfolgreicher Abschluss einer Berufsausbildung oder eines staatlich anerkannten Studiums der *VERSICHERTEN PERSON*;
- Erfolgreicher Abschluss einer Berufsbildung (z. B. Facharzt Ausbildung, Promotion, Master, Meisterprüfung) der *VERSICHERTEN PERSON*, sofern sie eine der Berufsbildung entsprechende berufliche Tätigkeit ausübt;

- Erfolgreicher Abschluss des Vorbereitungsdienstes für das Lehramt an allgemeinbildenden und beruflichen Schulen (Referendariat) der *VERSICHERTEN PERSON* mit anschließender Aufnahme einer unbefristeten Schultätigkeit im Angestelltenverhältnis ohne Zusage auf eine spätere Verbeamtung;
- Erstmaler Wechsel der *VERSICHERTEN PERSON* in die berufliche Selbstständigkeit (Hauptberuf) in einem anerkannten Ausbildungsberuf;
- Bei sozialversicherungspflichtigen Angestellten Steigerung des jährlichen Bruttoarbeitseinkommens der *VERSICHERTEN PERSON* von mindestens 10 % im Vergleich zum Vorjahr;
- Bei beruflich Selbstständigen Steigerung des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern der letzten drei Jahre um mindestens 30 % im Vergleich zum durchschnittlichen Gewinn vor Steuer der drei davor liegenden Jahre;
- Aufnahme eines Darlehens im gewerblichen Bereich oder zur Finanzierung einer selbst genutzten Immobilie durch die *VERSICHERTE PERSON* in Höhe von mindestens 50.000 EUR;
- Befreiung des selbstständigen Handwerkers von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung zu dem Zeitpunkt, in dem die Mindestversicherungspflicht erfüllt ist;
- Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung.

Ereignisunabhängige Nachversicherungsgarantie

- (2) Sie haben das Recht, einmalig innerhalb der ersten fünf Versicherungsjahre die versicherte Berufsunfähigkeitsrente unabhängig von einem in Absatz 1 genannten Ereignis aufzustocken.

Weitere Regelungen für die Nachversicherungsgarantie

- (3) Das Recht auf Nachversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung ist ausgeschlossen, wenn bei Eintritt eines Ereignisses nach Absatz 1 oder einer ereignisunabhängigen Aufstockung nach Absatz 2
- die *VERSICHERTE PERSON* das 50. Lebensjahr bei ereignisabhängiger bzw. das 45. Lebensjahr bei ereignisunabhängiger Aufstockung vollendet hat;
 - die *VERSICHERTE PERSON* bereits berufsunfähig, vermindert erwerbsfähig bzw. arbeitsunfähig ist;
 - die *VERSICHERTE PERSON* einen Antrag auf Leistung wegen Berufsunfähigkeit, vermindert erwerbsfähig bzw. Arbeitsunfähigkeit gestellt hat;
 - der Vertrag beitragsfrei gestellt ist.
- (4) Für die Nachversicherungsgarantie gelten folgende Regelungen:
- a) Die Nachversicherung erfolgt auf Antrag, der bei einer ereignisabhängigen Nachversicherung innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt des jeweiligen Ereignisses bei uns eingegangen sein muss. Innerhalb dieser Frist müssen Sie uns auch den Eintritt des jeweiligen Ereignisses durch Vorlage geeigneter Nachweise (z.B. Einkommensunterlagen, Urkunden oder amtliche Bestätigungen) belegt haben.
- b) Die versicherte Jahresrente einer Nachversicherung muss zwischen 900 EUR und 6.000 EUR liegen, wobei eine Aufstockung der bei Vertragsabschluss versicherten Jahresrente je Aufstockung auf maximal 150 % begrenzt ist. Durch die Aufstockung darf außerdem die versicherte Gesamtjahresrente einer *VERSICHERTEN PERSON* den Betrag von 36.000 EUR nicht übersteigen. Die Gesamtjahresrente umfasst neben der bereits versicherten Rente auch sämtliche Renten aufgrund der Nachversicherungsgarantie.

