Bayern-Versicherung
Lebensversicherung Aktiengesellschaft
Ein Unternehmen der Versicherungskammer

Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung

EinkommensSicherung Beruf
EinkommensSicherung Beruf als Pensionszusage
Stand: 25.07.2026 – Bedingungsnummer 15 071 103

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

mit diesen Versicherungsbedingungen wenden wir uns an Sie als unseren Versicherungsnehmer und Vertragspartner.

Wenn Sie die fondsgebundene Überschussbeteiligung gewählt haben, gelten zusätzlich die Besonderen Bedingungen für die fondsgebundene Überschussbeteiligung bei einer Berufsunfähigkeitsversicherung bzw. einer Grundfähigkeitsversicherung. Soweit deren Bestimmungen von diesen Allgemeinen Bedingungen abweichen, haben die Besonderen Bedingungen Vorrang.

Inhaltsverzeichnis

			Seite
Begriffe		Erläuterung wichtiger Begriffe	**2**
Leistung	§ 1	Welche Leistungen erbringen wir?	**3**
	§ 2	Welche weiteren Leistungen können Sie mit uns vereinbaren?	**5**
	§ 3	Welche besonderen Regeln gelten, wenn Sie einen Nichtrauchertarif vereinbart haben?	**7**
	§ 4	Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?	**7**
	§ 5	Was ist Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?	**8**
	§ 6	Wann liegt Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 5 Absatz 2 vor?	**9**
	§ 7	Wann liegt eine schwere Krebserkrankung im Sinne von § 1 Absatz 2 dieser Bedingungen vor?	**10**
	§ 8	Was bedeutet schwere Erkrankung eines Kindes nach § 2 Absatz 15?	**10**
	§ 9	Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	**12**
	§ 10	Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	**13**
	§ 11	In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	**13**
	§ 12	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht, und welche Folgen hat ihre Verletzung?	**13**
	§ 13	Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?	**14**
	§ 14	Wie unterstützen wir Sie, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?	**15**
	§ 15	Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	**15**
	§ 16	Was gilt nach Anerkennung der Berufsunfähigkeit?	**15**
	§ 17	Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?	**16**
	§ 18	Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?	**16**
	§ 19	Wer erhält die Leistung?	**16**
	§ 20	Wann können die Beiträge und Leistungen angepasst werden?	**16**
Beitrag	§ 21	Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?	**16**
	§ 22	Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	**17**
Kündigung und Beitragsfreistellung	§ 23	Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen oder beitragsfrei stellen?	**17**
	§ 24	Wie werden die Kosten Ihres Vertrags verrechnet?	**18**
Weitere Regelungen	§ 25	Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?	**19**
	§ 26	Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?	**19**
	§ 27	Welche Kosten und Abgaben stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung, und welche tarifabhängigen Begrenzungen gelten?	**19**
	§ 28	Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?	**19**
	§ 29	An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind	**19**
	§ 30	Wo ist der Gerichtsstand?	**20**
Bedingungsanpassung	§ 31	Wann können diese Bedingungen angepasst werden?	**20**
Nachhaltigkeitspräferenzen	§ 32	Was geschieht, wenn sich die Nachhaltigkeitsmerkmale des Produktes oder der zugrundeliegenden Anlageoptionen verändern?	**20**
Bestimmungen		Bestimmungen zur Überschussbeteiligung nach § 9 Absatz 3	**22**
		Bestimmungen über Kosten und tarifabhängige Begrenzungen nach § 27	**25**
Anlagen		Anlage 1 zu § 6 - Einzelpunkte der Module 1 bis 6 - Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Modul	**26**
		Anlage 2 zu § 6 - Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte) - Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten im Modul	**30**

Erläuterung wichtiger Begriffe

Wir möchten Ihnen vorab in alphabetischer Reihenfolge einige wichtige Begriffe erläutern, die in den Versicherungsbedingungen verwendet werden.

Als **Arbeitstag** verstehen wir die Wochentage von Montag bis einschließlich Freitag mit Ausnahme der gesetzlichen Feiertage.

Beitragszahler sind grundsätzlich Sie als unser Versicherungsnehmer. Zahlt eine dritte Person die Beiträge, erwirbt diese hierdurch keine Rechte aus dem Versicherungsvertrag.

Bezugsberechtigter ist der von Ihnen in Textform benannte Anspruchsberechtigte für die betreffende Leistung.

Börsentage sind die Tage, an denen an einer bestimmten Börse Handel stattfindet. Grundsätzlich sind alle Bankarbeitstage Börsentage. Darüber hinaus bestehen Börsentage auch an weiteren Tagen.

Das **Deckungskapital** ist die mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechnete Deckungsrückstellung.

Eine **Deckungsrückstellung** bilden wir, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können. Die Deckungsrückstellung wird nach § 88 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und § 341e und § 341f des Handelsgesetzbuches (HGB) sowie den dazu erlassenen Rechtsverordnungen berechnet.

Rechnungsgrundlagen sind die Grundlagen, die für die Kalkulation Ihres Vertrags benötigt werden. Diese sind im Wesentlichen Tafeln für die Eintrittswahrscheinlichkeiten der versicherten Risiken, Rechnungszins und Kosten.

Rechnungsmäßiges Alter der versicherten Person ist die Differenz zwischen dem jeweiligen Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

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

Versicherungsnehmer sind Sie als unser Vertragspartner. Die Rechte und Pflichten aus diesem Vertrag betreffen vorrangig den Versicherungsnehmer.

Versicherungsperiode ist der Zeitabschnitt, für den die Zahlung des Beitrags vereinbart ist.

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

Unsere Leistungen bei Berufsunfähigkeit und bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit

(1) Wird die versicherte Person *– das ist die Person, auf deren Berufsfähigkeit die Versicherung abgeschlossen ist –* während der Versicherungsdauer berufsunfähig (siehe § 4 Absatz 1 bis Absatz 10) oder wird sie berufsunfähig infolge Pflegebedürftigkeit (siehe § 4 Absatz 11), ohne dass Berufsunfähigkeit im Sinne von § 4 Absatz 1 bis Absatz 10 vorliegt, erbringen wir folgende Leistungen:

(a) Wir zahlen die garantierte Berufsunfähigkeitsrente, längstens für die vereinbarte Leistungsdauer.

Wenn Sie mit uns die Erhöhung der garantierten Berufsunfähigkeitsrente während einer Rentenzahlung wegen Berufsunfähigkeit vereinbart haben, erhöht sich die jeweils erreichte Berufsunfähigkeitsrente zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres, frühestens jedoch 12 Monate nach dem Beginn der Rentenzahlung, um den vereinbarten Prozentsatz.

(b) Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für diese Berufsunfähigkeitsversicherung, längstens für die vereinbarte Leistungsdauer.

(c) Die Leistungsdauer bei Berufsunfähigkeit von Soldaten auf Zeit im Sinne von § 4 Absatz 7 beträgt maximal 24 Monate.

(d) Bei Berufsunfähigkeit aufgrund von Vollzugsdienstunfähigkeit (§ 4 Absatz 8) erbringen wir bei Versetzung in den Ruhestand die versicherten Leistungen, längstens für die vereinbarte Leistungsdauer. Davon abweichend beträgt die Leistungsdauer bei Entlassung aus dem Beamtenverhältnis aufgrund von Vollzugsdienstunfähigkeit (§ 4 Absatz 8) maximal 72 Monate; diese Einschränkung gilt nicht, sofern die Vollzugsdienstunfähigkeit durch einen Dienstunfall oder eine Dienstbeschädigung verursacht wurde und ein Unterhaltsbeitrag bzw. ein Unfallruhegeld im Sinne des Beamtenversorgungsgesetzes bezogen wird.

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

Leistung wegen schwerer Krebserkrankung
(2) Erkrankt die versicherte Person während der Versicherungsdauer an einer bedingungsgemäßen schweren Krebserkrankung (siehe § 7), erbringen wir folgende Leistungen:

(a) Wir zahlen eine Rente in Höhe der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente, längstens für 18 Monate.

(b) Wir befreien Sie für längstens 18 Monate von der Beitragszahlungspflicht für diese Berufsunfähigkeitsversicherung.

Ausbauoption
(3) Sie können den bestehenden Versicherungsschutz Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung – jedoch nicht, wenn der Vertrag im Rahmen einer arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Altersversorgung abgeschlossen wurde – ohne erneute Prüfung der Gesundheits- und sonstigen Risikoverhältnisse (Gesundheitsprüfung), sofern die Höchstgrenzen nicht bereits ausgeschöpft wurden, nach Eintritt folgender Lebensereignisse bei der versicherten Person gegen einen Mehrbeitrag erweitern:

- Heirat,
- Ehescheidung bzw. Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft,
- Geburt eines Kindes oder Adoption eines minderjährigen Kindes,
- Vollendung des 18. Lebensjahres,
- Tod des dauerhaft im Haushalt der versicherten Person lebenden Lebenspartners (Ehepartner, Lebensgefährte),
- erstmaliger Abschluss einer staatlich anerkannten beruflichen Qualifikation (Berufsausbildung oder Studium) (siehe Abs. 4),
- Abschluss einer staatlich anerkannten akademischen Weiterbildung (z. B. Facharztausbildung, Bachelor, Promotion, Master) oder Abschluss einer staatlich anerkannten beruflichen Weiterbildung (Fachwirt, Betriebswirt, Techniker, Meister oder Bachelor Professional). Voraussetzung ist, dass die versicherte Person eine berufliche Tätigkeit ausübt,
- Erhalt von Prokura,
- Ernennung zum Beamten auf Widerruf, zum Beamten auf Probe oder zum Beamten auf Lebenszeit,
- Wechsel in eine selbständige Tätigkeit als Hauptberuf,
- Wegfall der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung bei Handwerkern und Selbständigen,
- erstmalige Überschreitung der Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung durch das Bruttojahresarbeitseinkommen aus nichtselbständiger Tätigkeit,
- Erhöhung des Bruttojahresarbeitseinkommens bei nichtselbständiger Tätigkeit um mindestens 10 Prozent innerhalb eines Jahres bei demselben Arbeitgeber,
- bei Selbständigen eine nachhaltige Steigerung des Gewinns vor Steuern um mindestens 10 Prozent jährlich in den letzten drei Jahren,
- Aufnahme eines Darlehens zur Finanzierung einer selbst bewohnten Immobilie (Kaufpreis mindestens 50.000 Euro),
- Kürzung der gesetzlichen Rentenanwartschaften durch Gesetz,
- Wegfall oder Kürzung einer berufsbedingten, insbesondere berufsständischen oder betrieblichen Altersversorgung,
- mit Ablauf des dritten Versicherungsjahres, wenn die versicherte Person zum Versicherungsbeginn eine selbständige Tätigkeit als Hauptberuf aufgenommen hat, ein seither zumindest gleich hoch gebliebenes Bruttojahreseinkommen nachweisen kann und die zum Versicherungsbeginn versicherte jährliche Berufsunfähigkeitsrente höchstens 40 Prozent des zu diesem Zeitpunkt in der selbständigen Tätigkeit der versicherten Person als Hauptberuf nachgewiesenen Bruttojahreseinkommens betragen hat.

Die Ausbauoption beinhaltet das Recht, die Berufsunfähigkeitsrente um maximal 100 Prozent der ursprünglich beantragten Jahresrente auf maximal 36.000 Euro zu erhöhen, sofern

- eine angemessene Relation zum Einkommen nicht überschritten wird (d. h. die gesamte Jahresrente einschließlich Erhöhung und einschließlich anderweitig bestehender Grundfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Berufsunfähigkeitsanwartschaften darf 70 Prozent des derzeitigen regelmäßigen Bruttojahresarbeitseinkommens der versicherten Person nicht übersteigen),
- die Gesamtjahresrente aus allen Neuabschlüssen und bestehenden Verträgen bei uns nicht mehr als 36.000 Euro beträgt,
- die Erhöhungen im Rahmen der Tarifbestimmungen erfolgen,
- die Inanspruchnahme der Option innerhalb der Beitragszahlungsdauer erfolgt,
- keine Berufsunfähigkeit, keine Erwerbsunfähigkeit, keine Erwerbsminderung bzw. kein Verlust einer versicherten Grundfähigkeit (bei) der versicherten Person vorliegt oder vorgelegen hat und uns dieses in Textform – z. B. Papierform oder E-Mail – bestätigt wird.

Die Erweiterung des bestehenden Versicherungsschutzes Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung im Rahmen der Ausbauoption erfolgt unter Zugrundelegung der Rechnungsgrundlagen (siehe Absatz 20) dieser Berufsunfähigkeitsversicherung.

Ist die versicherte Person Beamter, Richter oder Soldat, kann die Berufsunfähigkeitsrente um maximal 100 Prozent der ursprünglich beantragten Jahresrente auf maximal 18.000 Euro erhöht werden. Die vorstehend genannten Voraussetzungen für eine Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass die Gesamtjahresrente aus allen Neuabschlüssen und bestehenden Verträgen bei uns nicht mehr als 18.000 Euro beträgt.

Dieses Optionsrecht müssen Sie innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt eines der genannten Ereignisse ausüben. Entsprechende Nachweise müssen Sie bei Ausübung der Option bei uns einreichen. Das Optionsrecht erlischt spätestens mit Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person.

(4) Abweichend zu den Regelungen in Absatz 3 zur maximalen Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente gilt Folgendes: Soweit vor oder nach erstmaligem Abschluss einer staatlich anerkannten beruflichen Qualifikation (Berufsausbildung oder Studium) eine berufliche Tätigkeit aufgenommen wird, kann die Berufsunfähigkeitsrente einmalig um maximal 18.000 Euro jährlich auf maximal 36.000 Euro jährlich erhöht werden, sofern bei Vertragsabschluss eine Jahresrente von mindestens 6.000 Euro versichert war.

Dieses Optionsrecht erlischt spätestens mit Vollendung des 35. Lebensjahres der versicherten Person

Im Übrigen gelten die Regelungen in Absatz 3 entsprechend.

(5) Sie können den bestehenden Versicherungsschutz Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung – jedoch nicht, wenn der Vertrag im Rahmen einer arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Altersversorgung abgeschlossen wurde – ohne erneute Gesundheitsprüfung, und sofern die Höchstgrenzen nach Absatz 3 nicht bereits ausgeschöpft wurden, auch ohne Eintritt eines Lebensereignisses bei der versicherten Person gegen einen Mehrbeitrag einmalig erweitern. Nach einem Wechsel von einer Grundfähigkeitsversicherung in diese Berufsunfähigkeitsversicherung ist dies erst ab dem 3. Versicherungsjahr möglich und nur, sofern Sie bei der zugrundeliegenden Grundfähigkeitsversicherung nicht bereits von dieser Option Gebrauch gemacht haben.

Dieses Optionsrecht müssen Sie innerhalb der ersten fünf Versicherungsjahre ausüben. Das Optionsrecht erlischt spätestens mit Vollendung des 35. Lebensjahres der versicherten Person.

Die Regelungen in Absatz 3 zur maximalen Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente einschließlich der dort genannten Voraussetzungen gelten entsprechend. Abweichend zu den Regelungen in Absatz 3 kann die Berufsunfähigkeitsrente um maximal 6.000 Euro jährlich erhöht werden.

Weitere Regelungen zu unseren Leistungen

Entstehen des Anspruchs auf die Leistungen
(6) Der Anspruch auf die Leistungen entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Sie müssen uns die Berufsunfähigkeit in Textform mitteilen.

Karenzzeit
– gilt nicht für die betriebliche Altersversorgung –
(7) Bei Vereinbarung einer Karenzzeit werden die Leistungen erst mit dem Ablauf der Karenzzeit fällig, sofern die Berufsunfähigkeit während der Karenzzeit ununterbrochen bestanden hat und nach deren Ablauf noch andauert. Wir erbringen die Leistungen nur für die Zeit nach dem Ablauf der Karenzzeit. Fallen unsere Leistungen weg (siehe § 16) und tritt innerhalb von 24 Monaten danach erneut Berufsunfähigkeit aufgrund derselben Ursache ein, werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten berücksichtigt. Diese Ausführungen gelten entsprechend für die schwere Krebserkrankung.

Die Karenzzeit ist der Zeitraum vom Entstehen des Anspruchs auf Leistungen bis zum Beginn der Leistungen.

Eine Karenzzeit ist nicht vereinbart, wenn Sie mit uns Leistungen wegen Krankschreibung (siehe § 2 Absatz 2) vereinbart haben.

Ende des Anspruchs auf die Leistungen
(8) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente endet,

- wenn Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt,
- wenn die versicherte Person stirbt oder
- bei Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer.

Leistungen nach Ablauf der Versicherungsdauer
(9) Geht die Leistungsdauer über die Versicherungsdauer hinaus, können Sie Ansprüche, die durch den Eintritt der Berufsunfähigkeit vor Ablauf der Versicherungsdauer entstanden sind, auch nach Ablauf der Versicherungsdauer geltend machen. Entsprechendes gilt, wenn eine innerhalb der Versicherungsdauer fällig gewordene Leistung weggefallen ist (siehe § 16) und nach Ablauf der Versicherungsdauer erneut Berufsunfähigkeit aufgrund derselben Ursache eintritt. Der Anspruch auf die Leistungen entsteht und endet jeweils zu den in den Absätzen 6 bis 8 genannten Zeitpunkten.

Beitragszahlung bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht und Stundung der Beiträge
(10) Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter zahlen; wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen.

Auf Antrag werden wir die bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht noch fällig werdenden Beiträge zinslos stunden. Besteht danach kein Leistungsanspruch, müssen Sie die gestundeten Beiträge in einem Betrag nachzahlen. Auf Antrag können Sie mit uns in diesem Fall eine Rückzahlung in Raten über einen Zeitraum von bis zu 36 Monaten oder – sofern möglich – eine Verrechnung im Rahmen einer Vertragsänderung (z.B. Beitragserhöhung oder Herabsetzung der Leistungen) vereinbaren. Wurde eine Karenzzeit vereinbart, werden die Beiträge für diesen Zeitraum weder gestundet noch erstattet.

Wechsel des Berufs
– gilt nicht für die betriebliche Altersversorgung sowie für den versicherbaren Personenkreis innerhalb privater Rahmen-/Kollektivverträge zwischen dem Versicherer und Dritten –
(11) Sie können innerhalb der ersten fünf Versicherungsjahre und bis zum rechnungsmäßigen Alter der versicherten Person von 35 Jahren verlangen, dass bei einem Berufswechsel der dann neu von der versicherten Person ausgeübte Beruf ohne erneute Gesundheitsprüfung zugrunde gelegt und der Beitrag auf der Grundlage des uns neu mitgeteilten Berufs der versicherten Person neu festgesetzt wird. Dies kann zu einer Verkürzung der vereinbarten Versicherungsdauer führen; eine Erhöhung des Beitrags aufgrund des uns mitgeteilten Berufs der versicherten Person ist ausgeschlossen. Als Berufswechsel gilt auch eine Änderung der Eingruppierung durch eine Änderung der beruflichen Tätigkeit (z.B. Personalverantwortung).

