Deutsche Ärzteversicherung

Versicherungsbedingungen für die selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung für Heilberufe (D_1444_21015183_04.26_D)

Inhaltsverzeichnis

1 Wann liegt Berufsunfähigkeit vor? 2
1.1 Allgemeine Definition der Berufsunfähigkeit 2
1.2 Punktuelle Anpassung der allgemeinen Definition der Berufsunfähigkeit für bestimmte Personengruppen 3
1.3 Berufsunfähigkeit nach Ausscheiden aus dem Berufsleben 5
1.4 Berufsunfähigkeit durch Infektionskrankheiten (Infektionsschutz) 5
1.5 Berufsunfähigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit 5
1.6 Berufsunfähigkeit infolge mittelschwerer oder schwerer Demenz 6
1.7 Berufsunfähigkeit nach den Regelungen der gesetzlichen Rentenversicherung 6
1.8 Berufsunfähigkeit, wenn eine Prognose nicht möglich ist 6
1.9 Berufsunfähigkeit nach Berufswechsel aufgrund Weisung des Arbeitgebers 7

2 Welche Leistungen erhalten Sie bei Berufsunfähigkeit? 7
2.1 Rentenzahlung und Beitragsbefreiung 7

3 Wie beantragen Sie Leistungen und welche Mitwirkungspflichten haben Sie? 7
3.1 Erforderliche Nachweise 7
3.2 Entbindung von der Schweigepflicht 8
3.3 Welche Maßnahmen zur Heilung können wir verlangen? (Arztanordnungsklausel) 8
3.4 Folgen der Verletzung von Mitwirkungspflichten 9
3.5 Verjährung Ihrer Ansprüche 9

4 Was ist für Sie während der Leistungsprüfung wichtig? 9
4.1 Mitteilung über die Leistungsentscheidung 9
4.2 Beitragszahlung bis zur Leistungsentscheidung 9

5 Welche anderen Leistungen beinhaltet Ihr Vertrag? 10
5.1 Ärztebeirat und Ärzteausschuss 10
5.2 Sofortrente wegen schwerer Erkrankung 11
5.3 Leistung bei Einstellung von Krankengeld bzw. Krankentagegeld (Überbrückungshilfe) 12
5.4 Medizinische und berufliche Rehabilitations- und Integrationsberatung 13
5.5 Unterstützungs- und Beratungsleistungen 13
5.6 Leistungen aus der Überschussbeteiligung 13
5.7 Unterstützung zur Wiedereingliederung und Umorganisation 14
5.8 Optionale Leistungen 14

6 Wer ist Empfänger und wie erfolgt die Auszahlung von Leistungen? 16
6.1 Empfänger der Leistungen 16
6.2 Auszahlung der Leistungen 17

7 Wann ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen? 17
8 Warum ist es wichtig, dass Ihre Angaben richtig und vollständig sind? 18
8.1 Bedeutung unserer Fragen vor Vertragsabschluss 18
8.2 Auswirkungen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht 19
8.3 Bedeutung unserer Fragen bei Leistungserweiterungen 19
8.4 Anfechtung wegen arglistiger Täuschung 19

9 Was müssen Sie beachten, während Sie Leistungen erhalten? 19
9.1 Ihre Pflichten während Sie Leistungen beziehen 19
9.2 Recht zur Nachprüfung, ob die Leistungspflicht weiter besteht 20
9.3 Verletzung von Mitwirkungspflichten 20

10 Welche vertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie? 20
10.1 Anpassung des Versicherungsschutzes 20
10.2 Überprüfung des Beitrags bei Berufseinstieg ("Zukunftsgarantie") 20
10.3 Verlängerungsoption 21

11 Welche Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten? 22
11.1 Änderung der Beitragszahlung 22

D_1444_21015183_04.26_D

11.2 Im ersten Versicherungsjahr: Beginn- und Ablaufverlegung 22
11.3 Ab dem zweiten Versicherungsjahr: Stundung der Beiträge 22
11.4 Vorrübergehende Herabsetzung des Beitrags 23

12 Wann können Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen? 24
12.1 Beitragsfreistellung und deren Auswirkungen 24
12.2 Wiederaufnahme der Beitragszahlung nach Beitragsfreistellung (Wiederinkraftsetzung) 25