- c) Die Gesamtjahresrente muss außerdem unter Berücksichtigung bereits bestehender Anwartschaften des Versicherten auf Versorgungsleistungen bei Berufsunfähigkeit/Erwerbsminderung aus privaten Verträgen und der betrieblichen Altersversorgung im Verhältnis zur Einkommenssituation des Versicherten finanziell angemessen sein. Dies ist nicht der Fall, wenn die gesamten Versorgungsanwartschaften des Versicherten mehr als 60 % des letzten jährlichen Bruttoarbeitseinkommens bei sozialversicherungspflichtig Beschäftigten bzw. mehr als 60 % des Vorjahresgewinns vor Steuern aus einer selbstständig ausgeübten Tätigkeit bei Selbstständigen bzw. mehr als 30 % der jährlichen Bruttobezüge des Vorjahrs bei Beamten oder Richtern betragen. Für Soldaten gelten die gleichen Einkommensgrenzen wie für Beamte. Ein entsprechendes Überprüfungsrecht behalten wir uns vor.
- d) Die einzelne Nachversicherung ist ein selbstständiger Vertrag, der zu einem für neu abzuschließende Berufsunfähigkeitsversicherungen geltenden, mit dem bisherigen vergleichbaren Tarif abgeschlossen wird. Für die Nachversicherung gelten die für den neuen Tarif maßgeblichen Versicherungsbedingungen mit Ausnahme einer dort eventuell vorgesehenen Nachversicherungsgarantie. Die Nachversicherung beinhaltet somit keinen weiteren Anspruch auf Nachversicherung. Der neue Vertrag wird für dieselbe *VERSICHERTE PERSON* wie bei dem zugrundeliegenden Vertrag abgeschlossen. Für die Nachversicherung gelten das gleiche Endalter der Vertrags- und *LEISTUNGSDAUER* sowie die Risikoeinstufung (insbesondere Leistungseinschränkungen, Beitragszuschläge) des zugrundeliegenden Vertrages. Der Nachversicherungsvertrag läuft über ganze Jahre und kann daher auch vor dem zugrundeliegenden Vertrag enden. Der Einschluss der planmäßigen Erhöhung der Beiträge und Leistungen (Beitragsdynamik) ist beim Nachversicherungsvertrag nicht möglich.
- (5) Für die von Ihnen zu beachtende Anzeigepflicht bei Abschluss eines Vertrages im Rahmen der Nachversicherungsgarantie gilt § 9.

§ 27 Welche Überbrückungsmöglichkeiten bestehen bei Zahlungsschwierigkeiten?

- (1) Zur Überbrückung von Zahlungsschwierigkeiten haben Sie frühestens nach Ablauf von sechs Monaten seit Vertragsbeginn auf Antrag und unter der Voraussetzung, dass der Versicherungsschutz aus dem Vertrag noch unverändert besteht, neben der Beitragsfreistellung (§ 21) das Recht, unter Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes für eine Übergangszeit von 6 Monaten eine Beitragsstundung zu erhalten.
- Erfolgt der Antrag auf Beitragsfreistellung frühestens nach Ablauf von 24 Monaten seit Vertragsbeginn, kann die Beitragsstundung für eine Übergangszeit von bis zu 24 Monaten erfolgen.
- (2) Darüber hinaus haben Sie das Recht, auf Antrag unter Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes für einen Übergangszeit von 24 Monaten eine zinslose Beitragsstundung zu erhalten, wenn Sie:
- arbeitslos sind,
 - sich in gesetzlicher Elternzeit befinden,
 - erwerbsgemindert oder pflegebedürftig sind.

Es muss der Bescheid oder Leistungsnachweis eines gesetzlichen Sozialversicherungsträgers oder Versorgungswerks vorliegen.

Wenn die genannten Anlässe enden, müssen Sie uns dies anzeigen. Danach endet die zinslose Stundung.

Der Antrag auf Beitragsstundung aufgrund der genannten Anlässe kann frühestens nach Ablauf von sechs Monaten seit Vertragsbeginn gestellt werden.

- (3) Nach Vereinbarung können Sie gestundete Beiträge in einem Betrag oder innerhalb eines Zeitraumes von 12 Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten zinslos nachzahlen. Alternativ können Sie beantragen, dass ein eventuell vorhandenes Überschussguthaben um die nicht gezahlten Beiträge reduziert wird.

§ 28 Was gilt für die Verlängerungsoption bei Erhöhung der gesetzlichen Regelaltersgrenze?

- (1) Erhöht sich die Regelaltersgrenze der *VERSICHERTEN PERSON* in der gesetzlichen Rentenversicherung um mindestens 12 Monate, haben Sie das Recht, Ihren Vertrag ohne erneute Gesundheitsprüfung an die neue Regelaltersgrenze der *VERSICHERTEN PERSON* anzupassen.

Durch die Verlängerung der *VERSICHERUNGSDAUER* erhöht sich Ihr Beitrag bei gleichbleibender Berufsunfähigkeitsrente.

- (2) Dieses Recht auf Verlängerung der *VERSICHERUNGSDAUER* auf die neue, erhöhte Regelaltersgrenze der *VERSICHERTEN PERSON* ist ausgeschlossen, wenn zum Zeitpunkt der Erhöhung der Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung:

- die *VERSICHERTE PERSON* bereits berufsunfähig bzw. vermindert erwerbsfähig ist;
- die *VERSICHERTE PERSON* einen Antrag auf Leistung wegen Berufsunfähigkeit bzw. verminderter Erwerbsfähigkeit gestellt hat;
- der Vertrag beitragsfrei gestellt ist;
- die verbleibende *VERSICHERUNGSDAUER* weniger als 5 Jahre beträgt;
- die *VERSICHERTE PERSON* älter als 50 Jahre ist;
- die zum Verlängerungszeitpunkt gültigen Annahmerichtlinien im konkreten Fall keine höheren Endalter zulassen.