Umgruppierung von Soldaten auf Zeit
(12) Wenn die versicherte Person Soldat auf Zeit ist, können Sie binnen zwölf Monaten nach Beendigung dieses Wehrdienstverhältnisses bis zum rechnungsmäßigen Alter der versicherten Person von 50 Jahren eine neue Eingruppierung sowie die Anpassung der Versicherungsdauer ohne erneute Prüfung der Gesundheits- und sonstigen Risikoverhältnisse (Gesundheitsprüfung) verlangen, sofern der neue Beruf bei uns versicherbar ist. Voraussetzung ist zudem, dass keine Berufsunfähigkeit, keine Erwerbsunfähigkeit, keine Erwerbsminderung bzw. kein Verlust einer versicherten Grundfähigkeit (bei) der versicherten Person vorliegt oder vorgelegen hat und Sie uns dieses in Textform – *z. B. Papierform oder E-Mail* – bestätigen. Der Vertrag muss zum Zeitpunkt der Umgruppierung beitragspflichtig gewesen sein. Der Beitrag wird auf der Grundlage des uns mitgeteilten Berufs der versicherten Person neu festgesetzt, Rentenhöhe, Risikozuschläge und einzelvertragliche Leistungsausschlüsse bleiben unverändert. Eine Erhöhung des Beitrags aufgrund der neuen Eingruppierung sowie der Anpassung der Versicherungsdauer ist möglich.

Regelung zur Berufsunfähigkeit bei Vollzugsbeamten
– gilt nicht für die betriebliche Altersversorgung –
(13) Sie können innerhalb von zwölf Monaten, nachdem die versicherte Person einen Dienst als Vollzugsbeamter aufgenommen hat, bis zum rechnungsmäßigen Alter der versicherten Person von 50 Jahren verlangen, dass die Regelung zur Berufsunfähigkeit bei Vollzugsbeamten (siehe § 4 Absatz 8) ohne erneute Gesundheitsprüfung gegen einen Mehrbeitrag Bestandteil Ihres Vertrags wird; dies kann zu einer Verkürzung der vereinbarten Versicherungsdauer führen. Voraussetzung ist, dass keine Berufsunfähigkeit, keine Erwerbsunfähigkeit, keine Erwerbsminderung bzw. kein Verlust einer versicherten Grundfähigkeit (bei) der versicherten Person vorliegt oder vorgelegen hat und uns dieses in Textform – *z. B. Papierform oder E-Mail* – bestätigt wird. Hat die versicherte Person einen vorbereitenden Vollzugsdienst aufgenommen (z. B. als Vollzugsbeamter auf Widerruf oder auf Probe), ist Voraussetzung, dass der vorbereitende Vollzugsdienst auf eine Ernennung zum Vollzugsbeamten auf Lebenszeit abzielt. Die Aufnahme eines (vorbereitenden) Dienstes als Vollzugsbeamter ist uns nachzuweisen, z. B. durch Einreichung einer entsprechenden Ernennungsurkunde.

Anpassungsoption bei Erhöhung der Regelaltersgrenze
(14) Wird die Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland oder in deutschen berufsständischen Versorgungswerken angehoben und ist die versicherte Person von dieser Anhebung betroffen, können Sie verlangen, dass die Leistungs- und Versicherungsdauer (Absatz 1) ohne erneute Gesundheitsprüfung um maximal so viele Jahre verlängert werden wie die neue Regelaltersgrenze angehoben wurde. Voraussetzung ist, dass keine Berufsunfähigkeit, keine Erwerbsunfähigkeit, keine Erwerbsminderung bzw. kein Verlust einer versicherten Grundfähigkeit (bei) der versicherten Person vorliegt oder vorgelegen hat und uns dieses in Textform – *z. B. Papierform oder E-Mail* – bestätigt wird.

(15) Die Verlängerung der Leistungs- und Versicherungsdauer müssen Sie innerhalb von sechs Monaten nach In-Kraft-Treten der neuen Regelaltersgrenze verlangen. Dieses Recht erlischt spätestens mit Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person.

(16) Eine Verlängerung der Leistungs- und Versicherungsdauer über die geltenden tariflichen Grenzen für das Endalter der versicherten Person hinaus können Sie nicht verlangen.

Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
(17) Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

Zahlungsweise der Rente
(18) Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus.

Unsere Leistung aus der Überschussbeteiligung

(19) Wir beteiligen Sie an dem Überschuss und an den Bewertungsreserven (siehe § 9).

Rechnungsgrundlagen

(20) Die tariflichen Rechnungsgrundlagen sind insbesondere der Rechnungszins in Höhe von 1,0 Prozent jährlich und unsere unternehmenseigene Tafel VKB 2024 I sowie aus den Tafeln DAV 2008 T, DAV 2021 TI und DAV 2021 RI abgeleitete unternehmenseigene Mischtafeln, die der Aufsichtsbehörde angezeigt wurden.

§ 2 Welche weiteren Leistungen können Sie mit uns vereinbaren?

(1) Sie können mit uns – jedoch nicht, wenn der Vertrag im Rahmen einer betrieblichen Altersversorgung abgeschlossen wurde – weitere Leistungen gegen einen Mehrbeitrag vereinbaren. Diese Leistungen sind in Bausteinen enthalten. Sie können jederzeit zum Schluss einer Versicherungsperiode (siehe § 21 Absatz 2 Satz 3) in Textform *– z. B. Papierform oder E-Mail –* den Ausschluss von Bausteinen aus Ihrem Vertrag verlangen. Dieses Recht haben Sie jedoch nicht mehr, wenn wir eine Leistung aus auszuschließenden Bausteinen erbringen oder erbracht haben. Einen Anspruch auf Wiedereinschluss eines ausgeschlossenen Bausteins in Ihren Vertrag haben Sie nicht.

Folgende Bausteine können Sie nach Ihrer Wahl mit uns vereinbaren. Die jeweils in ihnen enthaltenen Leistungen sind feste und nicht wählbare Bestandteile der jeweiligen Bausteine.

- Leistung wegen Krankschreibung (Absätze 2 bis 11)

- Kapitalleistung (Absätze 12 bis 14)
  - Anfangshilfe (Absatz 12)
  - Wiedereingliederungshilfe (Absatz 13)
  - Umorganisationshilfe (Absatz 14)

- Familienabsicherung (Absätze 15 bis 20)
  - Leistung bei schwerer Erkrankung eines Kindes (Absätze 15 bis 18)
  - Leistung bei Pflegebedürftigkeit des Lebenspartners (Absätze 19 bis 20)

- Leistung bei einer schweren Erkrankung, Dread Disease-Leistung (Absätze 21 bis 25)

Leistungen wegen Krankschreibung

(2) Ist die versicherte Person *– das ist die Person, auf deren Berufsfähigkeit die Versicherung abgeschlossen ist –* während der Versicherungsdauer für mindestens drei Monate ununterbrochen arbeitsunfähig krankgeschrieben und besteht die Arbeitsunfähigkeit voraussichtlich ununterbrochen insgesamt mindestens sechs Monate, oder ist die versicherte Person bereits seit mindestens sechs Monaten ununterbrochen arbeitsunfähig krankgeschrieben (Krankschreibung), erbringen wir folgende Leistungen:

(a) Wir zahlen die Rente in Höhe der garantierten Berufsunfähigkeitsrente, längstens für 24 Monate.
Wenn Sie mit uns die Erhöhung der garantierten Berufsunfähigkeitsrente während einer Rentenzahlung wegen Berufsunfähigkeit vereinbart haben, erhöhen sich auch die Leistungen wegen Krankschreibung zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres, frühestens jedoch 12 Monate nach dem Beginn der Rentenzahlung, um den vereinbarten Prozentsatz.

(b) Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für die Berufsunfähigkeitsversicherung, längstens für 24 Monate.

(3) Eine Krankschreibung im Sinne dieser Bedingungen ist uns mit auf die versicherte Person ausgestellten ärztlichen Bescheinigungen nachzuweisen, wie sie in den maßgeblichen gesetzlichen Regelungen, derzeit § 5 des Entgeltfortzahlungsgesetzes (EntgFG), vorgesehen sind. Davon muss innerhalb der ersten sechs Monate der Krankschreibung mindestens eine Krankschreibung von einem Facharzt ausgestellt sein; bei mehreren Krankschreibungen aus unterschiedlichen medizinischen Gründen muss mindestens jeweils eine Krankschreibung von einem Facharzt der entsprechenden Fachrichtung ausgestellt sein. Sie müssen jede Krankschreibung der versicherten Person unverzüglich bei uns einreichen. Die Kosten der ärztlichen Bescheinigungen, die in jedem Fall eine ärztlich erhobene Diagnose enthalten müssen, trägt der Anspruchserhebende.

Die vorstehende Regelung gilt entsprechend, wenn die versicherte Person nicht in den Anwendungsbereich des EntgFG fällt.

(4) Die Leistungen wegen Krankschreibung erbringen wir, solange

- die versicherte Person ununterbrochen krankgeschrieben ist und
- die Leistungsdauer dieser Versicherung nicht abgelaufen ist und
- wir keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erbringen und
- wir keine Leistungen wegen schwerer Krebserkrankung (siehe § 1 Absatz 2 in Verbindung mit § 7) erbringen und
- die versicherte Person lebt und
- insgesamt eine Dauer der Krankschreibung von 24 Monaten während der Leistungsdauer dieser Versicherung nicht überschritten ist. Wenn die versicherte Person mehrfach – auch aus unterschiedlichen medizinischen Gründen – nach Absatz 2 krankgeschrieben ist, ist die Leistungsdauer wegen Krankschreibung für alle eintretenden Krankschreibungen zusammen auf 24 Monate beschränkt.

Ein Arbeitsversuch der versicherten Person nach Beendigung des Zeitraums der Krankschreibung zum Zweck der vollständigen Wiederaufnahme ihrer beruflichen Tätigkeit gilt nicht als Unterbrechung der Krankschreibung, wenn der Zeitraum des Arbeitsversuchs einen Monat nicht überschreitet.

Einzelvertragliche Leistungsausschlüsse gelten auch für Leistungen bei Krankschreibung.

(5) Der Anspruch auf die Leistungen entsteht mit Ablauf des Monats, in den der Beginn der ersten Krankschreibung fällt. Sie müssen uns die Krankschreibung in Textform mitteilen. Wird uns die Krankschreibung innerhalb von 12 Monaten nach ihrem Eintritt mitgeteilt, leisten wir ab dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt. Bei späterer Mitteilung entsteht der Anspruch auf die Leistungen erst mit Beginn des Monats der Mitteilung. Diese Einschränkung gilt nicht, wenn die verspätete Mitteilung nicht verschuldet worden ist.

(6) Die Bestimmungen der Absätze 12 (Anfangshilfe), 13 (Wiedereingliederungshilfe) und 14 (Umorganisationshilfe) finden keine Anwendung auf Leistungen wegen Krankschreibung.

(7) Solange Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder einer schweren Krebserkrankung (siehe § 1 Absatz 2 in Verbindung mit § 7) erbracht werden, besteht kein Anspruch auf Leistungen wegen Krankschreibung. Soweit die Leistungsprüfung wegen Berufsunfähigkeit ergibt, dass die versicherte Person bedingungsgemäß berufsunfähig ist, werden die bereits erbrachten Leistungen wegen Krankschreibung von den Leistungen wegen Berufsunfähigkeit ersetzt. Haben wir bereits eine Leistung wegen schwerer Krebserkrankung erbracht und dauert die Krankschreibung wegen der ursprünglichen Krebserkrankung weiter an, so wird dieser Zeitraum auf den Leistungszeitraum wegen Krankschreibung angerechnet.

(8) Sie müssen die ununterbrochene Dauer der Krankschreibung der versicherten Person nachweisen. Wir sind leistungsfrei, wenn wir feststellen, dass eine ununterbrochene Krankschreibung der versicherten Person nicht mehr vorliegt oder nicht mehr nachgewiesen ist.

Unsere Leistungen enden zum Ablauf des Monats, in dem eine ununterbrochene Krankschreibung der versicherten Person nicht mehr vorliegt oder nicht mehr nachgewiesen ist, ohne dass es einer Mitteilung über die Beendigung der Leistungen an Sie bedarf. Ab diesem Zeitpunkt müssen Sie auch die Beiträge wieder zahlen, sofern die vereinbarte Beitragszahlungsdauer noch nicht abgelaufen ist und eine Berufsunfähigkeit der versicherten Person nicht vorliegt.

(9) Sie müssen uns unverzüglich informieren, wenn eine Krankschreibung nicht mehr vorliegt.

(10) Haben Sie oder die versicherte Person die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt (siehe § 12), und können wir deshalb vom Vertrag

zurücktreten, den Vertrag kündigen, ändern oder wegen arglistiger Täuschung anfechten, erbringen wir keine Leistungen wegen Krankschreibung, wenn wir aufgrund der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht leistungsfrei sind. Bereits erbrachte Leistungen wegen Krankschreibung müssen Sie in diesem Falle zurückerstatten.

(11) Soweit in den Absätzen 2 bis 10 nichts anderes bestimmt ist, finden diese Bedingungen für die Leistungen wegen Krankschreibung entsprechende Anwendung, insbesondere die Bestimmungen in § 9 „Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?“ sowie die „Bestimmungen zur Überschussbeteiligung nach § 9 Absatz 3“. Wenn nichts anderes vereinbart ist, gelten auch für die Leistungen wegen Krankschreibung die zu Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung getroffenen vertraglichen Vereinbarungen und Erklärungen einschließlich des Bezugsrechts sowie unserer Annahmeentscheidung.

Kapitalleistung

Anfangshilfe

(12) Wenn erstmals eine Rente wegen Berufsunfähigkeit fällig wird, zahlen wir zusätzlich einen Betrag in Höhe von drei garantierten Monatsrenten.

Wiedereingliederungshilfe

(13) Wenn die versicherte Person mindestens zwei Jahre ununterbrochen berufsunfähig im Sinne dieser Bedingungen war, und unsere Leistungspflicht entfällt (siehe § 16), weil die versicherte Person die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit wieder aufnimmt, eine andere berufliche Tätigkeit aufnimmt oder bei ihr eine Berufsunfähigkeit nach § 4 nicht mehr vorliegt, zahlen wir einen einmaligen Betrag in Höhe von sechs garantierten Monatsrenten (Wiedereingliederungshilfe). Die Wiedereingliederungshilfe können Sie mehrmals erhalten, wenn bei der versicherten Person die Voraussetzungen dafür jeweils erneut erfüllt sind und Versicherungsschutz besteht. Dies gilt nicht, wenn bei der versicherten Person erneut eine Berufsunfähigkeit aufgrund derselben medizinischen Ursache eintritt.

Der Ablauf einer befristeten Leistung bei Berufsunfähigkeit nach § 1 Absatz 1 c) oder d) allein begründet keinen Anspruch auf Leistung der Wiedereingliederungshilfe. Die übrigen Voraussetzungen der Wiedereingliederungshilfe gelten entsprechend.

Umorganisationshilfe

(14) Wenn eine Leistungspflicht nicht besteht oder unsere Leistungspflicht entfällt (siehe § 16), weil die versicherte Person ihren Betrieb zumutbar nach § 4 Absatz 4 umorganisieren könnte, zahlen wir einen einmaligen Betrag in Höhe von sechs garantierten Monatsrenten (Umorganisationshilfe). Die Umorganisationshilfe können Sie mehrmals erhalten, wenn bei der versicherten Person die Voraussetzungen dafür jeweils erneut erfüllt sind und Versicherungsschutz besteht. Dies gilt nicht, wenn bei der versicherten Person erneut eine Berufsunfähigkeit aufgrund derselben medizinischen Ursache eintritt.

Familienabsicherung

Leistung bei schwerer Erkrankung eines Kindes

(15) Tritt bei einem minderjährigen Kind, das dauerhaft – auch im Rahmen einer Dauerpflege – im Haushalt der versicherten Person lebt, eine schwere Erkrankung nach § 8 ein, zahlen wir einen Betrag in Höhe von zwölf garantierten Monatsrenten, höchstens 24.000 Euro.

(16) Sie müssen uns die schwere Erkrankung eines Kindes in Textform *– z. B. Papierform oder E-Mail –* mitteilen.

(17) Eine Leistung bei schwerer Erkrankung eines Kindes zahlen wir nicht, wenn entweder Symptome einer schweren Erkrankung oder die schwere Erkrankung innerhalb eines Jahres nach der Geburt des Kindes oder innerhalb eines Jahres nach Beginn des Versicherungsschutzes für diese Leistung aufgetreten sind oder auftreten. Dies gilt auch, falls die Voraussetzungen des § 8 zu einem späteren Zeitpunkt erfüllt sein sollten.

(18) Eine Leistung bei schwerer Erkrankung eines Kindes können Sie für jedes zu berücksichtigende Kind während der Versicherungsdauer einmal beanspruchen.

Leistung bei Pflegebedürftigkeit des Lebenspartners (Absätze 19 bis 20)

(19) Wird der Lebenspartner (Ehepartner, Lebensgefährte), der dauerhaft – auch im Rahmen einer Dauerpflege - im Haushalt der versicherten Person lebt, pflegebedürftig im Sinne von § 5, wird unter den dort genannten Voraussetzungen ein Betrag in Höhe von zwölf garantierten Monatsrenten gezahlt, höchstens 24.000 Euro. Die Leistung kann nur einmal verlangt werden.

(20) Die Wartezeit beträgt ab Beginn des Versicherungsschutzes für diese Leistung drei Jahre. Tritt Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 5 innerhalb der Wartezeit ein, erbringen wir keine Leistung bei Pflegebedürftigkeit des Lebenspartners. Ein Eintritt der Pflegebedürftigkeit des Lebenspartners innerhalb der Wartezeit hat zur Folge, dass Leistungen bei Pflegebedürftigkeit des Lebenspartners auch dann nicht erbracht werden, wenn die Pflegebedürftigkeit des Lebenspartners nach dem Ablauf der Wartezeit fortbesteht.

Leistung bei einer schweren Erkrankung, Dread Disease-Leistung

(21) Erkrankt die versicherte Person schwer, wird eine Einmalzahlung in Höhe von zwölf garantierten Monatsrenten, max. 24.000 Euro gezahlt.

(22) Die Kapitalleistung kann auch mehrfach in Anspruch genommen werden, jedoch je versicherter Krankheit grundsätzlich nur einmal. Nach einem Herzinfarkt, Schlaganfall oder Nierenversagen werden nach Eintritt einer der drei Krankheiten die jeweils anderen beiden schweren Krankheiten nicht mehr vom Versicherungsschutz umfasst. Eine Mehrfachleistung liegt nicht vor, wenn eine zweite schwere Krankheit dem Eintritt einer bereits zur Leistung geführten schweren Krankheit zuzuordnen ist (bspw. Gehirntumor zieht Erblindung nach sich).

(23) Die Dread-Disease-Leistung wird unabhängig von einer Rente wegen Berufsunfähigkeit und gegebenenfalls zusätzlich zu einer anderen Kapitalleistung (z.B. Anfangshilfe) oder einer Leistung wegen Familienabsicherung gezahlt.

(24) Die Wartezeit ab Beginn des Versicherungsschutzes für diese Leistung beträgt bei Krebs drei Monate, die Wartezeit nach einer Leistung beträgt drei Monate. Der Anspruch auf die Kapitalleistung entsteht grundsätzlich 14 Tage nach Diagnose einer bedingungsgemäßen schweren Erkrankung, sofern die versicherte Person diesen Zeitpunkt erlebt.