13 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen? 26
14 Wann können Sie die Leistungen Ihrer Versicherung herabsetzen? 26
15 Was gilt für unser Vertragsverhältnis? 26
15.1 Beginn des Versicherungsschutzes 26
15.2 Weltweiter Versicherungsschutz 26
15.3 Rauchverhalten 26
15.4 Versicherungsdauer und Leistungsanspruch 27
15.5 Nachträgliche Anpassung von Beiträgen oder Leistungen 27
15.6 Änderungen bestehender Bestimmungen 27
15.7 Mitteilungen zu diesem Vertrag 27
15.8 Änderung Ihres Namens oder Ihrer Anschrift 28
15.9 Geltendes Recht und Gerichtsstand 28
15.10 Ansprechpartner, wenn Sie mit uns nicht zufrieden sind 28

16 Was ist bei der Beitragszahlung wichtig? 29
16.1 Verwendung Ihrer Beiträge 29
16.2 Modalitäten der Beitragszahlung 29
16.3 Folgen einer nicht rechtzeitigen Zahlung der Beiträge 30

17 Welche Kosten und Gebühren fallen an? 31
17.1 Kosten 31
17.2 Verrechnung der Kosten 31
17.3 Gebühren 31

18 Woraus ergeben sich Überschüsse und wie sind Sie an ihnen beteiligt? 32
18.1 Überschussermittlung 33
18.2 Überschussverteilung 32
18.3 Überschusshöhe 33
18.4 Bestandsgruppen 33
18.5 Überschussbeteiligung vor Eintritt des Versicherungsfalls 33
18.6 Überschussbeteiligung nach Eintritt des Versicherungsfalls 33
18.7 Überschusssysteme 33

19 Änderungen der Bedingungen für versicherte Personen, die bei Eintritt der Berufsunfähigkeit keine Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut ausüben und auch nicht ausgeübt haben 34
20 Versicherungsmathematische Hinweise 37
21 Glossar 37
22 Anhang - Auszug aus dem Sozialgesetzbuch 39

1 Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?



Schritt für Schritt - wir prüfen individuell:
- Die allgemeine Definition der Berufsunfähigkeit finden Sie im Abschnitt 1.1.
- Punktuelle Anpassungen für bestimmte Personengruppen haben wir im Abschnitt 1.2 geregelt.
- Auf besondere Ursachen der Berufsunfähigkeit gehen wir in den Abschnitten 1.4 bis 1.7 ein.
- Unter dem Abschnitt "Änderungen der Bedingungen für versicherte Personen, die bei Eintritt der Berufsunfähigkeit keine Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut ausüben und auch nicht ausgeübt haben" finden Sie Anpassungen für diese Personengruppe.

1.1 Allgemeine Definition der Berufsunfähigkeit

1.1.1 Voraussetzungen

Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt und ärztlich nachgewiesen sind:
- Die *versicherte Person* kann ihre berufliche Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut
  - **voraussichtlich 6 Monate** ununterbrochen

  - zu **mindestens 50 %** nicht mehr ausüben.
- Ursache für die Beeinträchtigung ist
  - Krankheit,
  - Körperverletzung **oder**
  - ein Verfall der Kräfte (auch einfach oder dem Alter entsprechend).

Maßgeblich ist dabei die **zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut,** so wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung konkret ausgeübt wurde.

Die Konkretisierung des Berufes "als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut" wird ausschließlich zum Vorteil der *versicherten Person* ausgelegt.

Sind die Voraussetzungen nicht vollständig erfüllt, besteht kein Anspruch auf die Leistungen.

1.1.2 Auswirkungen einer neuen beruflichen Tätigkeit (Verweisung)
Hier unterscheiden wir zwei Fälle:

Konkrete Verweisung:
Die *versicherte Person* nimmt - obwohl sie in der bisherigen Tätigkeit berufsunfähig ist - eine neue berufliche Tätigkeit auf.
In diesem Fall prüfen wir, ob die neue berufliche Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut mit der Tätigkeit bei Eintritt der Berufsunfähigkeit vergleichbar ist. Ist dies der Fall, liegt keine Berufsunfähigkeit mehr vor. Die konkrete Verweisung wird bei Prüfung der Berufsunfähigkeit immer betrachtet.

Als vergleichbar wird eine Tätigkeit nur dann angesehen, wenn sie der *Ausbildung* oder Erfahrung sowie der bisherigen Lebensstellung der *versicherten Person* entspricht. D. h. die neue Tätigkeit:
- erfordert keine deutlich abweichenden Kenntnisse und Fähigkeiten,
- hat eine vergleichbare Wertschätzung und
- ein vergleichbares Einkommen.