- (3) Für die Verlängerungsoption gelten folgende Regelungen:

- a) Die Verlängerung der *VERSICHERUNGSDAUER* erfolgt auf Antrag in *TEXTFORM*, der innerhalb von zwölf Monaten nach Inkrafttreten der gesetzlichen Regelung zur Erhöhung der Regelaltersgrenze der *VERSICHERTEN PERSON* bei uns eingegangen sein muss.
- b) Die Verlängerung der *VERSICHERUNGSDAUER* erfolgt maximal um den Zeitraum, um den die gesetzliche Regelaltersgrenze der *VERSICHERTEN PERSON* erhöht wurde. Hierbei werden nur volle Jahre berücksichtigt (Beispiel: erhöht sich die individuelle Regelaltersgrenze um 16 Monate, erfolgt die Verlängerung der *VERSICHERUNGSDAUER* um 12 Monate).
- c) Die *RECHNUNGSGRUNDLAGEN* und die Risikoeinstufung (insbesondere Leistungseinschränkungen, Beitragszuschläge) des bestehenden Vertrages bleiben unverändert. Eine erneute Gesundheitsprüfung erfolgt nicht.
- d) Die Verlängerung erfolgt jeweils zum nächsten Jahrestag der Versicherung.
- e) Das Recht auf Verlängerung kann während der Beitragszahlungspflicht des Vertrages nur einmal in Anspruch genommen werden.

§ 29 Ist der Versicherte zu einer Anpassung des Beitrags berechtigt?

Von der Möglichkeit des § 163 VVG, die Beiträge bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen neu festzusetzen (zu erhöhen), machen wir keinen Gebrauch. Der vereinbarte Tarifbeitrag (ohne Verrechnung der Überschussanteile) ist somit garantiert.

§ 30 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 31 Wo ist der Gerichtsstand?

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

§ 32 Welche Auswirkungen hat die Unwirksamkeit von Bestimmungen?

Sollten eine oder mehrere Bestimmungen dieser Allgemeinen Bedingungen ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, wird dadurch die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt.

Anlage 1 zu den Versicherungsbedingungen zur Definition der versicherten schweren Krankheiten und Ereignisse Ihres Vertrages

(Stand 01/2019)

Allgemeiner Hinweis

Diese Anlage 1 ist Bestandteil der Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung mit Zusatz- und AU-Leistungen.

Wir haben versucht, die leistungsfallauslösenden Definitionen für Sie verständlicher zu machen. Aus diesem Grund sind den Definitionen laienverständliche Erläuterungen angefügt. Diese laienverständlichen Erläuterungen sind jedoch rechtlich nicht bindend. Der Anspruch auf Leistung hängt allein von der jeweiligen Definition, ggf. unter Berücksichtigung von Ausschlüssen ab.

Verzeichnis der versicherten schweren Krankheiten und Ereignisse:

1. Myokardinfarkt (Herzinfarkt)
2. Krebs
3. Schlaganfall
4. Chronisches Nierenversagen
5. Organ- oder Knochenmarkstransplantation
6. Lähmung von Gliedmaßen (Querschnittslähmung)
7. Koma
8. Hochgradige Sehbehinderung

1. Myokardinfarkt (Herzinfarkt)

Versichert ist die Diagnose eines Myokardinfarktes, der durch ein Absterben von Herzmuskelgewebe aufgrund einer unzureichenden Blutversorgung (Ischämie) der betroffenen Bereiche des Herzmuskels gekennzeichnet ist. Die Diagnose Myokardinfarkt basiert auf dem Anstieg der herzspezifischen Enzyme (Troponin oder CK-MB) über die vom jeweiligen Labor geltenden Grenzwerte, zusammen mit mindestens 2 der nachfolgend genannten Kriterien:

- Typische Symptome eines Myokardinfarktes (z.B. Schmerzen in der Brust)
- Veränderungen im Elektrokardiogramm (EKG), die einer frischen Ischämie entsprechen (z.B. neu aufgetretene ST-Streckenveränderungen oder neu aufgetretener Linksschenkelblock)
- Ausbildung von pathologischen Q-Zacken im Elektrokardiogramm (EKG)

Die Diagnose Myokardinfarkt muss durch einen Facharzt für Kardiologie bestätigt und durch entsprechende Befunde nachgewiesen werden.

Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind:

- Stabile oder instabile Angina Pectoris;
- Erhöhte Troponinwerte ohne offenkundige ischämische Herzerkrankung (gemäß der "Universal Definition of Myocardial Infarction" der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie von 2007);
- Myokardinfarkte bei normalen Herzkranzgefäßen oder bedingt durch Vasospasmen, Muskelbrücken oder in Zusammenhang mit Drogenkonsum;
- Myokardinfarkte innerhalb von 14 Tagen nach Durchführung einer Koronarangioplastie oder Bypass-Operation
- Entzündungen des Herzmuskels (Myokarditis).

Laienverständliche Erläuterung

Myokardinfarkt (Herzinfarkt)

Ein Herzinfarkt tritt auf, wenn ein Teil des Herzmuskels aufgrund einer Unterbrechung der Blutversorgung abstirbt. Häufigste Ursache eines Herzinfarktes ist ein Verschluss eines verkalkten Herzkranzgefäßes.