(25) Schwere Krankheiten, die durch einen Facharzt der entsprechenden Fachrichtung nachgewiesen werden müssen, sind:

- **Krebs, Leukämie**

  Bei einer Krebserkrankung muss eine der folgenden Diagnosen erstmals nachgewiesen werden:
  - ein solider bösartiger (nicht benigner, semi-maligner oder borderline) Tumor ab einer Tumorgröße T2
    - ausgenommen papilläre und follikuläre Schilddrüsenkarzinome T2 oder kleiner
      ausgenommen Prostatakarzinome unterhalb der Stadien T2b mit einem Gleason Score unter 7
    - ausgenommen alle Formen von Hautkrebs – außer dem schwarzen Hautkrebs (malignes Melanom) ab mindestens der TNM Klassifikation T2bN0M0
  - ein Tumor mit Lymphknoten- oder Fernmetastasen
  - ein Gehirntumor ab WHO II
  - eine Leukämie oder ein bösartiges Lymphom

  Die Diagnose muss anhand eines feingeweblichen Nachweises durch einen qualifizierten Onkologen oder Pathologen erfolgen. Nicht als Nachweis im Sinne dieser Bedingungen gelten Testverfahren, die auf dem Nachweis von zirkulierenden Tumorzellen oder Tumor-assoziierten Molekülen in Körperflüssigkeiten wie Blut, Speichel, Urin oder Stuhl (liquid biopsy) ohne histopathologischem Befund beruhen.

- **Herzinfarkt**

  Irreversibler Untergang eines Teils des Herzmuskels durch akuten Verschluss eines Herzkranzgefäßes. Die Diagnose muss gesichert sein durch typische Brustschmerzen, Erhöhung der herzmuskelspezifischen Laborwerte (Enzyme) und durch frische, für einen Herzinfarkt typische EKG–Veränderungen. Ausgeschlossen sind so genannte stumme Herzinfarkte.

- **Multiple Sklerose**

  Entmarkungskrankheit des Zentralnervensystems mit irreversiblen typischen neurologischen Ausfällen und typischen Krankheitsherden, nachgewiesen durch entsprechende bildgebende Untersuchungstechniken.

- **Schlaganfall**

  Schlaganfallereignis durch eine Hirnblutung oder einen Hirninfarkt infolge Verschlusses oder Ruptur eines Hirngefäßes oder infolge einer Embolie aus anderen Körperorganen. Der Schlaganfall muss zum plötzlichen Auftreten bleibender neurologischer Ausfallerscheinungen

geführt haben. Die neurologische Schädigung muss nachweislich während mindestens sechs Wochen nach dem Schlaganfall angedauert haben und ihre Dauerhaftigkeit prognostiziert werden.

- **Nierenversagen**
Dauerhaftes Versagen der Funktion beider Nieren (terminale Niereninsuffizienz), das eine Dauerdialyse oder eine Nierentransplantation erfordert.

- **Blindheit**
Vollständiges und nicht korrigierbares Fehlen des Augenlichts beidseitig. Als Blindheit gilt auch, wenn die Sehschärfe auf keinem Auge, auch nicht bei beidäugiger Prüfung, mehr als 1/50 beträgt.

- **Gehörverlust**
Vollständiger und nicht korrigierbarer Verlust des Gehörs beidseitig. Einem Gehörverlust gleichgesetzt wird eine Hörminderung um mindestens 90 Prozent ohne Korrekturmöglichkeit mit einem Hörgerät.

- **Querschnittslähmung**
Schädigung des Rückenmarks mit vollständiger und dauerhafter Lähmung beider Beine.

§ 3 Welche besonderen Regeln gelten, wenn Sie einen Nichtrauchertarif vereinbart haben?

Begriff des Nichtrauchers
(1) Bei der Risikoeinstufung der versicherten Person *– das ist die Person, auf deren Berufsfähigkeit die Versicherung abgeschlossen ist –* unterscheiden wir zwischen:

(a) Raucher
(b) Nichtraucher.

Von dieser Risikoeinstufung hängt die Beitragshöhe ab.

Nichtraucher ist, wer seit mindestens zwölf Monaten aktiv kein Nikotin durch Rauchen zu sich genommen hat und beabsichtigt, in Zukunft Nichtraucher zu bleiben. Rauchen meint das Konsumieren von Tabak unter Feuer, beispielsweise den Genuss von Zigaretten, Zigarillos, Zigarren oder Pfeifen. Hierunter fällt auch die Nutzung von elektronischen Rauchgeräten und Verdampfern, bei denen es zur Nikotinaufnahme über das Inhalieren von Aerosol kommt, wie beispielsweise bei E-Zigaretten, E-Zigarren, E-Pfeifen, E-Shishas oder IQOS.

Vorvertragliche Anzeigepflicht
(2) Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, uns wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen, ob Sie Raucher sind. Soll die Berufsfähigkeit einer anderen Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße Anzeige verantwortlich.

Unrichtige Angaben zum Rauchverhalten im Antrag können dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz vollständig verlieren, wenn die Voraussetzungen nach § 12 Absatz 5 (Rücktritt) oder § 12 Absatz 17 (Anfechtung) vorliegen. Ebenso ist in einem solchen Fall auch die Möglichkeit einer Vertragsänderung nach § 12 Absatz 11 gegeben.

§ 4 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

Berufsunfähigkeit
(1) Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person *– das ist die Person, auf deren Berufsfähigkeit die Versicherung abgeschlossen ist –* infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, nicht mehr zu mindestens 50 Prozent ausüben kann und auch keine andere Tätigkeit ausübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht. Dies bedeutet, dass bei der Prüfung des zuletzt ausgeübten Berufs der versicherten Person auch eine – im Vergleich zu einem vollzeitbeschäftigten Arbeitnehmer – sowohl kürzere als auch längere Arbeitszeit der Bewertung einer Berufsunfähigkeit zugrunde gelegt wird. Hat zum Beispiel die versicherte Person ihren letzten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, in Teilzeitbeschäftigung ausgeübt, ist diese Teilzeitbeschäftigung bei der Bewertung einer Berufsunfähigkeit maßgeblich.

Handelt es sich bei der Teilzeitbeschäftigung der versicherten Person um eine vorübergehende Reduzierung der Arbeitszeit aus anderen als gesundheitlichen Gründen, dann wird bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit – soweit es für Sie günstiger ist - auf den vor der Reduzierung ausgeübten Beruf in Vollzeit und die damit verbundene Lebensstellung abgestellt. Als vorübergehende Reduzierung gilt dabei ein Zeitraum von 60 Monaten ab dem tatsächlichen Beginn der Reduzierung auf eine befristete Teilzeittätigkeit. Als Teilzeittätigkeit gilt eine Wochenarbeitszeit von unter 30 Stunden.

Auf die abstrakte Verweisung der versicherten Person auf einen anderen Beruf verzichten wir. Dies bedeutet, dass wir nicht prüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit ausüben kann.

Die Lebensstellung wird wesentlich durch das von der versicherten Person aus ihrer beruflichen Tätigkeit bezogene Einkommen und die soziale Wertschätzung bestimmt, die dem Beruf der versicherten Person entgegengebracht wird. Die andere Tätigkeit entspricht nicht der bisherigen Lebensstellung der versicherten Person, wenn das in der anderen Tätigkeit erzielte Einkommen oder die der anderen Tätigkeit entgegengebrachte Wertschätzung spürbar unter das Niveau des bislang ausgeübten Berufs absinkt. Maßgeblich für die Beurteilung einer zumutbaren Minderung des Einkommens und der Wertschätzung in der anderen Tätigkeit sind auf der Grundlage der konkreten Umstände des Einzelfalles die Vorgaben der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Die dabei zumutbare Einkommensminderung beträgt höchstens 20 Prozent des im bislang ausgeübten Beruf erzielten jährlichen Bruttoeinkommens. Im begründeten Einzelfall kann auch eine Einkommensminderung unter 20 Prozent unzumutbar sein. Eine künftige Festlegung eines geringeren Prozentsatzes als zumutbare Einkommensminderung durch die höchstrichterliche Rechtsprechung beachten wir.

Ein Berufswechsel während der Versicherungsdauer ist vom Versicherungsschutz umfasst. Hat die versicherte Person als Folge einer fortschreitenden Krankheit oder eines Kräfteverfalls ihren Beruf leidensbedingt geändert, ist der bei Eintritt des Leidens ausgeübte Beruf bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit maßgebend. Bei Berufswechsel besteht keine Anzeigepflicht.

(2) Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, zu mindestens 50 Prozent außerstande gewesen, ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, auszuüben, und hat sie in dieser Zeit auch keine andere Tätigkeit ausgeübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht, gilt dieser Zustand von Beginn an als Berufsunfähigkeit.

Auf die abstrakte Verweisung der versicherten Person auf einen anderen Beruf verzichten wir. Dies bedeutet, dass wir nicht prüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit ausüben kann.

Berufsunfähigkeit bei geringfügig Beschäftigten
(3) Geht die versicherte Person einer geringfügigen Beschäftigung entsprechend dem Sozialgesetzbuch (4. Buch) nach, liegt Berufsunfähigkeit im Sinne von Absatz 1 Satz 1 auch vor, wenn die versicherte Person ihre geringfügige Beschäftigung infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls weniger als 3 Stunden pro Arbeitstag ausüben kann oder könnte.

Berufsunfähigkeit bei Selbständigen, freiberuflich Tätigen und Gesellschaftern bzw. Angestellten mit Unternehmensleitungsbefugnis
(4) Bei Selbständigen, freiberuflich Tätigen und Gesellschaftern bzw. Angestellten mit Unternehmensleitungsbefugnis ist für Berufsunfähigkeit im Sinne von Absatz 1 Satz 1 zusätzlich nachzuweisen, dass die versicherte Person auch bei möglicher und zumutbarer betrieblicher Umorganisation zu mindestens 50 Prozent außerstande sein wird, ihren Beruf auszuüben. Zumutbar ist eine Umorganisation, wenn sie wirtschaftlich und betrieblich zweckmäßig ist, keinen erheblichen Kapitalaufwand erfordert und die versicherte Person eine unternehmensleitende Stellung behält, die der bisherigen Lebensstellung (Absatz 1) entspricht.

Wir verzichten auf die Prüfung der Umorganisation, wenn die versicherte Person eine akademische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat und ihre berufliche Tätigkeit zu mindestens 90 Prozent aus kaufmännischen, planerischen, leitenden oder organisatorischen Tätigkeiten besteht. Zudem verzichten wir auf eine Umorganisation bei Kleinbetrieben mit weniger als fünf Angestellten, wobei Praktikanten, Auszubildende und Werkstudenten nicht berücksichtigt werden.

Bei weisungsgebundenen Arbeitnehmern verlangen wir keine Umorganisation.

Berufsunfähigkeit bei Schülern, Auszubildenden, Studenten und Hausfrauen bzw. Hausmännern
(5) Auch eine Tätigkeit als Schüler, Auszubildender, Student und Hausfrau bzw. Hausmann sehen wir als Beruf an.

- Berufsunfähigkeit während der Schulausbildung
  Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate zu mindestens 50 Prozent außerstande ist, ihre schulische Laufbahn zum gewünschten Bildungsziel zu durchlaufen oder einzelne, den Schulbesuch bzw. das Bildungsziel prägende Tätigkeiten auszuführen.

- Berufsunfähigkeit während der Berufsausbildung
  Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate zu mindestens 50 Prozent außerstande ist, ihre Ausbildung zum gewünschten Berufsziel zu durchlaufen oder einzelne, die Ausbildung prägende Tätigkeiten auszuführen oder den tatsächlichen Ausbildungsbedingungen in ihrem zeitlichen Rahmen und den sie prägenden Vorgaben zu genügen.
  Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn die versicherte Person eine andere berufliche oder schulische Ausbildung betreibt, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht, oder eine berufliche Tätigkeit ausübt, die ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

- Berufsunfähigkeit während eines Vollzeitstudiums
  Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate zu mindestens 50 Prozent außerstande ist, ihr Vollzeitstudium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule zum gewünschten Studienabschluss zu durchlaufen oder einzelne, das Studium prägende Tätigkeiten auszuführen.

  Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn die versicherte Person ein anderes Vollzeitstudium betreibt, das ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht, oder eine berufliche Tätigkeit ausübt, die ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

- Berufsunfähigkeit einer Hausfrau oder eines Hausmannes
  Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate zu mindestens 50 Prozent außerstande ist, ihre Aufgaben- und Tätigkeitsfelder im Rahmen der Führung des eigenen Haushalts auszuführen.

  Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn die versicherte Person eine andere berufliche Tätigkeit ausübt, die ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Berufsunfähigkeit aufgrund eines Tätigkeitsverbotes wegen einer Infektionsgefährdung
(6) Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn und solange

- eine behördliche Anordnung der versicherten Person die Ausübung ihres Berufs wegen einer von ihr ausgehenden krankheitsbedingten Infektionsgefahr ganz oder teilweise untersagt oder
- bei Bestehen einer Infektionsgefährdung von Patienten wegen einer von der versicherten Person ausgehenden krankheitsbedingten Infektionsgefahr über den Hygieneplan eines anerkannten Hygienikers belegt wird, welche Tätigkeiten die versicherte Person in ihrem Beruf noch und welche sie nicht mehr ausüben kann, und
- die versicherte Person dadurch zu mindestens 50 Prozent außerstande ist, ihre Tätigkeit auszuüben, und
- die versicherte Person auch keine andere Tätigkeit ausübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Die Tätigkeitseinschränkung muss sich über voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen erstrecken.

Berufsunfähigkeit bei Beamten
– gilt nicht für die betriebliche Altersversorgung –
(7) Ist die versicherte Person Beamter, liegt Berufsunfähigkeit im Sinne von Absatz 1 Satz 1 auch dann vor, wenn sie vor Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze aufgrund von Dienstunfähigkeit im Sinne des Beamtenrechts infolge ihres Gesundheitszustandes in den Ruhestand versetzt oder aus dem Beamtenverhältnis entlassen wird. Dies ist uns durch ein entsprechendes Zeugnis, das von einem Amtsarzt oder einem vom Dienstherrn als Gutachter beauftragten Arzt erstellt wurde, und durch die Verfügung über die Versetzung in den Ruhestand bzw. Entlassung aus dem Beamtenverhältnis nachzuweisen.

Wenn die versicherte Person infolge ihres Gesundheitszustandes wegen Dienstunfähigkeit vorzeitig in den Ruhestand versetzt wird, ist die Ausübung einer anderen Tätigkeit unerheblich.

Die vorstehenden Regelungen zur Dienstunfähigkeit gelten für Richter, Soldaten und Soldaten auf Zeit - für letztere mit der Einschränkung von § 1 Absatz 1c - entsprechend.

Einzelvertragliche Leistungsausschlüsse gelten auch für Leistungen bei Berufsunfähigkeit bei Beamten.

Berufsunfähigkeit bei Vollzugsbeamten
(8) Ist die versicherte Person Vollzugsbeamter, liegt – sofern mit uns vereinbart – Berufsunfähigkeit im Sinne von Absatz 1 Satz 1 vor, wenn sie vor Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze aufgrund von Vollzugsdienstunfähigkeit im Sinne des auf ihre Vollzugsdiensttätigkeit örtlich und sachlich anwendbaren Beamtenrechts infolge ihres Gesundheitszustandes in den Ruhestand versetzt oder aus dem Beamtenverhältnis entlassen wird. Dies ist uns durch ein entsprechendes Zeugnis, das von einem Amtsarzt oder einem vom Dienstherrn als Gutachter beauftragten Arzt erstellt wurde, und durch die Verfügung über die Versetzung in den Ruhestand bzw. Entlassung aus dem Beamtenverhältnis nachzuweisen.

Wenn die versicherte Person infolge ihres Gesundheitszustandes wegen Vollzugsdienstunfähigkeit vorzeitig in den Ruhestand versetzt wird, ist die Ausübung einer anderen Tätigkeit unerheblich.

Einzelvertragliche Leistungsausschlüsse gelten auch für Leistungen bei Berufsunfähigkeit von Vollzugsbeamten.

Berufsunfähigkeit nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben
(9) Auch nach dem Ausscheiden der versicherten Person aus dem Berufsleben können Sie diese Versicherung fortführen.

Werden später Leistungen beantragt, wird der vor dem Ausscheiden zuletzt ausgeübte Beruf und die zu diesem Zeitpunkt erreichte Lebensstellung für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit herangezogen.

Berufsunfähigkeit bei Erwerbsunfähigkeit bzw. voller Erwerbsminderung im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung
(10) Berufsunfähigkeit liegt ebenfalls vor, wenn und solange ein Träger der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland innerhalb der letzten zehn Jahre der Versicherungsdauer eine Erwerbsunfähigkeit bzw. eine volle Erwerbsminderung der versicherten Person ausschließlich aus medizinischen Gründen unbefristet anerkennt.

Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit
(11) Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die Voraussetzungen des § 5 vorliegen.

§ 5 Was ist Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person ärztlich nachgewiesen

- gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb der Hilfe durch andere bedarf und sie
- körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig ausgleichen oder bewältigen kann.

Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, ununterbrochen bestehen oder bereits mindestens sechs Monate ununterbrochen bestanden haben.

Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig gewesen, gilt dieser Zustand von Beginn an als Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

(2) Die Pflegebedürftigkeit beurteilt sich in Anlehnung an §§ 14 und 15 SGB XI – in der Fassung vom 01.01.2017 – und es muss mindestens eine Einstufung der Versicherten Person in Pflegegrad 2 vorliegen.
Eine Änderung der gesetzlichen Vorschriften des SGB XI –in der Fassung vom 01.01.2017 – wirkt sich auf die Voraussetzungen einer Leistung nach diesen Bedingungen nicht aus.

(3) Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt auch vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, auf Dauer voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen für mindestens vier der in Absatz 4 genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf oder bereits für mindestens sechs Monate ununterbrochen bedurfte.

(4) Bewertungsmaßstab für die Pflegebedürftigkeit sind die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe bei Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens durch eine andere Person.
Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

- **Fortbewegen**

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

- **Aufstehen und Positionswechsel**

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

- **Verrichten der Notdurft**

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

- **An- und Auskleiden**

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

- **Waschen**

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

- **Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken**

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

- **Kommunizieren**

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, mit anderen Personen zu kommunizieren, das heißt die versicherte Person kann elementare Bedürfnisse nur noch durch nonverbale Reaktionen (z. B. Mimik, Gestik, Lautäußerungen) mitteilen oder

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

- **Denkvermögen**

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

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

oder die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage,

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

- **Umgang mit Emotionen**

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

- Hilfe einer anderen Person beim Einschlafen, Weiterschlafen und bei der Bewältigung von motorisch geprägten Verhaltensauffälligkeiten (z. B. ständiges Aufstehen, zielloses Umhergehen) benötigt

oder

- verbal oder physisch aggressiv gegenüber sich selbst, anderen Personen oder Gegenständen wird und Unterstützung (z. B. bei der Körperpflege, der Nahrungsaufnahme) ablehnt

oder

- unter Angstattacken und Wahnvorstellungen leidet, d. h. sie fühlt sich verfolgt / bedroht / bestohlen und hat starke Ängste oder Sorgen

oder

- antriebslos und schwer depressiv ist, d. h. sie bringt keine Eigeninitiative für Aktivitäten oder Kommunikation auf, wirkt traurig und / oder apathisch.

(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten entsprechend auch für die Leistung bei Pflegebedürftigkeit des Lebenspartners (§ 2 Abs. 19 bis 20).