Dabei gilt in der Regel eine Einkommensminderung von maximal 20 % gegenüber dem jährlichen Bruttoeinkommen der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als zumutbar. Bei niedergelassenen oder freiberuflichen Ärzten, Zahnärzten, Tierärzten, Apothekern oder Psychotherapeuten betrachten wir den durchschnittlichen Gewinn vor Steuern der letzten 3 Jahre. Wir berücksichtigen dabei die individuellen Gegebenheiten sowie die höchstrichterliche Rechtsprechung. So kann in begründeten Einzelfällen auch eine unter 20 % liegende Einkommensminderung unzumutbar sein.

Wir erbringen auch dann weiterhin Leistungen, wenn die *versicherte Person* zwar neue Kenntnisse und Fähigkeiten erlernt hat und dadurch eine andere berufliche Tätigkeit ausübt, sie aber weiterhin nicht als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut tätig ist. In diesem Fall liegt weiterhin Berufsunfähigkeit im Sinne dieses Vertrages vor.

Abstrakte Verweisung:
Geht die *versicherte Person* keiner anderen beruflichen Tätigkeit nach, zahlen wir die Leistung bei Fortbestehen der Berufsunfähigkeit weiter. Wir prüfen nicht, ob die *versicherte Person* theoretisch noch irgendeine andere Tätigkeit ausüben könnte. Das heißt, **wir verzichten auf die abstrakte Verweisung.**

1.2 Punktuelle Anpassung der allgemeinen Definition der Berufsunfähigkeit für bestimmte Personengruppen



Für einige Personengruppen passen wir die allgemeine Definition bezogen auf die
• berufliche Tätigkeit und
• die Prüfung der konkreten Verweisung
gegenüber Abschnitt "Allgemeine Definition der Berufsunfähigkeit" an. Alle anderen Regelungen zur allgemeinen Definition der Berufsunfähigkeit gelten unverändert auch für diese Personengruppen.

Personengruppen	Punktuelle Anpassungen gegenüber Abschnitt "Allgemeine Definition der Berufsunfähigkeit". Ansonsten gelten die Regelungen des obigen Abschnittes unverändert.
Niedergelassene und freiberuflich tätige Personen	Ist eine *versicherte Person* niedergelassener oder freiberuflicher Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut, setzt Berufsunfähigkeit zusätzlich Folgendes voraus: Auch durch zumutbare Umorganisation des Arbeitsplatzes oder Tätigkeitsbereichs ist es nicht möglich, ein Tätigkeitsfeld zu schaffen, das eine Berufsfähigkeit von mindestens 50 % ermöglicht. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn **alle** im folgenden aufgeführten Punkte zutreffen: • Die *versicherte Person* kann ihre Stellung als Praxis- oder Apothekeninhaber/in erhalten. • Es ist kein erheblicher Kapitaleinsatz erforderlich. • Die Umorganisation ist wirtschaftlich zweckmäßig. • Die *versicherte Person* kann die Umorganisation aufgrund ihres maßgeblichen Einflusses auf die Geschicke des Unternehmens veranlassen (Direktions- und Weisungsrecht). • Es liegt keine dauerhaft ins Gewicht fallende Einkommensminderung vor. Eine dauerhaft ins Gewicht fallende Einkommensminderung liegt vor, wenn sie mehr als 20 % des vor Eintritt der Berufsunfähigkeit erzielten durchschnittlichen jährlichen Einkommens der letzten drei Jahre beträgt. Dann gilt die Einkommensminderung in jedem Fall als unzumutbar. Sollte die herrschende Rechtsprechung einen niedrigeren Prozentsatz festlegen, wenden wir diesen an. In einem begründeten Einzelfall kann aber auch bereits heute eine unter 20 % liegende Einkommensminderung unzumutbar in diesem Sinne sein. Wir verzichten bei Betrieben auf die Prüfung einer Umorganisation, wenn • der Betrieb weniger als 10 Mitarbeitende beschäftigt (Als Mitarbeitende in diesem Sinne zählen ausschließlich Angehörige eines akademischen Heilberufes im Angestelltenverhältnis.) oder • die niedergelassene oder freiberuflich tätige *versicherte Person* in ihrer täglichen Arbeitszeit zu mindestens 90 % kaufmännische oder organisatorische Tätigkeiten in dem Betrieb ausübt.
Teilzeitbeschäftigte	Ist die *versicherte Person* ausschließlich in Teilzeit beschäftigt (eine oder mehrere sozialversicherungspflichtige Tätigkeiten gemäß § 2 Gesetz über Teilzeitarbeit und befristete Arbeitsverträge - Teilzeit- und Befristungsgesetz - TzBfG, Stand 22.11.2019), gilt: Berufsunfähigkeit liegt ebenfalls vor, wenn die zuletzt ausgeübte(n) Tätigkeit(en) aus gesundheitlichen Gründen im Durchschnitt nur noch **maximal für 3 Stunden pro Tag** ausgeübt werden kann/können. Diese besondere Regelung gilt nur, wenn die tägliche Arbeitszeit im **Durchschnitt maximal 6 Stunden** beträgt. Ansonsten gilt der Abschnitt "Allgemeine Definition der Berufsunfähigkeit". Übt die *versicherte Person* mehrere Teilzeittätigkeiten aus, betrachten wir alle ausgeübten Tätigkeiten jeweils zusammen.