Ein Herzinfarkt liegt dann vor, wenn eine Reihe von verschiedenen diagnostischen Kriterien erfüllt sind. Im Blut müssen die sogenannten Herzenzyme erhöht sein. Herzenzyme sind Bestandteile der Herzmuskelzelle. Stirbt ein Teil des Herzmuskels bei einem Infarkt ab, so werden diese Enzyme in die Blutbahn freigesetzt und können dann im Rahmen einer Blutentnahme im Labor gemessen werden. Wird ein Anstieg der Herzenzyme über den oberen Normalwert registriert, so ist ein Herzinfarkt wahrscheinlich. Kommt es zu keinem Anstieg der Herzenzyme, so liegt auch kein Herzinfarkt vor. Als gesichert gilt die Diagnose Herzinfarkt erst dann, wenn neben dem Anstieg der Herzenzyme andere begleitende Faktoren vorliegen:

- typische Symptome (z.B. Brustschmerzen) oder
- typische Veränderungen im Elektrokardiogramm (EKG).

Versichert sind die Formen des Herzinfarktes, bei denen die Diagnose durch oben genannte Kriterien gesichert ist.

Schädigungen des Herzmuskels, die nicht auf eine Verengung oder einen Verschluss eines verkalkten Herzkranzgefäßes zurückzuführen sind, sind von der Versicherung ausgenommen. Ebenso sind Schädigungen des Herzmuskels, die bis zu 14 Tage nach medizinischen Behandlungen auftreten (Bypass-OP, Herzkatheteruntersuchung) nicht gedeckt.

2. Krebs – mit Ausnahme von Frühstadien

Versichert ist die Diagnose eines bösartigen Tumors (Krebs), der durch unkontrolliertes Wachstum maligner Zellen, Eindringen in umliegendes Gewebe sowie einer Tendenz zur Metastasierung gekennzeichnet ist. In die Deckung eingeschlossen sind Leukämien, bösartige Tumore des Lymphsystems (maligne Lymphome) und das myelodysplastische Syndrom.

Die Diagnose muss durch eine feingewebliche Untersuchung (Histologie) gesichert und von einem Facharzt bestätigt werden.

Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind nachfolgende frühe Krebsstadien oder Krebsvorstufen:

- Jeder Tumor, der histologisch als prä maligne, nicht-invasiv oder als Carcinoma in situ (einschließlich des ductalen Carcinoma in situ der Brust) eingestuft wird;
- Prostatakrebs, der histologisch nicht einen Gleason-Score über 6 oder nicht ein klinisches TNM-Stadium von mindestens T2N0M0 aufweist;
- Chronisch lymphatische Leukämie im Stadium Binet A;
- Basalzellkarzinom (Basaliom) und Plattenepithelkarzinom der Haut sowie das maligne Melanom Stadium IA (T1aN0M0);
- Schilddrüsenkrebs mit einer Tumorgröße von weniger als 1 cm Durchmesser und histologisch klassifiziert als T1N0M0;
- Papilläres Mikrokarzinom der Blase histologisch klassifiziert als Ta;
- Monoklonale Gammopathie unklarer Signifikanz;
- Polyzythämia rubra vera und essentielle Thrombozythämie;
- MALT-Lymphom des Magens bei ausschließlicher Behandlung mittels Helicobacter-Eradikation;
- Lymphom der Haut (kutanes Lymphom), außer bei Behandlung mit Chemotherapie und/oder Bestrahlung;
- Mikroinvasive Karzinome der Brust (histologisch klassifiziert als T1mic), außer bei Behandlung mittels Mastektomie;
- Mikroinvasive Karzinome der Zervix Uteri (histologisch klassifiziert als Stadium IA1), außer bei Behandlung mittels Hysterektomie, Chemotherapie oder Bestrahlung.

Laienverständliche Erläuterung

Krebs – mit Ausnahme von Frühstadien

Krebs ist ein Sammelbegriff für eine Vielzahl von Krankheiten, bei denen Körperzellen unkontrolliert wachsen und gesundes Gewebe verdrängen und zerstören können. Krebs wird in der Regel durch eine Gewebeentnahme (Biopsie) mit anschließender Gewebeuntersuchung (Histologie) diagnostiziert. Zusammen mit anderen diagnostischen Untersuchungen kann ebenfalls festgestellt werden, in welchem Stadium sich eine Krebserkrankung befindet und ob sich bereits Tochtergeschwülste (Metastasen) in den Lymphknoten oder anderen Organen gebildet haben. Alle Tumore, die histologisch gesichert als bösartig (maligne) klassifiziert wurden, in das umliegende Gewebe einwachsen oder bereits metastasiert sind, sind im Rahmen der Versicherung gedeckt. Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind gutartige (benigne) Tumore sowie sogenannte Krebsvorstufen (z.B. sogenannte Carcinoma in situ). Krebsvorstufen sind Tumore, die nicht alle Kriterien einer Krebserkrankung aufweisen. Gutartige Tumore

sowie Krebsvorstufen können in der Regel gut therapiert werden, haben exzellente Heilungschancen und sind deshalb vom Versicherungsschutz ausgenommen. Bei einzelnen Krebsarten (z.B. dem schwarzen Hautkrebs oder dem Prostatakrebs) sind ebenso Frühstadien von der Versicherung ausgenommen, da bei diesen Krebsarten die Frühstadien ebenso in der Regel gut therapiert werden können und exzellente Heilungschancen haben.