§ 6 Wann liegt Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 5 Absatz 2 vor?

Maßgebliche Bereiche und Kriterien

(1) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der versicherten Person *– das ist die Person, auf deren Leben die Versicherung abgeschlossen ist –* sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien:

a) Mobilität
b) kognitive und kommunikative Fähigkeiten
c) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
d) Selbstversorgung
e) Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
f) Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Die einzelnen Kriterien für die vorstehend genannten Bereiche finden Sie in der Anlage 1 zu § 6 am Ende dieser Versicherungsbedingungen. Diese Anlage ist Bestandteil Ihrer Versicherungsbedingungen.

Begutachtungsinstrument und Grad der Pflegebedürftigkeit
(2) Der Pflegegrad der versicherten Person richtet sich nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten. Der Pflegegrad wird mit Hilfe des in den Absätzen 3 und 4 erläuterten pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

(3) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in Absatz 1 entsprechen. In jedem Modul werden die dort jeweils genannten Kriterien je nach ihrer Intensität nach einem Punktesystem bewertet (Kategorien). Die Kategorien stellen die in den jeweiligen Modulen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet.

Die Bewertung der einzelnen Kriterien in den jeweiligen Modulen nach dem vorstehend beschriebenen Punktesystem finden Sie in der Anlage 1 zu § 6 am Ende dieser Versicherungsbedingungen. Diese Anlage ist Bestandteil Ihrer Versicherungsbedingungen.

(4) In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten den folgenden fünf festgelegten Punktbereichen zugeordnet, in denen jeweils die Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeit zum Ausdruck kommt. Dabei bezeichnet der

- Punktbereich 0:
  keine Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
- Punktbereich 1:
  geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
- Punktbereich 2:
  erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
- Punktbereich 3:
  schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
- Punktbereich 4:
  schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedes Modul erhält eine eigene Gewichtung in Prozent innerhalb der Gesamtbewertung zur Bestimmung des Grades der Pflegebedürftigkeit.

Jedem Punktbereich in einem der Module werden abhängig von der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeit gewichtete Punkte zugeordnet. Abweichend davon wird den Modulen 2 und 3 ein gemeinsamer gewichteter Punkt zugeordnet, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht.

Die Bewertungssystematik finden Sie in der Anlage 2 zu § 6 am Ende dieser Versicherungsbedingungen. Diese Anlage ist Bestandteil Ihrer Versicherungsbedingungen.

(5) Aus der Gesamtpunktzahl der gewichteten Punkte aller Module ergibt sich für die versicherte Person der entsprechende Pflegegrad:

- Pflegegrad 1 ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte
  geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten

- Pflegegrad 2 ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte
  erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten

- Pflegegrad 3 ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte
  schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten

- Pflegegrad 4 ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte
- schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten Pflegegrad 5 ab 90 bis 100 Gesamtpunkte
  schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

§ 7 Wann liegt eine schwere Krebserkrankung im Sinne von § 1 Absatz 2 dieser Bedingungen vor?

(1) Liegt bei der versicherten Person während der Versicherungsdauer eine schwere Krebserkrankung (Absatz 2) vor, so erbringen wir die vereinbarten Leistungen (§ 1 Absatz 2).

(2) Eine schwere Krebserkrankung liegt vor, wenn die versicherte Person
- zur Behandlung der Krebserkrankung eine Chemotherapie, eine Strahlentherapie oder eine immunmodulatorische Therapie begonnen hat oder diese unmittelbar bevorsteht und mindestens eine Metastase (beispielsweise in Lymphknoten, Knochen, Leber oder Lunge) festgestellt wurde oder
- sich zur Behandlung der Krebserkrankung einer Knochenmarktransplantation unterzogen hat oder diese unmittelbar bevorsteht oder
- sich wegen der Schwere der Erkrankung ohne Aussicht auf Heilung in einer palliativen Therapiesituation befindet.

(3) Das Vorliegen einer schweren Krebserkrankung ist stets durch einen onkologischen Facharztbericht nachzuweisen, der den Zeitpunkt der Erstdiagnose, Art und Ausbreitung der Krebserkrankung mit Angabe des Krankheitsstadiums sowie den Behandlungs- bzw. Therapieplan enthält.

(4) Haben Sie oder die versicherte Person die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt (siehe § 12), und können wir deshalb vom Vertrag zurücktreten, den Vertrag kündigen, ändern oder wegen arglistiger Täuschung anfechten, erbringen wir keine Leistungen wegen schwerer Krebserkrankung, wenn wir aufgrund der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht leistungsfrei sind. Bereits erbrachte Leistungen wegen schwerer Krebserkrankung müssen Sie in diesem Falle zurückerstatten.

(5) Die Leistungsdauer wegen schwerer Krebserkrankung ist insgesamt auf maximal 18 Monate begrenzt. Leistungsbeginn ist der nächste Monatserste, der auf die Diagnose einer bedingungsgemäßen Krebserkrankung (Absatz 2) folgt. Solange Leistungen wegen bedingungsgemäßer Berufsunfähigkeit erbracht werden, besteht kein Anspruch auf Leistung wegen schwerer Krebserkrankung. Sofern während der Leistungsdauer wegen schwerer Krebserkrankung eine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit anerkannt wird und Leistungen deshalb erbracht werden, ersetzen diese die Leistungen wegen schwerer Krebserkrankung. Einzelvertragliche Leistungsausschlüsse gelten auch für Leistungen bei einer schweren Krebserkrankung.

(6) Bei Beantragung von Leistungen wegen schwerer Krebserkrankung später als zwölf Monate nach der Diagnose einer bedingungsgemäßen Krebserkrankung (Absatz 2), muss zugleich ein Leistungsantrag wegen Berufsunfähigkeit gestellt werden.

(7) Die Bestimmungen des § 2 Absatz 12 (Anfangshilfe) und § 2 Absatz 13 (Wiedereingliederungshilfe) finden keine Anwendung auf Leistungen wegen schwerer Krebserkrankung.

§ 8 Was bedeutet schwere Erkrankung eines Kindes nach § 2 Absatz 15?

Schwere Erkrankungen im Sinne von § 2 Absatz 15 dieser Bedingungen, die durch einen Facharzt der entsprechenden Fachrichtung nachgewiesen werden müssen, sind:

Krebs
Krebs im Sinne dieser Bedingungen ist ein bösartiges Zellwachstum (z. B. Tumor), das durch unkontrolliertes Wachstum sowie durch das Eindringen in anderes Gewebe mit Tendenz zur Metastasenbildung gekennzeichnet ist. Unter den Begriff „Krebs“ fallen auch bösartige Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin.

Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen von Krebs ist, dass die Diagnose durch Vorlage des histologischen – bzw. für Leukämien zytologischen – Befundes bestätigt ist.

Zusätzlich muss mindestens eine der beiden folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

- aufgrund der Krebserkrankung wurde das erkrankte Kind mindestens 14 aufeinanderfolgende Tage lang ununterbrochen stationär in einem Krankenhaus behandelt. Reha-Kliniken gelten nicht als Krankenhaus im Sinne dieser Bedingungen.
- es handelt sich nicht um eine der folgenden Krebserkrankungen
  - alle Krebserkrankungen, die ausschließlich auf Basis molekularer oder biochemischer Verfahren nachgewiesen werden (z. B. durch den Nachweis von Tumor-DNA im Blut),
  - In-situ Krebs oder prämaligne und nicht-invasive Formen,
  - Prostatakrebs der histologisch nachgewiesenen TNM-Klassifikation T1N0M0 (UICC, Stand 2019),
  - Schilddrüsenkrebs der histologisch nachgewiesenen TNM-Klassifikation T1N0M0 (UICC, Stand 2019),
  - alle Basaliome, Melanome des histologisch nachgewiesenen Stadiums I (TNM Klassifikation, UICC, Stand 2019) sowie alle Hautkrebsformen, die kein Melanom sind. Liegt aber eine Fernmetastasenbildung vor, so werden wir leisten.
  - Alle bösartigen Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems bei denen keine regelmäßige und dauerhafte Bluttransfusion, systemische Chemotherapie, zielgerichtete Krebstherapie, Knochenmarktransplantation, hämatopoetische Stammzellentransplantation oder eine vergleichbare interventionelle Therapie größeren Umfangs durchgeführt wird.
  - Alle neuroendokrinen Tumore (NETs) und Neoplasmen (NENs) der histologisch nachgewiesenen Einstufung G1, PanNETG1, T1N0M0 (UICC, Stand 2019) oder niedriger.

Ein Anspruch auf Leistungen wegen schwerer Erkrankung eines Kindes besteht nicht, wenn erstmalige Symptome der Krebserkrankung innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes auftreten oder wenn eine Krebsdiagnose innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes erfolgt.

Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes beginnt die Frist von drei Monaten bezüglich des erhöhten Versicherungsschutzes neu.

Benigner Gehirntumor
Ein benigner Gehirntumor im Sinne dieser Bedingungen ist ein lebensbedrohlicher, nicht bösartiger Tumor des Gehirns.

Zusätzlich muss mindestens eine der beiden folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

- aufgrund der Tumorerkrankung wurde das erkrankte Kind mindestens 14 aufeinanderfolgende Tage lang ununterbrochen stationär in einem Krankenhaus behandelt. Reha-Kliniken gelten nicht als Krankenhaus im Sinne dieser Bedingungen.

- als Folge des Tumors sind klinische Zeichen des Hirndruckes wie z. B. Papillenödem, Hirnleistungsstörung, epileptische Anfälle oder motorische oder sensorische Beeinträchtigungen nachweisbar und es ist mindestens eine der folgenden Bedingungen erfüllt:
  - der Tumor wurde durch eine Operation teilweise oder vollständig entfernt.
  - die Behandlung des Tumors durch eine Chemo- oder Strahlentherapie wurde begonnen.
  - Es ist nur noch eine palliative Behandlung möglich.

Zysten, Verkalkungen, Granulome, Fehlbildungen in den Arterien oder Venen des Gehirns sowie Tumore der Gehirnanhangsdrüse und der Zirbeldrüse fallen nicht unter den Versicherungsschutz.

Ein Anspruch auf Leistungen wegen schwerer Erkrankung eines Kindes besteht nicht, wenn erstmalige Symptome eines benignen Gehirntumors innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes auftreten oder wenn eine Diagnose eines benignen Gehirntumors innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes erfolgt.

Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes beginnt die Frist von drei Monaten bezüglich des erhöhten Versicherungsschutzes neu.

Bakterielle Meningitis
Bakterielle Meningitis im Sinne dieser Bedingungen ist eine Entzündung der Hirn- oder Rückenmarkshäute, die durch eine Infektion mit Bakterien verursacht wird.

Zusätzlich muss mindestens eine der beiden folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

- aufgrund der Meningitiserkrankung wurde das erkrankte Kind mindestens 14 aufeinanderfolgende Tage lang ununterbrochen stationär in einem Krankenhaus behandelt. Reha-Kliniken gelten nicht als Krankenhaus im Sinne dieser Bedingungen.
- die Entzündung muss unter Berücksichtigung des Alters wesentliche Komplikationen zur Folge haben, die von mindestens sechswöchiger Dauer sind und mit einer dauerhaften neurologischen Beeinträchtigung einhergehen. Eine solche Komplikation ist wesentlich, wenn sie mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen zur Folge hat:
  - das erkrankte Kind ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel (wie z. B. einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls) eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen, ohne anhalten, sich abstützen oder sich setzen zu müssen.
  - das erkrankte Kind ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße –, ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen oder muss dauerhaft und irreversibel parenteral ernährt werden.
  - das erkrankte Kind hat dauerhaft, irreversibel und nicht therapierbar die Fähigkeit verloren, über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren.
  - das erkrankte Kind kann in Mini-Mental-Status-Tests (MMST) nicht mehr als 16 Punkte erreichen.

Enzephalitis
Enzephalitis im Sinne dieser Bedingungen ist eine Entzündung des Gehirns, einer Hirnhälfte, des Hirnstamms oder des Kleinhirns, die gewöhnlich durch Viren oder Bakterien verursacht ist. Zusätzlich muss mindestens eine der beiden folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

- aufgrund der Enzephalitiserkrankung wurde das erkrankte Kind mindestens 14 aufeinanderfolgende Tage lang ununterbrochen stationär in einem Krankenhaus behandelt. Reha-Kliniken gelten nicht als Krankenhaus im Sinne dieser Bedingungen.

- die Entzündung muss unter Berücksichtigung des Alters wesentliche Komplikationen zur Folge haben, die von mindestens sechswöchiger Dauer sind und mit einer dauerhaften neurologischen Beeinträchtigung einhergehen. Eine solche Komplikation ist wesentlich, wenn sie mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen zur Folge hat:
  - das erkrankte Kind ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel (wie z. B. einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls) eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen, ohne anhalten, sich abstützen oder sich setzen zu müssen.
  - das erkrankte Kind ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße –, ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen oder muss dauerhaft und irreversibel parenteral ernährt werden.
  - das erkrankte Kind hat dauerhaft, irreversibel und nicht therapierbar die Fähigkeit verloren, über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren.
  - das erkrankte Kind kann in Mini-Mental-Status-Tests (MMST) nicht mehr als 16 Punkte erreichen.

Polio (Kinderlähmung)
Polio im Sinne dieser Bedingungen ist eine eindeutig diagnostizierte schwere Infektion durch das Poliovirus.

Zusätzlich muss mindestens eine der beiden folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

- aufgrund der Polioerkrankung wurde das erkrankte Kind mindestens 14 aufeinanderfolgende Tage lang ununterbrochen stationär in einem Krankenhaus behandelt. Reha-Kliniken gelten nicht als Krankenhaus im Sinne dieser Bedingungen.
- die Infektion führt zu Lähmungserscheinungen, die sich in Form von eingeschränkter Atmungsfunktion oder eingeschränkten motorischen Fähigkeiten äußern. Außerdem verursacht die Infektion ein neurologisches Defizit, das sich in Form von dauerhaften, irreversiblen Lähmungen in mindestens einer Gliedmaße äußert.

Lähmung
Lähmung im Sinne dieser Bedingungen ist die vollständige und dauerhafte Lähmung von zwei Armen und/oder zwei Beinen und/oder einer Körperhälfte als Folge eines Unfalls oder einer Krankheit.

Taubheit
Taubheit im Sinne dieser Bedingungen ist der irreversible und nicht therapierbare Verlust der Hörfähigkeit für alle Schallreize unterhalb von 90 Dezibel aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls. Es besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung die Hörfähigkeit durch ein Hörgerät, Implantat oder durch andere Hilfsmittel derart verbessert werden kann, dass auch Schallreize unterhalb von 90 Dezibel gehört werden könnten.

§ 9 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

(1) Ihr Vertrag ist grundsätzlich überschussberechtigt. Umfang und Bemessungsgrundlagen der Überschussbeteiligung richten sich nach der jeweils zum Zeitpunkt einer Zuteilung geltenden Fassung der maßgeblichen gesetzlichen Regelungen, derzeit § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG). Die Überschussbeteiligung umfasst nach der derzeitigen Fassung des § 153 VVG eine Beteiligung an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven. Die Überschüsse und die Bewertungsreserven ermitteln wir nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches und veröffentlichen sie jährlich im Geschäftsbericht. Die Überschussbeteiligung kann auch null Euro betragen (Absatz 4).

Wir erläutern Ihnen,

- wie wir die Überschussbeteiligung für die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit ermitteln (Absatz 2)
- wie die Überschussbeteiligung Ihres konkreten Vertrags erfolgt (Absatz 3) und
- warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren können und diese auch null Euro betragen kann (Absatz 4).

(2) Wie ermitteln wir die Überschussbeteiligung für die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit?
Dazu erklären wir Ihnen

- aus welchen Quellen die Überschüsse stammen (a)
- wie wir mit diesen Überschüssen verfahren (b) und
- wie Bewertungsreserven entstehen und wir diese zuordnen (c).

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

(a) Überschüsse können aus drei verschiedenen Quellen entstehen:

- den Kapitalerträgen (aa),
- dem Risikoergebnis (bb) und
- dem übrigen Ergebnis (cc).

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

(aa) Kapitalerträge
Von den Nettoerträgen der nach dieser Verordnung maßgeblichen Kapitalanlagen erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den dort genannten prozentualen Anteil. In der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung sind grundsätzlich 90 Prozent vorgeschrieben. Aus diesem Betrag werden zunächst die Mittel entnommen, die für die garantierten Leistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer. Da die Beiträge Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung der Deckung von Berufsunfähigkeitsrisiken dienen, stehen vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung, um Kapital zu bilden, aus dem Kapitalerträge entstehen können.

(bb) Risikoergebnis
In der Berufsunfähigkeitsversicherung ist der wichtigste Einflussfaktor auf die Überschüsse vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit die Entwicklung des versicherten Risikos (Berufsunfähigkeitsrisiko). Überschüsse entstehen, wenn die Aufwendungen für das Berufsunfähigkeitsrisiko sich günstiger entwickeln als bei der Tarifkalkulation zugrunde gelegt. In diesem Fall müssen wir weniger Renten als ursprünglich angenommen zahlen und können daher die Versicherungsnehmer an dem entstehenden Risikoergebnis beteiligen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 90 Prozent beteiligt.

(cc) Übriges Ergebnis
Am übrigen Ergebnis werden die Versicherungsnehmer nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 50 Prozent beteiligt. Überschüsse aus dem übrigen Ergebnis können beispielsweise entstehen, wenn

- die Kosten niedriger sind als bei der Tarifkalkulation angenommen,
- wir andere Einnahmen als aus dem Versicherungsgeschäft haben, z. B. Erträge aus Dienstleistungen, die wir für andere Unternehmen erbringen.

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

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

- zur Abwendung eines drohenden Notstandes,
- um unvorhersehbare Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen auszugleichen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder
- um die Deckungsrückstellung zu erhöhen, wenn die Rechnungsgrundlagen auf Grund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen.

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

(c) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen, die für künftige Leistungen vorgesehen sind, über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen im Geschäftsbericht ausgewiesen sind. Da vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit keine oder allenfalls geringe Beträge zur Verfügung stehen, um Kapital zu bilden, entstehen auch keine oder nur geringe Bewertungsreserven. Soweit Bewertungsreserven überhaupt entstehen, ermitteln wir deren Höhe jährlich neu, zusätzlich auch

- zum Zeitpunkt der Beendigung des Vertrags vor dem Eintritt einer Berufsunfähigkeit,
- bei Ablauf der Versicherungsdauer,
- bei Beginn einer Rentenzahlung wegen Berufsunfähigkeit sowie
- während einer Rentenzahlung wegen Berufsunfähigkeit jeweils zum Ende des Versicherungsjahres.

Die Bewertungsreserven, die nach gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ordnen wir den Verträgen anteilig rechnerisch zu (Absatz 3 a).

(3) Wie erfolgt die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages?
(a) Wir haben gleichartige Versicherungen (z. B. Rentenversicherung, Risikoversicherung) zu Abrechnungsverbänden zusammengefasst und teilweise nach engeren Gleichartigkeitskriterien innerhalb der Abrechnungsverbände Untergruppen (Überschussverbände) gebildet. Abrechnungsverbände bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen. Die Überschüsse verteilen wir auf die einzelnen Abrechnungs- und Überschussverbände nach einem verursachungsorientierten Verfahren, und zwar in dem Maß, wie die Abrechnungs- und Überschussverbände zur Entstehung von Überschüssen beigetragen haben.