Personengruppen	Punktuelle Anpassungen gegenüber Abschnitt "Allgemeine Definition der Berufsunfähigkeit". Ansonsten gelten die Regelungen des obigen Abschnittes unverändert.

Studierende der Humanmedizin, Zahnmedizin, Veterinärmedizin	Je nach Fortschritt des *Studiums*, gilt als ausgeübter Beruf das zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalls ausgeübte *Studium* oder die zukünftige Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt bzw. Apotheker.
	Bei **Studierenden** liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt und ärztlich nachgewiesen sind:
	• Die *versicherte Person* kann ihr *Studium* an einer Hochschule, Fachhochschule oder vergleichbaren Ausbildungseinrichtung
	  • **voraussichtlich 6 Monate** ununterbrochen
	  • zu **mindestens 50 %** nicht mehr fortsetzen.
	• Ursache für die Beeinträchtigung ist
	  • Krankheit,
	  • Körperverletzung oder
	  • ein Verfall der Kräfte (auch einfach oder dem Alter entsprechend).
	
	Bei Studierenden der Humanmedizin, Zahnmedizin, Veterinärmedizin oder der Pharmazie gilt ergänzend die folgende Regelung: **Wenn bereits das Physikum abgelegt** wurde bzw. bei Studiengängen ohne Physikum, das 5. Semester erreicht wurde, und die Regelstudienzeit um nicht mehr als fünf Semester überschritten ist, prüfen wir die Berufsunfähigkeit auf den **voraussichtlichen Beruf als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut,** der nach Beendigung des Studiums aufgenommen wird.
	Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt und ärztlich nachgewiesen sind:
	• Die *versicherte Person* kann eine Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut
	  • **voraussichtlich 6 Monate** ununterbrochen
	  • zu **mindestens 50 %** nicht ausüben.
	• Ursache für die Beeinträchtigung ist
	  • Krankheit,
	  • Körperverletzung oder
	  • ein Verfall der Kräfte (auch einfach oder dem Alter entsprechend).

1.3 Berufsunfähigkeit nach Ausscheiden aus dem Berufsleben

Scheidet die *versicherte Person* vorübergehend oder endgültig aus dem Berufsleben aus, wird bei der Prüfung der Leistungsansprüche gemäß den obenstehenden Abschnitten auf die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut und die damit verbundene Lebensstellung abgestellt.

1.4 Berufsunfähigkeit durch Infektionskrankheiten (Infektionsschutz)

Berufsunfähigkeit liegt auch vor, wenn
- die zuständige Behörde der *versicherten Person* die Ausübung ihrer zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit durch eine Verfügung gemäß § 31 des Infektionsschutzgesetzes **teilweise oder vollständig** verbietet und
- das ausgesprochene Tätigkeitsverbot sich auf einen Zeitraum von voraussichtlich mindestens 6 Monaten erstreckt.

Als Nachweis reichen Sie uns bitte die Verfügung der zuständigen Behörde ein. Besteht kein solches Tätigkeitsverbot, wird die Ansteckungsgefahr nach objektiven Kriterien und dem aktuellen Stand der Wissenschaft beurteilt. Gegebenenfalls holen wir auf unsere Kosten ein entsprechendes Gutachten ein.

1.5 Berufsunfähigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit

Definition
Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt und ärztlich nachgewiesen sind. Die *versicherte Person* benötigt täglich Hilfe durch eine andere Person
- infolge Krankheit, Körperverletzung oder Verfall der Kräfte (auch einfach oder dem Alter entsprechend),
- voraussichtlich für ununterbrochen 6 Monate,
- bei mindestens **einer** der unten genannten Tätigkeiten (Pflegepunkte),
- auch bei Einsatz technischer oder medizinischer Hilfsmittel.

Bessert sich der Zustand vorübergehend, führt dies nur zu einer veränderten Beurteilung, wenn die Verbesserung länger als 3 Monate andauert.