3. Schlaganfall – mit bleibenden neurologischen Ausfallerscheinungen

Versichert ist ein Schlaganfall, bei dem es zum Absterben von Hirngewebe durch eine intrakranielle Thrombose oder Blutung (einschließlich Subarachnoidalblutung) oder durch eine Embolie extrakraniellen Ursprungs kommt. Weiterhin muss der Schlaganfall gekennzeichnet sein durch:

- eine akut beginnende neurologische Symptomatik mit
- neuen, objektiv bestimmbaren neurologischen Ausfallerscheinungen bei der klinischen Untersuchung und
- über einen Zeitraum von 3 Monaten anhaltende neurologische Ausfallerscheinungen.

Als neurologische Ausfallerscheinung gelten Hör-, Seh-, Sprech- oder Schluckstörungen, Lähmungen, Geh- oder Koordinationsstörungen, Sensibilitätsstörungen, Tremor oder Bewusstseinsstörungen und Krampfanfälle. Auch gravierende Beeinträchtigungen der intellektuellen Fähigkeiten (z. B. Merkfähigkeits-, Konzentrationsstörungen, Persönlichkeitsveränderungen) fallen unter diesen Begriff.

Nicht unter den Begriff der neurologischen Ausfallerscheinungen fallen:

- Auffälligkeiten in der bildgebenden Diagnostik (z. B. Computertomographie des Gehirns), die keine eindeutige Verbindung zu einer klinischen Symptomatik aufweisen.
- Symptome, die auf psychische/psychiatrische Ursachen oder auf eine nicht im Rahmen der Versicherung gedeckte neurologische Erkrankung zurückzuführen sind.

Die Diagnose sowie die anhaltenden neurologischen Ausfallerscheinungen müssen durch einen Facharzt für Neurologie bestätigt und durch entsprechende Befunde in der Bildgebung sowie klinischen Untersuchung nachgewiesen werden.

Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind:

- Transitorische Ischämische Attacken (TIA) und Prolongierte Reversible Ischämische Neurologische Defizite (PRIND);
- unfallbedingte Verletzungen des Gewebes oder der Blutgefäße im Gehirn;
- neurologische Defizite aufgrund von Hypoxie, Infektionen, Entzündungen, Migräne oder medizinische Eingriffen;
- Zufallsbefunde in der Bildgebung (z.B. CT oder MRT) ohne eindeutig damit in Zusammenhang stehende klinische Symptome (stumme Hirninfarkt);
- Gefäßkrankungen mit Beeinträchtigung von Auge, Sehnerv oder Gleichgewichtsorgan.

Laienverständliche Erläuterung

Schlaganfall – mit bleibenden neurologischen Ausfallerscheinungen

Bei einem Schlaganfall kommt es durch eine Störung in der Blutversorgung des Gehirns zu einem Absterben von Gehirngewebe. Die Ursache kann ein Gefäßverschluss sein, so dass die Blutversorgung für einen bestimmten Teil des Gehirns unterbrochen wird. Eine weitere Ursache kann auch eine Gehirnblutung sein, durch die Gehirngewebe zerstört wird. Das Gehirn ist für die Kontrolle der meisten Körperfunktionen zuständig. Stirbt ein Teil des Gehirns ab, so können bestimmte Körperfunktionen nicht mehr kontrolliert werden. Diese „neurologischen Ausfallerscheinungen“ können sich als Lähmungen, Koordinationsstörungen, Seh- oder Sprachstörungen und vieles mehr äußern.

Versichert sind die Formen des Schlaganfalls, die zu neurologischen Ausfallerscheinungen führen und diese länger als 3 Monate bestehen.

Schlaganfälle, die zu vorübergehenden oder geringeren neurologischen Ausfallerscheinungen führen, oder nicht durch einen Gefäßverschluss oder eine Blutung verursacht werden, sind von der Versicherung ausgenommen. Gefäßverschlüsse oder Blutungen infolge einer Verletzung des Kopfes sind nicht gedeckt.

4. Chronisches Nierenversagen – mit regelmäßiger Blutwäsche

Chronisches und irreversibles Versagen beider Nieren, aufgrund dessen eine regelmäßige Blutwäsche (Hämodialyse oder Peritonealdialyse) durchgeführt werden muss.

Die Notwendigkeit der Dialysebehandlung muss durch einen Facharzt für Nephrologie sowie anhand geeigneter fachärztlicher Befunde nachgewiesen werden. Das versicherte Ereignis tritt mit Beginn der Dialysebehandlung ein.

Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind:

- Akutes, reversibles Nierenversagen mit vorübergehender Dialysepflichtigkeit

Laienverständliche Erläuterung

Chronisches Nierenversagen – mit regelmäßiger Blutwäsche

Die Hauptfunktion der Nieren besteht darin, Giftstoffe aus dem Blut zu filtern und diese über den Urin auszuschleiden. Eine Vielzahl von verschiedenen Erkrankungen kann jedoch dazu führen, dass die Nieren diese Filterfunktion dauerhaft nicht mehr ausüben können. In diesem Fall spricht man von einem chronischen Nierenversagen. Bei einem völligen Funktionsverlust der Niere bedarf es einer regelmäßigen Blutwäsche (Dialyse), um die Giftstoffe aus dem Blut zu entfernen. Versichert sind die Formen des chronischen Nierenversagens, die eine regelmäßige Dialysebehandlung erforderlich machen.