Ihr Vertrag erhält Anteile an den Überschüssen desjenigen Abrechnungs- und Überschussverbands, die in Ihrem Versicherungsschein genannt sind. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze legen wir jedes Jahr fest. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Diesen können Sie auf unserer Homepage einsehen.

Haben ein Abrechnungs- und Überschussverband nicht zur Entstehung von Überschüssen beigetragen, bekommen sie keine Überschüsse zugewiesen.

(b) Bei Beendigung des Vertrags vor dem Eintritt einer Berufsunfähigkeit, bei Ablauf der Versicherungsdauer sowie bei Beginn einer Rentenzahlung wegen Berufsunfähigkeit gilt Folgendes: Wir teilen Ihrem Vertrag dann den für diesen Zeitpunkt zugeordneten Anteil an den Bewertungsreserven entsprechend den jeweils geltenden gesetzlichen (§ 153 VVG) und aufsichtsrechtlichen Regelungen zu. Auch während des Rentenbezuges werden wir Sie entsprechend an den Bewertungsreserven beteiligen, jedoch erstmals nach Ende des Versicherungsjahres, das ein Jahr nach Beginn einer Rentenzahlung wegen Berufsunfähigkeit endet. Gesetzliche und aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

(c) Die für die Überschussbeteiligung geltenden Berechnungsgrundsätze sind in den „Bestimmungen zur Überschussbeteiligung nach § 9 Absatz 3“ enthalten. Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Versicherungsbedingungen.

(4) Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?
Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab, die nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar sind. Wichtigster Einflussfaktor ist die Entwicklung des Berufsunfähigkeitsrisikos. Aber auch die Entwicklung des Kapitalmarkts und der Kosten ist von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden und sogar null Euro betragen. Über die Entwicklung Ihrer Überschussbeteiligung werden wir Sie jährlich unterrichten.

§ 10 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. Ihr Versicherungsschutz beginnt um 12 Uhr mittags an dem im Versicherungsschein genannten Tag. Allerdings kann unsere Leistungspflicht entfallen, wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen (siehe § 21 Absätze 2 und 3 und § 22).

§ 11 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache die Berufsunfähigkeit beruht. Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:

(a) durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte *Person – das ist die Person, auf deren Berufsfähigkeit die Versicherung abgeschlossen ist*. Wir werden jedoch leisten, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist durch eine Ordnungswidrigkeit oder ein Vergehen im Straßenverkehr; im Falle eines Vergehens im Straßenverkehr leisten wir jedoch nicht, wenn dieses im Zusammenhang steht mit Alkohol-, Drogen- und Medikamentenmissbrauch, Fahren ohne Fahrerlaubnis, einem unbefugten Gebrauch eines Fahrzeugs, einer Nötigung, einem verbotenen Kraftfahrzeugrennen oder Straftaten nach § 315 b StGB;

(b) durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;

(c) 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.

(d) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;

(e) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden, dass zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Einrichtung tätig wurde;

(f) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse. Unsere Leistungen sind nicht ausgeschlossen, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig wird, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war sowie außerhalb der territorialen Grenzen der NATO-Mitgliedsstaaten als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei bei mandatierten (NATO oder UNO) humanitären Hilfeleistungen oder friedenssichernden Maßnahmen.

(2) Versicherungsschutz besteht außerdem nicht, wenn

- die Berufsunfähigkeit unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder durch den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen verursacht wird,
- der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und
- die durch den Einsatz oder das Freisetzen verursachten Versicherungsfälle den Leistungsbedarf gegenüber den Rechnungsgrundlagen für die Berechnung der Deckungsrückstellung so erhöhen, dass die dauernde Erfüllbarkeit der versicherten Leistungen beeinträchtigt wird und ein unabhängiger Treuhänder dies innerhalb von zwölf Monaten nach dem Ereignis überprüft und bestätigt hat.

§ 12 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 *– z. B. Papierform oder E-Mail –* 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 so behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

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

- vom Vertrag zurücktreten,
- den Vertrag kündigen,
- den Vertrag ändern oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten

können.

Rücktritt
(5) Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, können wir vom Vertrag zurücktreten. Das Rücktrittsrecht besteht nicht, wenn weder eine vorsätzliche noch eine grob fahrlässige Anzeigepflichtverletzung vorliegt. Selbst wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir trotzdem kein Rücktrittsrecht, falls wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen *(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, zahlen wir das nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechnete Deckungskapital des Vertrags. Darüber hinaus zahlen wir den Teil des laufenden Beitrags zurück, der auf den Teil der laufenden Versicherungsperiode nach Wirksamwerden der Rücktrittserklärung entfällt. Die Rückzahlung der gesamten 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. Wir verzichten auf unser Kündigungsrecht, wenn weder Sie noch die versicherte Person *– das ist die Person, auf deren Berufsfähigkeit die Versicherung abgeschlossen ist –* die Anzeigepflichtverletzung zu vertreten haben.

(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 nach Maßgabe des § 23 Absatz 5 in einen beitragsfreien Vertrag um.

Vertragsänderung
(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 (Absatz 5 Satz 3 und Absatz 9), werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben weder Sie noch die versicherte Person die Anzeigepflichtverletzung zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode (siehe § 21 Absatz 2 Satz 3) Vertragsbestandteil; auf dieses Recht verzichten wir.

(12) Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung über die Vertragsänderung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn

- wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 Prozent erhöhen oder
- wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

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

Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte
(13) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

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

(15) Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei 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 Vertragsänderung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist zehn Jahre.

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

Leistungserweiterung/Wiederherstellung des Vertrags
(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 Vertrags bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

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

§ 13 Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?

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

(a) ein Zeugnis über den Tag der Geburt der versicherten Person *– das ist die Person, auf deren Berufsfähigkeit die Versicherung abgeschlossen ist;*

(b) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;

(c) ausführliche Berichte der Ärzte, 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 die Auswirkungen im Hinblick auf eine Pflegebedürftigkeit;

(d) eine Beschreibung des zuletzt ausgeübten Berufs der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über danach eingetretene Veränderungen;

(e) Angaben über Einkommen aus beruflicher Tätigkeit;

(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) bei Dienstunfähigkeit (§ 4 Absatz 7) oder Vollzugsdienstunfähigkeit (§ 4 Absatz 8) ein entsprechendes Zeugnis, das von einem Amtsarzt oder einem vom Dienstherrn als Gutachter beauftragten Arzt erstellt wurde, die Verfügung über die Versetzung der versicherten Person in den Ruhestand bzw. deren Entlassung aus dem Beamtenverhältnis; dies gilt für Richter, Soldaten und Soldaten auf Zeit entsprechend;

(h) eine Aufstellung

- der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war, ist oder – sofern bekannt – sein wird,
- der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger oder sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Berufsunfähigkeit geltend machen könnte,
- über den derzeitigen Arbeitgeber und frühere Arbeitgeber der versicherten Person;

(i) bei schwerer Erkrankung eines Kindes (§ 2 Absätze 15 bis 18)

- ein Zeugnis über den Tag der Geburt des Kindes,
- ein Zeugnis darüber, dass das Kind dauerhaft im Haushalt der versicherten Person lebt,
- ausführliche fachärztliche Berichte der Ärzte, die das Kind gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über das Vorliegen einer schweren Erkrankung nach § 7;

(j) bei Pflegebedürftigkeit des Lebenspartners (§ 2 Absätze 19 bis 20)

- ein Zeugnis über den Tag der Geburt des Lebenspartners,
- ein Zeugnis darüber, dass der Lebenspartner dauerhaft im Haushalt der versicherten Person lebt,
- das Gutachten des Trägers der sozialen oder privaten Pflegeversicherung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit,
- wenn das Gutachten nicht geeignet ist, unsere Leistungspflicht zu begründen, oder wenn ein Gutachten nicht erstellt worden ist,
  - ausführliche Berichte der Ärzte, die den Lebenspartner gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens der versicherten Person sowie über Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit des Lebenspartners,
  - eine Bescheinigung des Pflegedienstes oder der Einrichtung, die mit der Pflege des Lebenspartners betraut ist, über Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit und Pflege,
- eine Aufstellung über
  - die Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen der Lebenspartner in Behandlung war, ist oder – sofern bekannt – sein wird,
  - die Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger oder sonstige Versorgungsträger, bei denen der Lebenspartner ebenfalls Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit geltend machen könnte oder bereits geltend gemacht hat.

(k) bei vorübergehender Teilzeittätigkeit einen Teilzeit-Arbeitsvertrag, woraus die Befristung ersichtlich ist;

(2) Wir können außerdem auf unsere Kosten weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Wenn wir dies verlangen, übernehmen wir die Kosten der Begutachtung sowie die notwendigen Reise- und Übernachtungskosten in angemessener Höhe. Als angemessen betrachten wir hierbei

- eine Bahnfahrt 2. Klasse oder - falls erforderlich bzw. preisgünstiger - einen Economy Flug oder Reisekosten mit dem Auto von 30 Cent pro Kilometer zuzüglich Mautgebühren und Parkgebühren sowie
- eine erforderliche Übernachtung in einem Mitteklasse-Hotel (3 bis 4 Sterne), wobei Verpflegungskosten nicht beinhaltet sind.

Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, prüfen wir, ob wir eine Begutachtungsmöglichkeit vor Ort finden, die den Anforderungen eines unabhängigen fachärztlichen Gutachtens entspricht. Ein Recht auf eine Begutachtung im Ausland wird dadurch nicht begründet. Andernfalls können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir auch die Reise- und Übernachtungskosten in angemessener Höhe.

Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser, sonstige Krankenanstalten, Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder Pflege war oder sein wird, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen.

(3) Lässt die versicherte Person Behandlungsmaßnahmen, die der behandelnde oder untersuchende Arzt anordnet oder empfiehlt, nicht durchführen, hat dies keinen Einfluss auf die Feststellung und Anerkennung von Berufsunfähigkeitsleistungen, wenn es sich um einschneidende Maßnahmen handelt (z. B. Operationen, Strahlentherapie, Chemotherapie). Die versicherte Person muss jedoch auf Grund der allgemeinen gesetzlichen Schadenminderungspflicht zumutbaren, sach- und fachkundigen ärztlichen Anordnungen oder Empfehlungen mit dem Ziel, die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu mindern, Folge leisten. Zumutbar sind ärztliche Anordnungen oder Empfehlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind. Dazu zählen z. B. die Teilnahme an Kur- und Reha-Maßnahmen – auch auf psychiatrischem oder psychosomatischem Fachgebiet –, die Einnahme verordneter Medikamente, die Verwendung von Seh- und Hörhilfen sowie orthopädischer und anderer medizinisch-technischer Hilfen, die Durchführung logopädischer, physio- oder psychotherapeutischer Behandlungen. Außerdem müssen die ärztlichen Anordnungen oder Empfehlungen sichere Aussicht auf zumindest Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person bis zur Leistungsgrenze bieten.

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

(5) Unsere Leistungen überweisen wir der empfangsberechtigten Person auf ihre Kosten. Bei Überweisung von Leistungen in Länder außerhalb des Einheitlichen Euro-Zahlungsverkehrsraums „SEPA“ (dieser umfasst derzeit die Europäische Union, Island, Norwegen, die Schweiz, Liechtenstein, Monaco, Staat Vatikanstadt, Andorra, das Vereinigte Königreich und San Marino) trägt die empfangsberechtigte Person die damit verbundene Gefahr.

§ 14 Wie unterstützen wir Sie, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?

Wird eine Leistung wegen Berufsunfähigkeit beansprucht, unterstützen wir Sie auf Wunsch bei der Darlegung der Leistungsvoraussetzungen, insbesondere bei der Stellung des Antrags auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit. Dazu nennen wir Ihnen frühzeitig einen persönlichen Ansprechpartner, der Sie – soweit möglich – betreut und Ihnen für Ihre Fragen zu Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung zur Verfügung steht. Sofern Sie es wünschen und es für die Prüfung unserer Leistungspflicht sinnvoll ist, kann auch ein Besuch zuhause bei Ihnen oder der versicherten Person *– das ist die Person, auf deren Berufsfähigkeit die Versicherung abgeschlossen ist –* erfolgen.

Wir geben Ihnen außerdem Hilfestellung für eine berufliche Reintegration. Insbesondere umfasst dies eine berufliche Integrations- und Rehabilitationsberatung mit folgenden Inhalten:

- Unterstützung bei geeigneten Berufsfindungsmaßnahmen, z. B. durch die Benennung der jeweils zuständigen Stellen und Leistungsträger
- Darstellung geeigneter Rehabilitationsmaßnahmen (medizinisch und berufskundlich)
- Beratung von Selbständigen bei Fragen zu einer betrieblichen Umgestaltung bzw. Umorganisation.

Die Beratung wird von uns bzw. durch von uns beauftragte anerkannte Fachleute auf dem Gebiet der Dienstleistung für Rehabilitation angeboten; als sinnvoll erkannte Maßnahmen werden von uns eingeleitet und begleitet. Auch für medizinische Fragen zu Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung stehen wir bzw. von uns beauftragte anerkannte Fachleute auf medizinischem Fachgebiet Ihnen zur Verfügung.

Die versicherte Person ist nicht verpflichtet, diese Hilfe anzunehmen.

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

Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in Textform *– z. B. Papierform oder E-Mail –*, ob und in welchem Umfang wir eine Leistungspflicht anerkennen. Diese Erklärung werden wir innerhalb von acht Arbeitstagen nach Vorliegen aller entscheidungserheblichen Unterlagen (siehe § 13) abgeben. Dabei werden wir keine zeitlich begrenzten Anerkenntnisse aussprechen. Während der Prüfung werden wir Sie regelmäßig, mindestens alle vier Wochen, über den Sachstand informieren und zeitnah fehlende Unterlagen anfordern.

§ 16 Was gilt nach Anerkennung der Berufsunfähigkeit?

Mitteilungspflicht

(1) Wir verzichten darauf, dass Sie uns eine Minderung oder den Wegfall der Berufsunfähigkeit bzw. der Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit der versicherten Person *– das ist die Person, auf deren Berufsfähigkeit die*

Versicherung abgeschlossen ist – mitteilen. Wir verzichten ebenso darauf, dass Sie uns eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mitteilen.

Nachprüfung
(2) Wenn wir unsere Leistungspflicht anerkannt haben oder sie gerichtlich festgestellt worden ist, sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nachzuprüfen; dies gilt auch während Karenzzeiten. Dabei können wir erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von § 4 Absatz 1 ausübt, wobei neu erworbene berufliche Fähigkeiten zu berücksichtigen sind.

(3) 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 § 13 Absatz 2 gelten entsprechend.

Leistungsfreiheit
(4) Wir sind leistungsfrei, wenn wir feststellen, dass die in § 1 und § 4 genannten Voraussetzungen der Leistungspflicht entfallen sind und wir Ihnen diese Veränderung in Textform *– z. B. Papierform, E-Mail –* 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, sofern die vereinbarte Beitragszahlungsdauer noch nicht abgelaufen ist.

Wenn Sie mit uns die Erhöhung der garantierten Berufsunfähigkeitsrente während einer Rentenzahlung wegen Berufsunfähigkeit vereinbart haben, ist ab dem Zeitpunkt unserer Leistungsfreiheit die Berufsunfähigkeitsrente in der Höhe zum Zeitpunkt des Eintritts unserer Leistungspflicht (siehe § 15) versichert.

Wir sind auch leistungsfrei, wenn bei der versicherten Person eine Dienstunfähigkeit (siehe § 4 Absatz 7) oder Vollzugsdienstunfähigkeit (siehe § 4 Absatz 8) weggefallen ist; dies gilt für Richter, Soldaten und Soldaten auf Zeit entsprechend.

§ 17 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 13 oder § 16 von Ihnen, der versicherten Person *– das ist die Person, auf deren Berufsfähigkeit die Versicherung abgeschlossen ist –* oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, leisten wir nicht. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform *– z. B. Papierform, E-Mail –* auf diese Rechtsfolge 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, bei Vereinbarung einer Karenzzeit jedoch frühestens nach Ablauf der Karenzzeit.

§ 18 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

(1) Wir können Ihnen den Versicherungsschein in Textform *– z. B. Papierform, E-Mail –* 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.

§ 19 Wer erhält die Leistung?

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

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

Wenn Sie ein Bezugsrecht **widerruflich** bestimmen, erwirbt der Bezugsberechtigte das Recht auf die Leistung erst mit dem Eintritt des Versicherungsfalls. Deshalb können Sie Ihre Bestimmung bis zum Eintritt des 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) Ansprüche auf Rentenleistungen aus diesem Vertrag können Sie nicht abtreten oder verpfänden. Soweit darüber hinaus eine Abtretung oder Verpfändung rechtlich möglich ist, gelten die Ausführungen in Absatz 4.

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 *– z. B. Papierform oder E-Mail –* angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie als unser Versicherungsnehmer. Es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits zuvor Verfügungen (z. B. unwiderrufliche Bezugsberechtigung, Abtretung, Verpfändung) getroffen haben.

§ 20 Wann können die Beiträge und Leistungen angepasst werden?

(1) Wir sind zu einer Neufestsetzung des vereinbarten Beitrags berechtigt, wenn

- sich der Leistungsbedarf nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den Rechnungsgrundlagen des vereinbarten Beitrags geändert hat,
- der nach den berichtigten Rechnungsgrundlagen neu festgesetzte Beitrag angemessen und erforderlich ist, um die dauernde Erfüllbarkeit der Leistung zu gewährleisten, und
- ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die vorstehenden Voraussetzungen überprüft und bestätigt hat.

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

(2) Sie können verlangen, dass anstelle einer Erhöhung des Beitrags nach Absatz 1 die Leistungen entsprechend herabgesetzt werden. Bei einem beitragsfreien Vertrag sind wir unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 zur Herabsetzung der Leistungen berechtigt.

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

§ 21 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

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

(2) Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich *– d. h. ohne schuldhaftes Zögern –* nach Abschluss des Vertrags 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, die wir Ihnen in Textform zusenden, erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass wir den Beitrag wiederholt nicht einziehen konnten, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

(4) Sie müssen die Beiträge auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten zahlen.

Stundung der Beiträge
– gilt nicht für die betriebliche Altersversorgung
(5) Frühestens drei Jahre nach Vertragsabschluss können Sie verlangen, dass die Beiträge bis zu 24 Monate gestundet werden, bei gesetzlicher Elternzeit bis zu 36 Monate. Hierfür müssen Sie Stundungszinsen zahlen. Wenn Sie uns nachweisen, dass Sie während des Stundungszeitraums arbeitslos oder in Kurzarbeit sind, sich in gesetzlicher Elternzeit oder in Elternzeit außerhalb gesetzlicher Elternzeit befinden, eine berufliche Bildungsmaßnahme in Form einer Umschulung oder mit dem Ziel einer Qualifizierung ab Niveau 6 des deutschen Qualifikationsrahmens durchlaufen, Pflegezeit nach dem Gesetz über die Pflegezeit oder nach dem Gesetz über die Familienpflegezeit in Anspruch nehmen, oder dass die versicherte Person *– das ist die Person, auf deren Berufsfähigkeit die Versicherung abgeschlossen ist –* pflegebedürftig ist, verlangen wir für maximal 12 Monate keine Stundungszinsen.
Der vereinbarte Versicherungsschutz bleibt während der Stundung unverändert erhalten.

(6) Nach Ablauf des Stundungszeitraums können Sie die gestundeten Beiträge einschließlich der darauf entfallenden Stundungszinsen in einem Betrag oder innerhalb eines Zeitraums von bis zu 36 Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten nachzahlen. Die gestundeten Beiträge und die Stundungszinsen können auch durch eine Vertragsänderung (z.B. Beitragserhöhung oder Herabsetzung der Leistungen) ausgeglichen werden.

(7) Bei Fälligkeit einer Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

Versicherungsteuer als Teil des vereinbarten Beitrags
(8) Ist der Beitrag nicht von der Versicherungsteuer befreit, gilt die Versicherungsteuer im Verhältnis zwischen Ihnen und uns als Teil des vereinbarten Beitrags. Sie wird daher von einer erteilten Lastschriftermächtigung mit umfasst. Dies gilt auch dann, wenn die Steuerpflicht erst nachträglich entsteht. Nähere Informationen zur Versicherungsteuer finden Sie im Steuermerkblatt unter der Überschrift „Versicherungsteuer“.

§ 22 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. Wir sind nicht zum Rücktritt berechtigt, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.

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

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

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

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

(6) Sie können den angeforderten Betrag auch dann noch nachzahlen, wenn unsere Kündigung wirksam geworden ist. Nachzahlen können Sie nur

- innerhalb eines Monats nach der Kündigung
- oder, wenn die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf.

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

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

Kündigung
(1) Sofern keine anerkannten oder festgestellten Ansprüche bestehen, können Sie Ihren Vertrag jederzeit zum Schluss einer Versicherungsperiode (siehe § 21 Absatz 2 Satz 3) in Textform *– z. B. Papierform oder E-Mail –* kündigen.

Sie können Ihren Vertrag auch **teilweise** kündigen, wenn die verbleibende beitragspflichtige Berufsunfähigkeitsrente oder der verbleibende Beitrag nicht unter den Mindestbetrag sinken, der in unseren „Bestimmungen über Kosten und tarifabhängige Begrenzungen nach § 27“ festgelegt ist. Ist diese Rente oder der verbleibende Beitrag niedriger, hat das zur Folge, dass Ihre Teilkündigung unwirksam ist. Wenn Sie in diesem Fall Ihren Vertrag beenden wollen, müssen Sie diesen **ganz** kündigen. Bei teilweiser Kündigung gelten die folgenden Regelungen nur für den gekündigten Vertragsteil.

Die Versicherung endet zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Kündigung, der Versicherungsschutz entfällt. Ein Rückkaufswert wird nicht gezahlt.

Ansprüche aus diesem Vertrag, die auf bereits vor dem Wirksamwerden der Kündigung des Vertrags eingetretener Berufsunfähigkeit beruhen, werden durch Kündigung des Vertrags nicht berührt.

Überschussbeteiligung
(2) Nach Kündigung wird die Überschussbeteiligung nach Abzug von Beitragsrückständen ausgezahlt. Die Überschussbeteiligung setzt sich zusammen aus:

- den Ihrem Vertrag bereits zugeteilten Überschussanteilen,
- dem Schlussüberschussanteil nach den „Bestimmungen zur Überschussbeteiligung nach § 9 Absatz 3“ dieser Bedingungen und
- den Ihrem Vertrag nach § 9 Absatz 3 zuzuteilenden Bewertungsreserven oder einer etwaigen Mindestbeteiligung an Bewertungsreserven, soweit bei Kündigung vorhanden.

Keine Beitragsrückzahlung oder Kapitalabfindung
(3) Sie können weder die Rückzahlung der Beiträge, noch eine Kapitalzahlung zur Abfindung anerkannter oder festgestellter Ansprüche verlangen.

Umwandlung in einen beitragsfreien Vertrag
(4) Anstelle einer Kündigung nach Absatz 1 können Sie zum nächsten oder einem folgenden Beitragszahlungstermin in Textform *– z. B.*

Papierform oder E-Mail – verlangen, ganz oder teilweise von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Fall setzen wir die garantierte Berufsunfähigkeitsrente ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Rente herab. Diese wird nach folgenden Gesichtspunkten berechnet:

- nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation und
- für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode.

Der aus Ihrem Vertrag für die Bildung der beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente zur Verfügung stehende Betrag mindert sich um rückständige Beiträge.

Ansprüche aus diesem Vertrag, die auf bereits vor dem Wirksamwerden der Beitragsfreistellung der Versicherung eingetretener Berufsunfähigkeit beruhen, werden durch Beitragsfreistellung des Vertrags nicht berührt.

(5) Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht verlangt und erreicht die nach Absatz 4 zu berechnende beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente den Mindestbetrag nach unseren „Bestimmungen über Kosten und tarifabhängige Begrenzungen nach § 27“ nicht, erhalten Sie die Überschussbeteiligung nach Absatz 2 und der Vertrag endet.

Bei teilweiser Beitragsfreistellung hängt die Höhe der herabgesetzten Berufsunfähigkeitsrente von der Höhe des verbleibenden Beitrags und vom Zeitpunkt der Vertragsumstellung ab. Sofern Sie eine teilweise Beitragsfreistellung wünschen, werden wir Ihnen die Höhe der herabgesetzten Berufsunfähigkeitsrente auf Anfrage mitteilen.

Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht können Sie nur verlangen, wenn sowohl die herabgesetzte Berufsunfähigkeitsrente als auch der verbleibende Beitrag jeweils den Mindestbetrag nach unseren „Bestimmungen über Kosten und tarifabhängige Begrenzungen nach § 27“ erreicht.

(6) Der bei Beitragsfreistellung aus Ihrer Versicherung zur Verfügung stehende Betrag ist das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechnete Deckungskapital Ihrer Versicherung, bei einer Versicherung mit laufender Beitragszahlung mindestens jedoch der Betrag des Deckungskapitals, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre, maximal auf die Vertragslaufzeit, ergibt. In jedem Fall beachten wir die aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze. Der derart ermittelte Betrag mindert sich um rückständige Beiträge.

Abzug
(7) Von dem nach Absatz 6 ermittelten Wert nehmen wir einen Abzug in Höhe von 3 Prozent der Jahresrente vor. Der Abzug entfällt, wenn zum Termin der Beitragsfreistellung die restliche Vertragslaufzeit höchstens fünf Jahre beträgt.

Der von uns vorgenommene Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist von uns nachzuweisen. Wir halten diesen Abzug für angemessen, weil mit dem Abzug die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Wenn Sie uns nachweisen, dass aufgrund Ihrer Beitragsfreistellung der von uns vorgenommene Abzug in Ihrem Fall wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug in Ihrem Fall überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

(8) In der Anfangszeit Ihres Vertrags sind wegen der Verrechnung von Kosten, insbesondere der Abschluss- und Vertriebskosten (siehe § 24) keine oder nur geringe Beträge für die Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente vorhanden. Zusätzlich erfolgt ein Abzug nach Absatz 7. Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikobeiträge, gemessen an den gezahlten Beiträgen, nur geringe Beträge für die Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente zur Verfügung.

Wiederherstellung des Versicherungsschutzes nach Beitragsfreistellung
(9) Sie können innerhalb von zwei Jahren nach Beitragsfreistellung die Beitragszahlung wiederaufnehmen und dadurch die Leistungen wieder bis zur Höhe vor Beitragsfreistellung anheben. Die Wiederherstellung des Versicherungsschutzes ist von einer Prüfung der Gesundheits- und sonstigen Risikoverhältnisse (Gesundheitsprüfung) abhängig. Eine Gesundheitsprüfung ist jedoch nicht notwendig, wenn die Beitragszahlung innerhalb von zwölf Monaten nach Beitragsfreistellung wieder aufgenommen wird, wir Ihren Antrag auf Abschluss dieses Vertrags ohne Erschwerungen (z. B. einzelvertraglicher Leistungsausschluss, Risikozuschlag) angenommen haben und keine Berufsunfähigkeit, keine Erwerbsunfähigkeit, keine Erwerbsminderung bzw. kein Verlust einer versicherten Grundfähigkeit (bei) der versicherten Person vorliegt oder vorgelegen hat und uns dieses in Textform – *z. B. Papierform oder E-Mail* – bestätigt wird.

Bei Beitragsfreistellung während gesetzlicher Elternzeit können Sie den Versicherungsschutz bis zum Ende der gesetzlichen Elternzeit ohne Gesundheitsprüfung wiederherstellen, spätestens jedoch nach Ablauf von drei Jahren. Das Ende der gesetzlichen Elternzeit müssen Sie uns nachweisen.

Auf die beitragsfreie Zeit entfallende Beiträge können Sie in einem Betrag nachzahlen. Stattdessen können Sie auch die garantierte Berufsunfähigkeitsrente herabsetzen oder höhere laufende Beiträge zahlen.

(10) Die Wiederherstellung des Versicherungsschutzes errechnen wir nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik auf Basis des zum Zeitpunkt der Wiederherstellung erreichten rechnungsmäßigen Alters der versicherten Person – *das ist die Person, auf deren Berufsfähigkeit die Versicherung abgeschlossen ist* –, der restlichen Leistungsdauer des Vertrags, der Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation und des Ergebnisses einer erforderlichen Gesundheitsprüfung.

§ 24 Wie werden die Kosten Ihres Vertrags verrechnet?

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

Zu den **Abschluss- und Vertriebskosten** gehören insbesondere Abschlussprovisionen für den Versicherungsvermittler, die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen und Werbeaufwendungen. Die **übrigen Kosten** umfassen die Kosten für die laufende Verwaltung Ihres Vertrages.

Die Höhe der einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten sowie die Höhe der übrigen Kosten können Sie Ihrem Informationspaket unter Ziffer I.3. („Wie hoch ist Ihr Beitrag und wann müssen Sie ihn bezahlen? Welche Kosten sind in Ihren Beitrag einkalkuliert und welche können zusätzlich entstehen? Was passiert, wenn Sie Ihren Beitrag verspätet oder gar nicht bezahlen?“) und dem Versicherungsschein entnehmen.

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

(3) Die übrigen Kosten entnehmen wir teilweise während der gesamten Beitragszahlungsdauer, teilweise während der gesamten Vertragslaufzeit.

(4) Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihres Vertrags nur geringe Beträge für die Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente vorhanden sind (siehe § 23). Nähere Informationen zu den beitragsfreien Leistungen und ihren jeweiligen Höhen können Sie Ihrem Informationspaket unter Ziffer III.3. (Ergänzende Versicherungsinformation „Rückkaufswerte, beitragsfreie Versicherungsleistungen sowie das Ausmaß, in dem diese Leistungen garantiert sind“) und dem Versicherungsschein entnehmen.

(5) Soweit Sie die fondsgebundene Überschussbeteiligung gewählt haben, sind hiermit Kosten verbunden. Informationen hierzu finden Sie in den Besonderen Bedingungen für die fondsgebundene Überschussbeteiligung bei einer Berufsunfähigkeitsversicherung bzw. einer Grundfähigkeitsversicherung im Abschnitt „Wie werden die Kosten Ihrer fondsgebundenen Überschussbeteiligung verrechnet?“.

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

(1) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich – *d. h. ohne schuldhaftes Zögern* – 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 für Ihren Gewerbebetrieb abgeschlossen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

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

§ 26 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 – *d. h. ohne schuldhaftes Zögern* – zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.

(2) Notwendige Informationen im Sinne von Absatz 1 sind insbesondere 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(n) oder ausländischen Steueridentifikationsnummer(n), das Geburtsdatum, der Geburtsort und der Wohnsitz. Welche Umstände dies nach derzeitiger Gesetzeslage im Einzelnen sind, können Sie der „Verbraucherinformation über die geltenden Steuerregelungen“ entnehmen.

(3) Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, gilt Folgendes: Bei einer entsprechenden gesetzlichen Verpflichtung melden wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden. Dies gilt auch dann, wenn 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 so lange, bis Sie uns die für die Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt haben.

(5) Auch Ihre Mitteilungspflichten nach den jeweils maßgeblichen gesetzlichen Regelungen zur Geldwäschebekämpfung, derzeit § 11 Absatz 6 Geldwäschegesetz (GwG), müssen Sie beachten. Sie haben offenzulegen, ob Sie die Geschäftsbeziehung und/oder eine Transaktion für einen Dritten begründen, fortsetzen oder durchführen wollen, sowie alle notwendigen Informationen und Unterlagen zur Verfügung zu stellen und sich im Laufe der Geschäftsbeziehung ergebende Änderungen unverzüglich – *d. h. ohne schuldhaftes Zögern* – anzuzeigen. Daraus resultiert die Pflicht für Sie, uns aktiv darüber zu informieren, wenn die Beiträge von einem Konto eingezogen werden sollen, dessen Inhaber nicht Sie als Vertragspartner sind (fremde Beitragszahlung). Als fremde Beitragszahlung gelten dabei z. B. auch Lastschriften von Konten, für die Sie lediglich Kontovollmacht besitzen, sowie Zahlungen von Geschäftskonten, durch Vermittler oder durch den Arbeitgeber, sofern diese nicht Versicherungsnehmer sind.

Die aktive Informationspflicht gilt für sämtliche zahlungsrelevanten Geschäftsvorfälle während der Geschäftsbeziehung (z. B. Überweisungen, Darlehen, Kontoänderungen).

Kommen Sie Ihrer Offenlegungspflicht nicht oder nicht wahrheitsgemäß nach, müssen wir dies nach den jeweils maßgeblichen gesetzlichen Regelungen, derzeit § 43 Absatz 1 GwG, unverzüglich der Zentralstelle für Finanztransaktionsuntersuchungen (§ 27 GwG) melden.

§ 27 Welche Kosten und Abgaben stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung, und welche tarifabhängigen Begrenzungen gelten?

Kosten und Abgaben

(1) Falls uns aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand entsteht, stellen wir Ihnen pauschal die zusätzlichen Kosten gesondert in Rechnung.
Die derzeit gültigen Kosten können Sie den „Bestimmungen über Kosten und tarifabhängige Begrenzungen nach § 27“ entnehmen. Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Bedingungen. Wir können Kosten in angemessener Weise neu festlegen. Über künftige Änderungen werden wir Sie jeweils in Textform unterrichten.

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

(3) Alle etwaigen öffentlichen Abgaben (zum Beispiel Steuern), die von uns für Ihren Vertrag abzuführen sind, verrechnen wir mit den Leistungen bzw. sind uns zu erstatten.

Tarifabhängige Begrenzungen

(4) Für Ihren Vertrag gelten bestimmte tarifabhängige Begrenzungen. Die derzeit gültigen Begrenzungen können Sie den „Bestimmungen über Kosten und tarifabhängige Begrenzungen nach § 27“ entnehmen. Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Bedingungen. Wir können Begrenzungen in angemessener Weise neu festlegen. Über künftige Änderungen werden wir Sie jeweils in Textform unterrichten.

§ 28 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

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

(1) Wenn Sie mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, stehen Ihnen insbesondere die nachfolgenden Beschwerdemöglichkeiten offen.

Versicherungsombudsmann e.V.

(2) Wenn Sie Verbraucher sind, können Sie sich an den Versicherungsombudsmann e.V. wenden. Diesen erreichen Sie derzeit wie folgt:

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632
10006 Berlin
Telefon: 0800 3696000

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Internet: www.versicherungsombudsmann.de

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

Versicherungsaufsicht

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

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

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

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

Unser Beschwerdemanagement
(5) Unabhängig hiervon können Sie sich jederzeit auch an uns wenden. Unsere interne Beschwerdestelle steht Ihnen hierzu zur Verfügung. Senden Sie bitte Ihr Anliegen unter dem Stichwort "Beschwerde" an:

Bayern-Versicherung
Lebensversicherung Aktiengesellschaft
Maximilianstraße 53
81535 München

§ 30 Wo ist der Gerichtsstand?

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag **gegen uns** ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk unser Sitz oder die für den Vertrag zuständige Niederlassung liegt. Zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz haben. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

(2) Klagen aus dem Versicherungsvertrag **gegen Sie** müssen wir bei dem Gericht erheben, das für Ihren Wohnsitz zuständig ist. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

(3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts in das Ausland, sind für Klagen aus dem Versicherungsvertrag die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben. Dies gilt ebenso, wenn Sie eine juristische Person sind und Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung ins Ausland verlegen.

§ 31 Wann können diese Bedingungen angepasst werden?

(1) Ist eine Bestimmung in unseren Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie durch eine neue Regelung ersetzen, wenn

- dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist, oder
- das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde.

Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.

(2) Die neue Regelung nach Absatz 1 wird zwei Wochen, nachdem wir Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt haben, Vertragsbestandteil.

(3) Sollte eine Bestimmung dieses Bedingungswerks ganz oder teilweise unwirksam sein, berührt dies die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht.

§ 32 Was geschieht, wenn sich die Nachhaltigkeitsmerkmale des Produktes oder der zugrundeliegenden Anlageoptionen verändern?

Nachhaltigkeitsmerkmale
(1) Die Nachhaltigkeitsmerkmale Ihres Vertrages sind je nach vereinbarten Wahlmöglichkeiten unter anderem abhängig von:

- der für die enthaltene(n) Anlageoption(en) geltenden Anlagepolitik
- den in der jeweiligen Anlageoption enthaltenen Kapitalanlagen
- den/der für das Produkt vorgegebenen Anlageoption(en)
- den/der von Ihnen gewählten Anlageoption(en)

Die für Ihren Vertrag bei Vertragsabschluss geltende(n) Anlageoption(en) können Sie den Produktinformationen zur Nachhaltigkeit entnehmen.

Die Nachhaltigkeitsmerkmale Ihres Vertrages können sich während der Laufzeit Ihres Vertrages ändern. Insbesondere an den zugrundeliegenden Anlageoptionen (Sicherungsvermögen, soweit es im übrigen Vermögen angelegt wird, im Rahmen der fondsgebundenen Überschussbeteiligung gewählte Anlagekonzepte oder Investmentfonds) können sich unter anderem in folgenden Fällen Veränderungen ergeben

- Änderungen der Anlagepolitik
- Umschichtungen der Kapitalanlage innerhalb und zwischen den zugrundeliegenden Anlageoptionen während der Vertragslaufzeit
- von Ihnen veranlasste Vertragsänderungen oder ein künftiger Wechsel der von Ihnen gewählten Investmentfonds bzw. Anlagekonzepte (Switch, Shift), soweit dies für Ihren Vertrag zugelassen ist,
- Kapitalmarktschwankungen

Über die jeweils aktuelle Zusammensetzung Ihrer Anlageoption(en) und deren aktuelle Nachhaltigkeitsmerkmale informieren wir Sie jährlich in Textform für das vorangegangene Kalenderjahr.

Wesentliche Änderungen der Anlagepolitik
(2) Sollte eine Kapitalverwaltungsgesellschaft die Anlagepolitik eines in Ihrem Vertrag enthaltenen Investmentfonds so verändern, dass die Nachhaltigkeitsmerkmale Ihres Vertrages überwiegend oder vollständig entfallen (wesentliche Änderung der Anlagepolitik), werden wir Sie hierüber gesondert in Textform informieren. Sie haben dann, soweit verfügbar, die Möglichkeit, einen Ihren Nachhaltigkeitspräferenzen entsprechenden Investmentfonds oder ein entsprechendes Anlagekonzept auszuwählen. Es gelten insoweit die Regelungen in Absatz 4.