Das akute Nierenversagen, welches vollständig ausheilen kann, ist vom Versicherungsschutz ausgenommen (dies gilt auch, wenn eine vorübergehende Dialysepflichtigkeit besteht).

5. Organ- oder Knochenmarkstransplantation

Versichert ist die erfolgte allogene oder isogene Transplantation von Herz, Niere, Leber (einschließlich Leberteiltransplantation), Lunge (einschließlich Lungenteiltransplantation), Knochenmark (allogene Stammzelltransplantation mit vorheriger Knochenmarksablation), Dünndarm oder Bauchspeicheldrüse, von einem Spender auf die *VERSICHERTE PERSON*. Die Transplantation von Gesicht (partiell und komplett), Hand, Arm oder Bein (sogenannte composite tissue allograft transplants) sind ebenfalls gedeckt. Die Durchführung und Notwendigkeit der Transplantation muss durch einen Facharzt bestätigt und durch entsprechende Befunde nachgewiesen werden.

Das versicherte Ereignis tritt mit erfolgter Operation ein bzw. tritt vor einer Operation ein, wenn die *VERSICHERTE PERSON* die Aufnahme in eine offizielle Warteliste für Transplantationen innerhalb Europas durch ein Transplantationszentrum nachweisen kann und alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Die *VERSICHERTE PERSON* befindet sich seit mindestens einem Jahr auf der Warteliste für Transplantationen und das Transplantationszentrum bestätigt nach diesem Zeitraum, dass die Voraussetzungen für einen Verbleib der *VERSICHERTEN PERSON* auf der Warteliste gegeben sind oder die *VERSICHERTE PERSON* musste die Warteliste wegen Verschlechterung des Gesundheitszustands verlassen;
- es liegt eine Bestätigung durch einen Facharzt vor, dass die Transplantation die bestmögliche Behandlungsweise für die *VERSICHERTE PERSON* ist und dass die Erkrankung der *VERSICHERTEN PERSON* lebensbedrohlich ist.

Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind:

- Transplantation von anderen Organen, Körperteilen oder Geweben (einschließlich der Kornea)
- Transplantation von Inselzellen des Pankreas
- Transplantation von Stammzellen mit Ausnahme der Knochenmarkstransplantation

Laienverständliche Erläuterung

Organ- oder Knochenmarkstransplantation

Viele Erkrankungen können zu einem vollständigen Versagen von Organen führen. In diesen Fällen hilft oft nur eine Organverpflanzung (Transplantation). Unter einer allogenen oder isogenen Transplantation versteht man die Verpflanzung eines gesunden Organs von einer anderen Person (der sogenannte Spender).

Versichert ist die erfolgte Transplantation von einem der folgenden Organe:

- Herz
- Niere
- Leber
- Lunge
- Dünndarm
- Bauchspeicheldrüse

Ebenfalls versichert sind sogenannte Teiltransplantationen. Hierunter versteht man zum Beispiel die Transplantation von nur einem Lungenflügel oder nur einem Teil der Leber.

Unter den Versicherungsschutz fällt auch die sogenannte allogene Knochenmarkstransplantation. Hierbei wird nicht ein Organ, sondern es werden sogenannte Stammzellen des Knochenmarks transplantiert.

Ebenfalls versichert sind neuartige Transplantationsformen, die sich „composite tissue allograft transplants“ nennen. Bei diesen Transplantationen werden nicht Organe, sondern Körperteile eines Spenders transplantiert. Versichert sind Transplantationen von Gesicht, Arm, Bein oder Hand.

Die Transplantation von anderen Organen, Geweben oder Zellen, die nicht oben genannt sind, ist nicht versichert (z.B. die Hornhauttransplantation des Auges). Ebenso nicht gedeckt sind sogenannte autologe Transplantationen, d.h. Verpflanzungen von körpereigenem Gewebe von einer Stelle an eine Andere (zum Beispiel Haut- oder Haartransplantation).

6. Lähmung von Gliedmaßen (Querschnittslähmung) – irreversibel

Versichert ist der komplette und irreversible Verlust der Muskelfunktion von zwei oder mehr Gliedmaßen als Folge einer Erkrankung oder einer traumatischen Verletzung des Rückenmarks oder des Gehirns. Gliedmaße ist definiert als vollständiger Arm (Oberarm, Unterarm und Hand) oder vollständiges Bein (Oberschenkel, Unterschenkel und Fuß).

Das Vorliegen einer kompletten Lähmung über einen Zeitraum von mindestens 3 Monaten muss durch einen Facharzt für Neurologie bestätigt und durch entsprechende klinische Befunde nachgewiesen werden.

Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind:

- Lähmungen aufgrund von absichtlichen Selbstverletzungen oder psychischen Erkrankungen
- Guillain-Barré-Syndrom
- Periodische und hereditäre Paralyse

Laienverständliche Erläuterung

Lähmung von Gliedmaßen (Querschnittslähmung) – irreversibel

Das Gehirn und das Rückenmark ist für die Kontrolle der Muskelbewegungen des Körpers verantwortlich. Dies geschieht über elektrische Impulse, die über die Nerven zu den Muskeln geleitet werden. Kommt es durch eine Erkrankung (z.B. einen Tumor) oder einen Unfall zu einer Verletzung des Gehirns oder einer Verletzung (z.B. eine Durchtrennung) des Rückenmarks, können an bestimmte Muskelgruppen keine Impulse mehr gesendet werden. Die Folge davon ist, dass die Muskeln erschlaffen und es zu einer Lähmung kommt. Ein typisches Beispiel hierfür ist die Querschnittslähmung nach einer Wirbelsäulenverletzung in Folge eines Sturzes oder Verkehrsunfalls.

Versichert ist die vollständige Lähmung von mindesten zwei Gliedmaßen (zum Beispiel von beiden Beinen oder beiden Armen oder einem Arm und einem Bein). Die Lähmung muss die ganze Gliedmaße betreffen. So muss zum Beispiel beim Arm der Oberarm, Unterarm sowie die Hand gelähmt sein. Diese Lähmung muss für mindestens 3 Monate bestehen.

Lähmungen, die nicht dauerhaft sind, sich im Rahmen einer absichtlichen Selbstverletzung zugezogen werden oder im Rahmen von psychischen Erkrankungen auftreten, sind nicht gedeckt.

7. Koma – mit nachfolgenden neurologischen Ausfallerscheinungen

Bei einem Koma handelt es sich um einen Zustand der Bewusstlosigkeit ohne Reaktion auf äußere Reize oder körpereigene Bedürfnisse.

Versichert ist ein Koma, wenn:

- mit Hilfe der Glasgow Coma Scale (GSC) mindestens 96 Stunden lang ein Wert von maximal 8 Punkten ermittelt wurde;
- die Anwendung lebenserhaltender Maßnahmen erforderlich ist;
- es zu neurologische Ausfallerscheinungen kommt, die länger als 30 Tage nach Beginn des Komas anhalten.

Als neurologische Ausfallerscheinung gelten Hör-, Seh-, Sprech- oder Schluckstörungen, Lähmungen, Geh- oder Koordinationsstörungen, Sensibilitätsstörungen, Tremor oder Bewusstseinsstörungen und Krampfanfälle. Auch gravierende Beeinträchtigungen der intellektuellen Fähigkeiten (z. B. Merkfähigkeits-, Konzentrationsstörungen, Persönlichkeitsveränderungen) fallen unter diesen Begriff.

Das Vorliegen dieser Voraussetzungen muss von einem Facharzt für Neurologie bestätigt werden.

Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind:

- Jedes medizinisch herbeigeführte Koma (künstliches Koma)
- Jedes durch absichtliche Selbstverletzung, Alkohol- oder Drogenmissbrauch verursachte Koma

Laienverständliche Erläuterung

Koma - mit nachfolgenden neurologischen Ausfallerscheinungen

Koma beschreibt einen Zustand tiefer Bewusstlosigkeit. Ein Koma kann durch eine Schädigung oder Störung verschiedener Gehirnbereiche verursacht sein. Als Ursache kommen zum Beispiel Unfälle, Blutungen, schwere Infektionen, Vergiftungen oder Tumore in Frage.

Ein im Koma befindlicher Patient reagiert nicht auf äußere Reize (z.B. lautes Ansprechen, kneifen) und ist nicht in der Lage, Kontrolle über die eigenen Körperfunktionen auszuüben (z.B. Blasenentleerung). Es gibt verschiedene Komatiefen, abhängig von der Reaktionsfähigkeit auf äußere Reize. Die Komatiefe wird durch die sogenannte „Glasgow-Coma-Scale“ vom Arzt oder dem Pflegepersonal ermittelt. Bei einem tiefen Koma sind in der Regel lebenserhaltende Maßnahmen (z.B. eine maschinelle Beatmung) notwendig.

Versichert sind die Formen des Komas, die eine gewisse Komatiefe aufweisen, lebenserhaltende Maßnahmen erforderlich machen sowie mehr als 30 Tage lang zu „neurologischen Ausfallerscheinungen“ (z. B. Lähmungen, Koordinationsstörungen, Seh- oder Sprachstörungen) führen.

Ein Koma, welches aufgrund einer anderen Erkrankung medizinisch herbeigeführt (künstliches Koma) oder welches durch absichtliche Selbstverletzung, Alkohol oder Drogenmissbrauch hervorgerufen wurde, ist vom Versicherungsschutz ausgenommen.

8. Hochgradige Sehbehinderung – irreversibel

Versichert ist eine hochgradige, dauerhafte Sehbehinderung beider Augen, die aufgrund einer Erkrankung oder einer traumatischen Verletzung verursacht wurde und nicht durch medikamentöse oder chirurgische Maßnahmen oder optische Hilfsmittel korrigiert werden kann. Eine hochgradige Sehbehinderung liegt vor, wenn:

- die Sehschärfe (Visus) des besseren Auges nach optimaler Korrektur mit medizinischen oder optischen Hilfsmitteln 3/60 (0,05) oder weniger beträgt, oder
- das Gesichtsfeld des besseren Auges nach optimaler Korrektur mit medizinischen oder optischen Hilfsmitteln 10° oder weniger beträgt.