Dies gilt für die in Ihrem Vertrag enthaltenen Anlagekonzepte entsprechend.

Kapitalmarktschwankungen
(3) Sollten nicht vorhersehbare Kapitalmarktschwankungen dazu führen, dass die Nachhaltigkeitsmerkmale Ihres Vertrages insgesamt oder einer zugrundeliegenden Anlageoption (Sicherungsvermögen, soweit es im übrigen Vermögen angelegt wird, im Rahmen der fondsgebundenen Überschussbeteiligung gewählte Anlagekonzepte oder Investmentfonds) voraussichtlich auf Dauer überwiegend oder vollständig entfallen, werden wir Sie hierüber gesondert in Textform informieren. Sie haben dann, soweit verfügbar, die Möglichkeit, einen Ihren Nachhaltigkeitspräferenzen entsprechenden Investmentfonds oder ein entsprechendes Anlagekonzept auszuwählen. Es gelten insoweit die Regelungen in Absatz 4.

Soweit das Sicherungsvermögen betroffen ist, werden wir darauf hinwirken, dass die Nachhaltigkeitsmerkmale unverzüglich wieder erfüllt werden.

Ersatzinvestmentfonds
(4) Bei wesentlichen Änderungen der Anlagepolitik (Absatz 2) oder Kapitalmarktschwankungen (Absatz 3) werden wir Ihnen als Ersatz einen neuen Investmentfonds oder ein Anlagekonzept vorschlagen. Der neue Investmentfonds bzw. das Anlagekonzept soll dabei in Anlageziel, Anlagepolitik und Nachhaltigkeitsmerkmalen dem bisherigen Investmentfonds bzw. Anlagekonzept weitgehend entsprechen (Ersatzinvestmentfonds). Wenn wir zu diesem Zeitpunkt keinen entsprechenden Investmentfonds oder kein entsprechendes Anlagekonzept anbieten, werden wir Ihnen stattdessen den Investmentfonds oder das Anlagekonzept aus unserem Angebot vorschlagen, der bzw. das dem bisherigen Investmentfonds bzw. Anlagekonzept in Anlageziel,

Anlagepolitik und Nachhaltigkeitsmerkmalen am nächsten kommt. Sofern Sie unserem Vorschlag innerhalb von vier Wochen nach unserer Information nicht widersprechen, werden wir Ihre hiervon betroffenen Anlagebeiträge ab dem von uns genannten Termin, frühestens nach Ablauf dieser Frist in den Ersatzinvestmentfonds investieren.

Im Fall eines Widerspruchs müssen Sie uns einen anderen Ersatzinvestmentfonds aus unserem Angebot an Anlagekonzepten und Investmentfonds benennen. Die jeweils aktuelle Liste der Anlagekonzepte und Investmentfonds, die Sie Ihrem Vertrag zugrunde legen können, ist bei uns jederzeit erhältlich. Kosten für Sie entstehen hierbei nicht.

Bei einer kurzfristigen Änderung werden wir die Beiträge, die vor Ablauf dieser Vier-Wochen-Frist fällig werden, in den von uns vorgeschlagenen Ersatzinvestmentfonds investieren. Sie haben das Recht, für diese Beiträge einen kostenfreien Investmentfondswechsel nach § 4 der Besondere Bedingungen für die fondsgebundene Überschussbeteiligung bei einer Berufsunfähigkeitsversicherung bzw. einer Grundfähigkeitsversicherung durchzuführen, soweit dies für Ihren Vertrag zugelassen ist.

(5) **Die vorvertraglichen Angaben zur Nachhaltigkeit Ihres Vertrages und der Übereinstimmung mit Ihren Nachhaltigkeitspräferenzen beziehen sich auf den Zeitpunkt des Vertragsabschlusses. Eine regelmäßige Überprüfung und ein Abgleich der Nachhaltigkeitsmerkmale Ihres Vertrages mit Ihren Nachhaltigkeitspräferenzen wird von uns während der Vertragslaufzeit nicht vorgenommen.** Sie können sich aber selbstverständlich hinsichtlich einer Anpassung der Nachhaltigkeitsmerkmale Ihres Vertrages an veränderte Verhältnisse an Ihren Betreuer wenden.

Bestimmungen zur Überschussbeteiligung nach § 9 Absatz 3

Stand: 25.07.2026

Diese Bestimmungen sind Bestandteil der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung. Wir können sie für Ihren Vertrag unter den Voraussetzungen von § 31 ändern.

1. Wie teilen wir Überschussanteile und Bewertungsreserven zu?
Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer nach § 153 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) an dem Überschuss und den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung).

Ihr Vertrag erhält Überschussanteile des Abrechnungs- und Überschussverbands, zu denen Ihr Vertrag gehört. Nähere Informationen zur Zugehörigkeit können Sie dem Versicherungsschein entnehmen.

Einzelheiten zur Zuteilung von Überschussanteilen und Bewertungsreserven finden Sie in unserem jährlichen Überschussverteilungsplan. Den Überschussverteilungsplan veröffentlichen wir jährlich im Rahmen unseres Geschäftsberichts auf unserer Homepage.

Ihr Vertrag mit laufender Beitragszahlung ist vom ersten Versicherungsjahr an am Überschuss beteiligt.

Über den jeweils erreichten Stand Ihrer Überschussbeteiligung werden wir Sie jährlich unterrichten.

1.1. Laufende Überschussanteile
Ihr Vertrag erhält bei laufender Beitragszahlung für jedes Jahr der Versicherungsdauer laufende Überschussanteile, sofern eine Zuteilung erfolgt.

Die Zuteilung der laufenden Überschussanteile ist abhängig von der bei Vertragsabschluss gewählten Verwendungsform für die zuzuteilenden laufenden Überschussanteile (Ziffer 2).

1.1.1 Erlebensfallbonus, fondsgebundene Überschussbeteiligung und Verrechnung mit den Beiträgen (Sofortgewinn)
Vor Eintritt des Leistungsfalles teilen wir die laufenden Überschussanteile für jedes mit Beiträgen belegte Versicherungsjahr zum Beitragsfälligkeitstermin zu. Nach Eintritt des Leistungsfalles teilen wir die laufenden Überschussanteile jeweils am Ende des Versicherungsjahres zu.

Bemessungsgrundlage
Bemessungsgrundlagen für die laufenden Überschussanteile sind:

- vor Eintritt des Leistungsfalles der bei jährlicher Zahlungsweise zu entrichtende Jahresbeitrag (abzüglich Stückkosten);
- nach Eintritt des Leistungsfalles das zum Zuteilungszeitpunkt berechnete Deckungskapital.

1.1.2 Bonus im Berufsunfähigkeitsfall
Die laufenden Überschussanteile werden erstmals mit Eintritt des Leistungsfalles zugeteilt. Nach Eintritt des Leistungsfalles werden die laufenden Überschussanteile jeweils am Ende des Versicherungsjahres zugeteilt.

Bemessungsgrundlage
Bemessungsgrundlagen für die laufenden Überschussanteile sind:

- mit Eintritt des Leistungsfalles die garantierte Berufsunfähigkeitsrente
- nach Eintritt des Leistungsfalles das zum Zuteilungszeitpunkt berechnete Deckungskapital.

1.2 Schlussüberschussanteile
Schlussüberschussanteile sind bei der Berufsunfähigkeitsversicherung mit laufender Beitragszahlung zu folgenden Zeitpunkten vorgesehen (Zuteilungszeitpunkte):

- bei Ablauf der Versicherungsdauer;
- bei Tod der versicherten Person – *das ist die Person, auf deren Berufsfähigkeit die Versicherung abgeschlossen ist* – vor Ablauf der Versicherungsdauer, sofern zum Todeszeitpunkt keine Berufsunfähigkeit besteht;
- bei Kündigung, wenn ein Drittel der Versicherungsdauer oder das 10. Versicherungsjahr abgelaufen ist.

Zuordnung von Schlussüberschussanteilen
Schlussüberschussanteilsätze legen wir für einzelne Zuteilungszeitpunkte laufend neu fest. Die Schlussüberschussanteile werden dem Vertrag rechnerisch vorläufig zugeordnet. Zugeordnete Schlussüberschussanteile verzinsen wir mit laufend neu festgelegten Zinssätzen. Die Verzinsung wird dem Vertrag rechnerisch vorläufig zugeordnet.

Mit Eintritt des Leistungsfalls entfallen bisher rechnerisch vorläufig zugeordnete Schlussüberschussanteile und deren rechnerisch vorläufig zugeordnete Verzinsung.

Zugeordnete Schlussüberschussanteile und deren Verzinsung können - auch für zurückliegende Zeiträume - teilweise oder ganz entfallen.

Zuteilung von Schlussüberschussanteilen
Für die Zuteilung von Schlussüberschussanteilen sowie deren Verzinsung gilt die am jeweiligen Zuteilungszeitpunkt geltende Festlegung.

Ob und in welcher Höhe Schlussüberschussanteile zugeteilt werden, richtet sich ausschließlich nach dem Überschussverteilungsplan für den Zeitraum, in den der in Betracht kommende Zuteilungszeitpunkt fällt. Ein Schlussüberschuss kann teilweise oder ganz entfallen.
Schlussüberschussanteile werden bei Tod der versicherten Person vor Eintritt des Leistungsfalles oder bei Kündigung nach anerkannten Grundsätzen der Versicherungsmathematik reduziert.

Bemessungsgrundlage
Bemessungsgrundlage für Schlussüberschussanteile sind für vollständig beitragspflichtig zurückgelegte Versicherungsjahre der bei jährlicher Zahlungsweise zu entrichtende Jahresbeitrag (abzüglich Stückkosten), für vollständig beitragsfrei zurückgelegte Versicherungsjahre das Deckungskapital, soweit es positiv ist, abgezinst um ein Jahr mit dem Rechnungszins, sowie beim Erlebensfallbonus das Deckungskapital des Erlebensfallbonus, abgezinst um ein Jahr mit 0,5 Prozent (siehe Ziffer 2.1.1) bzw. des Anteilsdeckungskapitals bei fondsgebundener Überschussbeteiligung (siehe Ziffer 2.1.4).

Für vollständig oder teilweise leistungspflichtig oder nur teilweise beitragspflichtig zurückgelegte Versicherungsjahre wird kein Schlussüberschussanteil zugeordnet.

1.3 Beteiligung an den Bewertungsreserven
Soweit Ihr Vertrag zur Entstehung von Bewertungsreserven beigetragen hat, beteiligen wir Sie an den Bewertungsreserven.

Zuordnung der Bewertungsreserven
Die Bewertungsreserven ordnen wir Ihrem Vertrag nach einem verursachungsorientierten Verteilungsverfahren jährlich zum Bilanzstichtag rechnerisch zu (§ 153 Absatz 3 VVG).

Wir bestimmen dazu den Wert der Summe aus dem Deckungskapital, soweit es positiv ist, und aus den bereits zugeteilten Überschussguthaben Ihres Vertrags am Bilanzstichtag, zuzüglich der entsprechenden Werte zu den vorangegangenen Bilanzstichtagen. Dieser für Ihren Vertrag ermittelte Wert wird zu dem entsprechenden Wert aller berechtigten Verträge ins Verhältnis gesetzt (Verteilungsschlüssel).

Nach Eintritt des Leistungsfalles werden bei der Ermittlung des Verteilungsschlüssels nur die Deckungskapitalien seit Leistungsbeginn berücksichtigt; zusätzlich beeinflusst die Summe der bereits erbrachten Leistungen den Verteilungsschlüssel. Einzelheiten hierzu finden Sie in unserem Überschussverteilungsplan.

Der so zum Bilanzstichtag ermittelte Verteilungsschlüssel gibt den individuellen Anteil der Bewertungsreserven Ihres Vertrags im Verhältnis zur Gesamtheit aller berechtigten Verträge wieder und gilt jeweils für einen Zeitraum von zwölf Monaten. Der Zeitraum beginnt am 01.01. des Folgejahres nach 12 Uhr mittags, und dauert bis zum 01.01. um 12 Uhr mittags des nachfolgenden Jahres.

Zuteilung der Bewertungsreserven
Für die Zuteilung werden nur die Bewertungsreserven berücksichtigt, die nach gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind (maßgebende Bewertungsreserven).

Bewertungsreserven werden bei Eintritt des Leistungsfalles, bei Ablauf der Versicherungsdauer, bei Kündigung sowie bei Tod der versicherten Person – sofern zu diesem Zeitpunkt keine Berufsunfähigkeit besteht – (Zuteilungszeitpunkte) zugeteilt.

Nach Eintritt des Leistungsfalles erfolgt die Zuteilung jeweils zum Ende des Versicherungsjahres, wenn die versicherte Person diesen Zuteilungszeitpunkt erlebt, jedoch erstmals am Ende des ersten Rentenbezugsjahres.

Dazu ermitteln wir den Betrag der maßgebenden Bewertungsreserven für den jeweiligen Zuteilungszeitpunkt und teilen ihn nach dem ermittelten Verteilungsschlüssel zur Hälfte Ihrem Vertrag zu.
Die Wertermittlung der maßgebenden Bewertungsreserven führen wir mindestens monatlich durch. Die Festlegung der Wertermittlungstermine, die Nennung der Voraussetzungen, unter denen diese jeweils gelten, sowie die Zuordnung der für die Zuteilungszeitpunkte jeweils maßgebenden Wertermittlungstermine erfolgt im Rahmen unseres Überschussverteilungsplans jährlich neu.

Der rechnerische Betrag der maßgebenden Bewertungsreserven kann sich von dem der tatsächlichen Bewertungsreserven unterscheiden, der Höhe nach jederzeit ändern, auch starken Schwankungen unterliegen und sogar ganz entfallen.

1.4 Mindestbeteiligung an Bewertungsreserven
Die Höhe der maßgebenden Bewertungsreserven kann im Zeitablauf großen Schwankungen unterliegen. Um diese Schwankungen auszugleichen, können wir Ihren Vertrag – über den gesetzlichen Anspruch hinaus – mit einem Mindestbetrag beteiligen (Mindestbeteiligung).

Zu diesem Zweck sehen wir eine Mindestbeteiligung zu den genannten Zuteilungszeitpunkten vor. Bei Kündigung erfolgt eine Mindestbeteiligung nur dann, wenn ein Drittel der Versicherungsdauer oder das 10. Versicherungsjahr abgelaufen ist.

Zuordnung der Mindestbeteiligung an den Bewertungsreserven
Die Mindestbeteiligung an den Bewertungsreserven legen wir für die einzelnen Zuteilungszeitpunkte laufend neu fest. Die Mindestbeteiligung an den Bewertungsreserven wird dem Vertrag rechnerisch vorläufig zugeordnet. Eine zugeordnete Mindestbeteiligung an den Bewertungsreserven verzinsen wir mit laufend neu festgelegten Zinssätzen. Die Verzinsung wird dem Vertrag rechnerisch vorläufig zugeordnet.

Eine zugeordnete Mindestbeteiligung an den Bewertungsreserven und deren Verzinsung können - auch für zurückliegenden Zeiträume - teilweise oder ganz entfallen.

Zuteilung der Mindestbeteiligung an den Bewertungsreserven
Für die Zuteilung der Mindestbeteiligung an den Bewertungsreserven sowie deren Verzinsung gilt die am jeweiligen Zuteilungszeitpunkt geltende Festlegung.

Ob und in welcher Höhe eine Mindestbeteiligung tatsächlich erfolgt, richtet sich ausschließlich nach dem Überschussverteilungsplan für den Zeitraum, in den der in Betracht kommende Zuteilungszeitpunkt fällt. Eine Mindestbeteiligung kann teilweise oder ganz entfallen.

Die Mindestbeteiligung steht unter dem Vorbehalt der Deklaration sowie der tatsächlichen Zuteilung von Bewertungsreserven. Wenn eine Mindestbeteiligung deklariert ist, reduziert sich ihr Betrag um die Ihrem Vertrag tatsächlich zugeteilten Bewertungsreserven. Wenn zum Zuteilungszeitpunkt der für Ihren Vertrag tatsächlich ermittelte Betrag der Beteiligung an den Bewertungsreserven höher ist, als der Betrag, der Ihnen als Mindestbeteiligung zusteht, entfällt die Mindestbeteiligung und Sie erhalten den höheren tatsächlichen Wert der auf Ihren Vertrag entfallenden Bewertungsreserven.

Die Mindestbeteiligung wird bei Eintritt des Leistungsfalles oder Tod der versicherten Person vor Eintritt des Leistungsfalles oder bei Kündigung nach anerkannten Grundsätzen der Versicherungsmathematik reduziert.

Bemessungsgrundlage für die Mindestbeteiligung
Bemessungsgrundlage für die Mindestbeteiligung ist für vollständig beitragspflichtig zurückgelegte Versicherungsjahre der bei jährlicher Zahlungsweise zu entrichtende Jahresbeitrag (abzüglich Stückkosten), für vollständig beitragsfrei zurückgelegte Versicherungsjahre das Deckungskapital, soweit es positiv ist, abgezinst um ein Jahr mit dem Rechnungszins, sowie beim Erlebensfallbonus das Deckungskapital des Erlebensfallbonus, abgezinst um ein Jahr mit 0,5 Prozent. Nach Eintritt des Leistungsfalls entspricht die Bemessungsgrundlage für die Mindestbeteiligung der Bemessungsgrundlage für die laufenden Überschussanteile (Deckungskapital).

Für vollständig oder teilweise leistungspflichtig oder nur teilweise beitragspflichtig zurückgelegte Versicherungsjahre wird keine Mindestbeteiligung zugeordnet.

2. Wie verwenden wir zugeteilte Überschussanteile und Bewertungsreserven oder eine Mindestbeteiligung an den Bewertungsreserven?

2.1 Laufende Überschussanteile
Bei Vertragsabschluss können Sie sich zwischen folgenden Verwendungsformen für die zuzuteilenden laufenden Überschussanteile entscheiden:

2.1.1 Erlebensfallbonus
Die vor Eintritt des Leistungsfalles zuzuteilenden laufenden Überschussanteile werden am Ende eines jeden Versicherungsjahres, spätestens zum Eintritt des Leistungsfalles, als Einmalbeitrag für einen beitragsfreien Erlebensfallbonus verwendet, der bei Ablauf der Versicherungsdauer ausgezahlt wird (Erlebensfallbonus). Bei Tod der versicherten Person oder Kündigung wird das Deckungskapital des Erlebensfallbonus ausgezahlt. Das Deckungskapital des Erlebensfallbonus wird unter Abzug von Verwaltungskosten mit einem Rechnungszins von jährlich 0,5 Prozent berechnet und ist ebenfalls überschussberechtigt.

2.1.2 Verrechnung mit den Beiträgen (Sofortgewinn)
Die vor Eintritt des Leistungsfalles zuzuteilenden laufenden Überschussanteile werden mit den Beiträgen verrechnet.

2.1.3 Bonus im Berufsunfähigkeitsfall
Die mit Eintritt des Leistungsfalles zuzuteilenden Überschussanteile werden zur Erhöhung der Versicherungsleistungen (Bonus im Berufsunfähigkeitsfall) verwendet. Der Bonus kann nicht garantiert werden. Sofern sich der Bonus vermindert, haben Sie das Recht, gegen einen Mehrbeitrag Ihren Versicherungsschutz ohne neue Prüfung der Gesundheits- und sonstigen Risikoverhältnisse (Gesundheitsprüfung) dem bisherigen Stand anzupassen.