Die Diagnose muss durch einen Facharzt für Augenheilkunde bestätigt werden.

Laienverständliche Erläuterung

Hochgradige Sehbehinderung – irreversibel

Verschiedene Erkrankungen oder auch Unfälle können dazu führen, dass die Sehkraft beider Augen dauerhaft beeinträchtigt ist. Gradmesser für das Ausmaß der Beeinträchtigung sind die Sehschärfe (der sogenannte Visus) oder das sogenannte Gesichtsfeld. Versichert ist die hochgradige Sehbehinderung. Diese ist definiert als ein Visus von 3/60 (0,05) oder weniger oder ein Gesichtsfeld von 10° oder weniger auf dem besseren Auge. Eine Sehschärfe von 3/60 (oder 0,05) heißt, dass ein Gegenstand, der von einem Normalsichtigen aus 20 Metern Entfernung erkannt wird, erst bei einer Entfernung von 1 Meter gesehen wird. Eine Einschränkung des Gesichtsfeldes auf weniger als 10° bedeutet, dass nur noch Gegenstände in der Mitte des Blickfeldes wahrgenommen werden können (Tunnel-, oder Röhrenblick). Die Messung des Visus oder des Gesichtsfeldes muss unter optimaler Korrektur der Sehschwäche stattfinden, das heißt zum Beispiel unter Benutzung einer Brille. Zudem muss die Sehschwäche dauerhaft sein, das heißt nicht durch medizinische Eingriffe (z.B. eine Operation) oder durch optimierte Sehhilfen noch verbesserbar sein.

Anlage 2 zu den Versicherungsbedingungen zu Abzug bei Beitragsfreistellung Ihres Vertrages

(Stand 01/2019)

Bei Ihrem Vertrag handelt es sich um ein langfristig kalkuliertes Produkt, bei dem schon bei Vertragsschluss eine garantierte Rente für den Versicherungsfall fest zugesagt wird. Daneben übernehmen wir - je nach Vereinbarung - weitere Risiken. Wir dürfen diese Leistungsversprechen nur unter Berücksichtigung angemessener versicherungsmathematischer Annahmen abgeben.

Beiträge und Leistungen werden unter der Annahme berechnet, dass der Vertrag nicht vorzeitig beendet wird. Die durch eine Kündigung oder Beitragsfreistellung entstehenden Belastungen für den Bestand müssen daher von den kündigenden *VERSICHERUNGSNEHMERN* getragen werden. Würden diese Kosten dagegen allen *VERSICHERUNGSNEHMERN* in Rechnung gestellt, könnte der Versicherungsschutz nur ungleich teurer angeboten werden.

Wesentliches Kriterium ist schließlich der Gedanke der Risikogemeinschaft. Dies bedeutet, dass wir sowohl bei der Produktkalkulation als auch bei Gestaltung und Durchführung des Vertrages stets darauf achten, dass die Belange der Gesamtheit der *VERSICHERUNGSNEHMER* gewahrt werden.

Um die durch eine Beitragsfreistellung entstehenden Belastungen für den Bestand auszugleichen, nehmen wir einen Abzug von den beitragsfreien Leistungen vor. Bei der Kalkulation des Abzugs haben wir folgende Umstände berücksichtigt:

Veränderungen der Risikolage

Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass die Risikogemeinschaft sich gleichmäßig aus *VERSICHERUNGSNEHMERN* mit einem hohen und einem geringeren Risiko zusammensetzt. Da Personen mit einem geringen Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko, wird in Form eines kalkulatorischen Ausgleichs sichergestellt, dass der Risikogemeinschaft durch die vorzeitige Einstellung der Beitragszahlung kein Nachteil entsteht.

Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital

Wir bieten Ihnen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes Garantien und Optionen. Dies ist möglich, weil ein Teil des dafür erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) durch den Versichertenbestand zur Verfügung gestellt wird. Bei Neuabschluss eines Vertrages partizipiert dieser an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Während der Laufzeit muss der Vertrag daher Solvenzmittel zur Verfügung stellen. Bei Vertragskündigung gehen diese Solvenzmittel dem verbleibenden Bestand verloren und müssen deshalb im Rahmen des Abzugs ausgeglichen werden. Der interne Aufbau von Risikokapital ist regelmäßig für alle *VERSICHERUNGSNEHMER* die günstigste Finanzierungsmöglichkeit von Optionen und Garantien, da eine Finanzierung über externes Kapital wesentlich teurer wäre.

Abzug aufgrund der Überschussbeteiligung:

Die Aufwendungen für Versicherungsfälle nehmen mit steigendem Alter zu. Die Beiträge sind in jährlich gleichbleibender Höhe kalkuliert. Zur Abdeckung der steigenden Aufwendungen bilden wir aus Teilen Ihres Beitrags ein so genanntes Deckungskapital. Dieses wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik auf Basis der Beiträge ohne Berücksichtigung der Überschussbeteiligung ermittelt. Durch die Überschussbeteiligung haben wir Ihnen bereits Teile des Beitrags wieder gutgeschrieben. Dementsprechend kürzen wir das Deckungskapital durch einen Abzug.