2.1.4 Fondsgebundene Überschussbeteiligung (Investmentfonds bzw. unsere Anlagekonzepte)
Die vor Eintritt des Leistungsfalles zuzuteilenden laufenden Überschussanteile werden am Ende eines jeden Versicherungsjahres, spätestens zum Eintritt des Leistungsfalles, in Fondsanteile des von Ihnen gewählten Investmentfonds bzw. in Anteile an unseren Anlagekonzepten umgerechnet. Dabei handelt es sich um Anteile eines bei uns eingerichteten Sondervermögens (Anlagestock), das getrennt von unserem übrigen Vermögen geführt wird. Stichtag für die Umrechnung ist der Börsentag, der dem 15. des Monats vor dem Zuteilungstermin vorausgeht. Bei Ablauf der Versicherungsdauer, bei Kündigung oder bei Tod der versicherten Person wird der Wert der Anteile des gewählten Investmentfonds bzw. der Anlagekonzepte an den Anspruchsberechtigten in Euro ausgezahlt.

Die Ausrichtung der Anlagestrategie der Anlagekonzepte ist risikoorientiert. Sie eignet sich für Anleger mit langem Anlagehorizont, die für höhere Ertragschancen bewusst Kursschwankungen in Kauf nehmen. Das Risiko der von Ihnen gewählten Investmentfonds hängt von den gewählten Investmentfonds ab. Einzelheiten hierzu entnehmen Sie bitte den Fondsinformationen.

Sie haben dabei die Chance, bei Wertsteigerungen der Anteile einen Wertzuwachs zu erzielen; bei Wertrückgang tragen Sie aber auch das Risiko der Wertminderung von bereits zugeteilten Überschussanteilen.

Nach Eintritt des Leistungsfalles werden keine Fondsanteile mehr erworben. Das Fondsguthaben aus der fondsgebundenen Überschussbeteiligung ist nicht überschussberechtigt.

2.2 Schlussüberschussanteile
Zuzuteilende Schlussüberschussanteile zahlen wir an den Anspruchsberechtigten aus.

2.3 Bewertungsreserven oder Mindestbeteiligung an Bewertungsreserven
Den Wert der Beteiligung an den Bewertungsreserven oder einer etwaigen Mindestbeteiligung zahlen wir bei Ablauf der Versicherungsdauer, bei Kündigung oder bei Tod der versicherten Person – sofern zu diesem Zeitpunkt keine Berufsunfähigkeit besteht – an den Anspruchsberechtigten aus.

Bei Eintritt des Leistungsfalles verwenden wir den Wert der Beteiligung an den Bewertungsreserven oder einer etwaigen Mindestbeteiligung zur Erhöhung der Versicherungsleistungen. Der Wert der Beteiligung an den Bewertungsreserven oder einer etwaigen Mindestbeteiligung dient zur Erhöhung der garantierten Berufsunfähigkeitsrente und wird als Einmalbeitrag für eine zusätzliche beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente verwendet, die ebenfalls überschussberechtigt ist.

3. Wie verwenden wir zugeteilte Überschussanteile und Bewertungsreserven oder eine Mindestbeteiligung an den Bewertungsreserven nach Eintritt des Leistungsfalles?
Nach Eintritt des Leistungsfalles zuzuteilende Überschussanteile und Bewertungsreserven oder eine Mindestbeteiligung an den Bewertungsreserven dienen der Erhöhung der garantierten Berufsunfähigkeitsrente und werden als Einmalbeitrag für eine zusätzliche beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente (Bonusrente) verwendet, die zusammen mit der garantierten Berufsunfähigkeitsrente fällig wird und ebenfalls überschussberechtigt ist.

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Wichtigste Einflussfaktoren sind die Zinsentwicklung des Kapitalmarkts und die Entwicklung des Berufsunfähigkeitsrisikos. Auch die Entwicklung der tatsächlichen Kosten ist von Bedeutung. Deshalb kann die absolute Höhe der künftigen Überschussbeteiligung nicht garantiert werden. Um Ihnen dennoch einen Eindruck über die Entwicklung der Überschussbeteiligung zu vermitteln, erhalten Sie von uns auf Wunsch eine unverbindliche, individuelle Modellrechnung.

Bestimmungen über Kosten und tarifabhängige Begrenzungen nach § 27

Stand: 25.07.2026

Diese Bestimmungen sind Bestandteil der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung. Wir können die Bestimmungen in angemessener Weise neu festlegen. Die jeweils aktuelle Kostenübersicht können Sie jederzeit bei uns anfordern.

1 Kosten

Nr.	Kostenart	derzeit	maximal
1.1	Rücklauf beim Lastschrift-verfahren	angefallene Bankkosten	
1.2	Bearbeitung eines Rücktritts nach § 21 Absatz 1 dieser Bedingungen	0,00 Euro	10 Prozent des ersten Beitrags, max. 150,00 Euro
1.3	Mahnung wegen nicht rechtzeitiger Zahlung eines Folgebeitrages nach § 21 Absatz 3 dieser Bedingungen	angefallene Sach- und Versandkosten	
1.4	Bearbeitung von Abtretungen und Verpfändungen	0,00 Euro	15,00 Euro
1.5	Durchführung einer Vertragsänderung	0,00 Euro	15,00 Euro
1.6	Bezugsrechtsänderung	0,00 Euro	15,00 Euro
1.7	Erstellen eines Ersatzversicherungsscheins	0,00 Euro	15,00 Euro
1.8	Einholung individueller Erklärungen zur Entbindung von der Schweigepflicht je Entbindung	0,00 Euro	15,00 Euro
1.9	Fondswechsel und Wechsel in oder aus Anlagekonzepte(n) für künftige Überschussanteile (Switch)	0,00 Euro	0,00 Euro
1.10	Übertragung von vorhandenem Guthaben in einen anderen Investmentfonds oder in ein (anderes) Anlagekonzept (Shift)		
	- erster Wechsel im Kalenderjahr	0,00 Euro	0,00 Euro
	- jeder weitere Wechsel	20,00 Euro	20,00 Euro
1.11	Ausübung des Wahlrechts zugunsten einer Kapitalleistung in Wertpapieren des Anlagestocks	50,00 Euro	50,00 Euro

Zusätzlich belasten wir Ihnen die uns von Dritten berechneten Kosten.

Alle vorgenannten Beträge erhöhen sich um die anfallenden Postgebühren.

Alle **etwaigen öffentlichen Abgaben und Gebühren** (zum Beispiel Steuern), die von uns für Ihren Vertrag abzuführen sind, verrechnen wir mit den Leistungen bzw. sind uns zu erstatten.

Der **Zinssatz für Verzugszinsen** richtet sich nach der Situation am Kapitalmarkt. Er liegt höchstens 5 Prozentpunkte über dem Basiszinssatz nach § 247 des Bürgerlichen Gesetzbuchs.

2 Tarifabhängige Begrenzungen

Nr.	Art	
2.1	Die Mindestmonatsrente beträgt	25,00 Euro
2.2	Der Mindestbeitrag für eine Versicherungsperiode beträgt	10,00 Euro
2.3	Aufteilung der zuzuteilenden Überschussanteile in maximal	5 Investmentfonds
2.4	Das Überschussguthaben darf bestehen aus maximal	10 Investmentfonds

Anlage 1 zu § 6
Einzelpunkte der Module 1 bis 6
Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Modul

Stand: 25.07.2026

Diese Anlage ist Bestandteil der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung.

Modul 1: Einzelpunkte im Bereich der Mobilität

Ziffer	Kriterien	a[1]	b[2]	c[3]	d[4]
1.1	Positionswechsel im Bett	0	1	2	3
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	0	1	2	3
1.3	Umsetzen	0	1	2	3
1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	0	1	2	3
1.5	Treppensteigen	0	1	2	3

Das Modul umfasst fünf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet werden:

selbstständig[1]:	0 Punkte
überwiegend selbstständig[2]:	1 Punkt
überwiegend unselbstständig[3]:	2 Punkte
unselbstständig[4]:	3 Punkte

Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten

Ziffer	Kriterien	a[1]	b[2]	c[3]	d[4]
2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	0	1	2	3
2.2	Örtliche Orientierung	0	1	2	3
2.3	Zeitliche Orientierung	0	1	2	3
2.4	Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	0	1	2	3
2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	0	1	2	3
2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltag	0	1	2	3
2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	0	1	2	3
2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	0	1	2	3
2.9	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	0	1	2	3
2.10	Verstehen von Aufforderungen	0	1	2	3
2.11	Beteiligen an einem Gespräch	0	1	2	3

Das Modul umfasst elf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet werden:

Die Fähigkeit ist

vorhanden/unbeeinträchtigt[1]:	0 Punkte
größtenteils vorhanden[2]:	1 Punkt
in geringem Maße vorhanden[3]:	2 Punkte
nicht vorhanden[4]:	3 Punkte

Modul 3: Einzelpunkte im Bereich der Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen

Ziffer	Kriterien	a[1]	b[2]	c[3]	d[4]
3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	0	1	3	5
3.2	Nächtliche Unruhe	0	1	3	5
3.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	0	1	3	5
3.4	Beschädigen von Gegenständen	0	1	3	5
3.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	0	1	3	5
3.6	Verbale Aggression	0	1	3	5
3.7	Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	0	1	3	5
3.8	Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen	0	1	3	5
3.9	Wahnvorstellungen	0	1	3	5
3.10	Ängste	0	1	3	5
3.11	Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	0	1	3	5
3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	0	1	3	5
3.13	Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	0	1	3	5

Mit diesem Modul wird die Häufigkeit des Auftretens von bestimmten Verhaltensweisen bzw. von psychischen Problemlagen erfasst und in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

nie oder sehr selten[1]:	0 Punkte
selten (ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen)[2]:	1 Punkt
häufig (zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich)[3]:	3 Punkte
täglich[4]:	5 Punkte

Modul 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung

Ziffer	Kriterien	a[1]	b[2]	c[3]	d[4]
4.1	Waschen des vorderen Oberkörpers	0	1	2	3
4.2	Körperpflege im Bereich des Kopfes (Kämmen, Zahnpflege/ Prothesenreinigung, Rasieren)	0	1	2	3
4.3	Waschen des Intimbereichs	0	1	2	3
4.4	Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare	0	1	2	3
4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	0	1	2	3
4.6	An- und Auskleiden des Unterkörpers	0	1	2	3
4.7	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	0	1	2	3
4.8	Essen	0	3	6	9
4.9	Trinken	0	2	4	6
4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	0	2	4	6
4.11	Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma	0	1	2	3
4.12	Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma	0	1	2	3

Das Modul umfasst zwölf Kriterien:

Die Ausprägungen der Kriterien 4.1 bis 4.7, 4.11 und 4.12 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

selbstständig[1]:	0 Punkte
überwiegend selbstständig[2]:	1 Punkt
überwiegend unselbstständig[3]:	2 Punkte
unselbstständig[4]:	3 Punkte

Die Ausprägungen des Kriteriums 4.8 werden wegen seiner besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

selbstständig[1]:	0 Punkte
überwiegend selbstständig[2]:	3 Punkte
überwiegend unselbstständig[3]:	6 Punkte
unselbstständig[4]:	9 Punkte

Die Ausprägungen der Kriterien 4.9 und 4.10 werden wegen ihrer besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten stärker gewertet:

selbstständig[1]:	0 Punkte
überwiegend selbstständig[2]:	2 Punkte
überwiegend unselbstständig[3]:	4 Punkte
unselbstständig[4]:	6 Punkte

Die Einzelpunkte der Kriterien 4.11 und 4.12 gehen in die Berechnungen nur ein, wenn bei der Begutachtung bei der versicherten Person darüber hinaus die Feststellung „überwiegend inkontinent“ oder „komplett inkontinent“ getroffen wird oder eine künstliche Ableitung von Stuhl bzw. Harn erfolgt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.13

Ziffer	Kriterien	a[1]	b[2]	c[3]
4.13	Ernährung parental oder über Sonde	0	6	3

Die Ausprägungen des Kriteriums 4.13 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

entfällt[1]:	0 Punkte
teilweise[2]:	6 Punkte
vollständig[3]:	3 Punkte

Das Kriterium ist mit “entfällt“ (0 Punkte) zu bewerten, wenn eine regelmäßige und tägliche parenterale Ernährung oder Sondenernährung auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nicht erforderlich ist. Kann die parenterale Ernährung oder Sondenernährung ohne Hilfe durch andere selbstständig durchgeführt werden, werden ebenfalls keine Punkte vergeben.

Das Kriterium ist mit “teilweise“ (6 Punkte) zu bewerten, wenn eine parenterale Ernährung oder Sondenernährung zur Vermeidung von Mangelernährung mit Hilfe täglich und zusätzlich zur oralen Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit erfolgt.

Das Kriterium ist mit “vollständig“ (3 Punkte) zu bewerten, wenn die Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit ausschließlich oder nahezu ausschließlich parenteral oder über eine Sonde erfolgt.

Bei einer vollständigen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung werden weniger Punkte vergeben als bei einer teilweisen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung, da der oft hohe Aufwand zur Unterstützung bei der oralen Nahrungsaufnahme im Fall ausschließlich parenteraler oder Sondenernährung weitgehend entfällt.

Modul 5: Einzelpunkte im Bereich der Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen

Das Modul umfasst sechzehn Kriterien.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7

Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbst-ständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.1	Medikation	0			
5.2	Injektionen (subkutan oder intra-muskulär)	0			
5.3	Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	0			
5.4	Absaugen und Sauer-stoffgabe	0			
5.5	Einreibungen oder Kälte- und Wärme-anwendungen	0			
5.6	Messung und Deutung von Körperzustän-den	0			
5.7	Körpernahe Hilfsmittel	0			
Summe der Maß-nahmen aus 5.1 bis 5.7		0			
Umrechnung Maß-nahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7				
Maßnah-me pro Tag	keine oder seltener als einmal täglich	mindestens ein- bis maximal dreimal täglich	mehr als drei- bis maximal achtmal täglich	mehr als achtmal täglich
Einzel-punkte	0	1	2	3

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11

Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbst-ständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.8	Verbands-wechsel und Wundversor-gung	0			
5.9	Versorgung mit Stoma	0			
5.10	Regelmäßige Einmalkathe-terisierung und Nutzung von Abführ-methoden	0			
5.11	Therapiemaß-nahmen in häuslicher Umgebung	0			
Summe der Maßnahmen aus 5.8 bis 5.11		0			
Umrechnung Maßnahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11				
Maßnah-me pro Tag	keine oder seltener als einmal wöchent-lich	ein- bis mehrmals wöchent-lich	ein- bis zweimal täglich	mindes-tens dreimal täglich
Einzel-punkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.1 bis 5.11 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die von der versicherten Person nicht selbstständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.1 bis 5.7 summiert (erfolgt zum Beispiel täglich dreimal eine Medikamentengabe – Kriterium 5.1 – und einmal Blutzuckermessen – Kriterium 5.6 –, entspricht dies vier Maßnahmen pro Tag), und separat für die Kriterien 5.8 bis 5.11 summiert. Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 5.12

Ziffer	Kriterium in Bezug auf	entfällt oder selbstständig	täglich	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	Monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.12	Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung	0	60	8,6	2

Für das Kriterium der Ziffer 5.12 wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die wöchentlich vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die monatlich vorkommen, erfasst. Kommen Maßnahmen regelmäßig täglich vor, werden 60 Punkte vergeben.

Jede regelmäßige wöchentliche Maßnahme wird mit 8,6 Punkten gewertet. Jede regelmäßige monatliche Maßnahme wird mit zwei Punkten gewertet.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.15

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.15 wird wie folgt erhoben und mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterium in Bezug auf	entfällt oder selbstständig	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.13	Arztbesuche	0	4,3	1
5.14	Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu drei Stunden)	0	4,3	1
5.15	Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als drei Stunden)	0	8,6	2

Für jedes der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.15 wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, erfasst. Jeder regelmäßige monatliche Besuch wird mit einem Punkt gewertet. Jeder regelmäßige wöchentliche Besuch wird mit 4,3 Punkten gewertet. Handelt es sich um zeitlich ausgedehnte Arztbesuche oder Besuche von anderen medizinischen oder therapeutischen Einrichtungen, werden sie doppelt gewertet.

Die Punkte der Kriterien 5.12 bis 5.15 werden addiert. Die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.15 werden anhand der Summe der so erreichten Punkte mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Summe	Einzelpunkte
0 bis unter 4,3	0
4,3 bis unter 8,6	1
8,6 bis unter 12,9	2
12,9 bis unter 60	3
60 und mehr	6

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 5.16

Ziffer	Kriterien	a[1]	b[2]	c[3]	d[4]
5.16	Einhaltung einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften	0	1	2	3

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 5.16 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

entfällt oder selbstständig[1]:	0 Punkte
überwiegend selbstständig[2]:	1 Punkt
überwiegend unselbstständig[3]:	2 Punkte
unselbstständig[4]:	3 Punkte

Modul 6: Einzelpunkte im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Das Modul umfasst sechs Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	a[1]	b[2]	c[3]	d[4]
6.1	Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen	0	1	2	3
6.2	Ruhen und Schlafen				
6.3	Sich beschäftigen				
6.4	Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen				
6.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt				
6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds				

Das Modul umfasst sechs Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet werden:

entfällt oder selbstständig[1]:	0 Punkte
überwiegend selbstständig[2]:	1 Punkt
überwiegend unselbstständig[3]:	2 Punkte
unselbstständig[4]:	3 Punkte

Anlage 2 zu § 6
Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte) Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten im Modul

Stand: 25.07.2026

Diese Anlage ist Bestandteil der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung.

Module	**Gewichtung**	**0 Keine**	**1 Geringe**	**2 Erhebliche**	**3 Schwere**	**4 Schwerste**	
1 Mobilität	**10 %**	0 - 1	2 - 3	4 - 5	6 - 9	10 - 15	Summe der Einzelpunkte im Modul 1
		0	**2,5**	**5**	**7,5**	**10**	**Gewichtete Punkte im Modul 1**
2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	**15 %**	0 - 1	2 - 5	6 - 10	11 - 16	17 - 33	Summe der Einzelpunkte im Modul 2
3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		0	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 65	Summe der Einzelpunkte im Modul 3
Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		**0**	**3,75**	**7,5**	**11,25**	**15**	**Gewichtete Punkte für die Module 2 und 3**
4 Selbstversorgung	**40 %**	0 - 2	3 - 7	8 - 18	19 - 36	37 - 54	Summe der Einzelpunkte im Modul 4
		0	**10**	**20**	**30**	**40**	**Gewichtete Punkte im Modul 4**
5 Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen	**20 %**	0	1	2 - 3	4 - 5	6 - 15	Summe der Einzelpunkte im Modul 5
		0	**5**	**10**	**15**	**20**	**Gewichtete Punkte im Modul 5**
6 Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte	**15 %**	0	1 - 3	4 - 6	7 - 11	12 - 18	Summe der Einzelpunkte im Modul 6
		0	**3,75**	**7,5**	**11,25**	**15**	**Gewichtete Punkte im Modul 6**
7 Außerhäusliche Aktivitäten		Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägungen bei den einzelnen Kriterien ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Versorgungs- und Pflegeplanung ableiten zu können.					
8 Haushaltsführung							