Tätigkeiten (Pflegepunkte):
- **Fortbewegen im Zimmer** am üblichen Aufenthaltsort auf ebener Fläche ist auch mit einem Rollstuhl oder einer Gehhilfe ohne die Hilfe einer anderen Person nicht mehr möglich.
- **An- und Auskleiden** ist ohne Hilfe nicht mehr möglich - auch nicht, wenn krankengerechte Kleidung verwendet wird.
- **Essen und Trinken** ist selbstständig und ohne Hilfe nicht mehr möglich - auch nicht, wenn Nahrung und Getränke vorbereitet sind (z. B. geschnitten) und krankengerechtes Besteck und Trinkgefäße (z. B. Schnabeltasse etc.) benutzt werden.
- **Entleeren von Darm oder Blase** ist der *versicherten Person* ohne Hilfe nicht möglich, da sie
  - sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
  - eine Bettschüssel benötigt oder
  - wegen einer Darm- oder Blaseninkontinenz mindestens eines der folgenden Hilfsmittel verwenden muss, die sie nicht eigenständig anlegen, wechseln oder leeren kann: Windeln, spezielle Einlagen, einen Katheter oder einen Kolostomiebeutel.
- **Aufstehen und Zubettgehen** ist der *versicherten Person* ohne fremde Hilfe nicht mehr möglich, da sie dauerhaft bettlägerig ist.
- **Ständiges Beaufsichtigen** ist täglich 24 Stunden lang aufgrund einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung der *versicherten Person* erforderlich, damit diese sich und andere nicht erheblich gefährdet.

1.6 Berufsunfähigkeit infolge mittelschwerer oder schwerer Demenz

Definition
Charakteristisch für eine mittelschwere oder schwere Demenz ist der Verlust geistiger Fähigkeiten, die sich auf das Denk-, Erkennungs-, Erinnerungs- und Orientierungsvermögen auswirken.

Berufsunfähigkeit infolge Demenz liegt vor, wenn auf die *versicherte Person* **alle** aufgeführten Punkte zutreffen:
- mittelschwere oder schwere Hirnleistungsstörungen wie beschrieben,
- ausgelöst durch einen Unfall oder eine Erkrankung,
- voraussichtlich für mindestens 6 Monate ist eine kontinuierliche Betreuung notwendig, um eine erhebliche Gefahr für sich und andere Personen auszuschließen.

Diagnose und Bewertung
Die Diagnose einer mittelschweren oder schweren Demenz erfolgt durch einen Facharzt der Neurologie. Sie basiert auf einer ausführlichen Befunderhebung inklusive körperlicher und psychopathologischer Untersuchung sowie psychometrischer Tests.

Die Schwere der Demenz wird über die Global Deterioration Scale nach Reisberg (Global Deterioration Scale - GDS, Einteilung der Demenz in sieben Grade, Stand 08/2014) ermittelt. Es muss mindestens der Schweregrad 5 "Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen" vorliegen (GDS 5). Leichte oder mäßige Störungen der Hirnleistung erfüllen die Leistungsvoraussetzungen somit nicht.
Zur Bestätigung der Diagnose können Wiederholungsuntersuchungen erforderlich werden.

1.7 Berufsunfähigkeit nach den Regelungen der gesetzlichen Rentenversicherung

Berufsunfähigkeit liegt auch vor, wenn **alle** folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
- Die *versicherte Person* erhält als Pflichtmitglied ausschließlich aus medizinischen Gründen eine volle, unbefristete Erwerbsminderungsrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung.
- Die zugrundeliegende Berufsunfähigkeitsversicherung besteht zum Zeitpunkt der Feststellung der Erwerbsminderung seit mehr als 10 Jahren.
- Die *versicherte Person* ist zum Zeitpunkt der Feststellung der Erwerbsminderung mindestens 50 Jahre alt.

Für den Begriff der vollen Erwerbsminderung gilt die Definition nach § 43 Sozialgesetzbuch (SGB) VI in der Fassung vom 22.12.2023 (siehe Anhang). Diese Fassung bleibt auch nach einer Gesetzesänderung maßgeblich.

1.8 Berufsunfähigkeit, wenn eine Prognose nicht möglich ist

In manchen Fällen kann ein Arzt zu Beginn der gesundheitlichen Beeinträchtigung nicht eindeutig feststellen, dass ein Zustand voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen andauern wird. Dann gilt die Person von Beginn an als berufsunfähig, sobald die entsprechende Beeinträchtigung tatsächlich länger als 6 Monate angedauert hat. Das heißt, wir erbringen die Leistung rückwirkend für den gesamten Zeitraum.

Deutsche Ärzteversicherung

1.9 Berufsunfähigkeit nach Berufswechsel aufgrund Weisung des Arbeitgebers

Hat die *versicherte Person* innerhalb der letzten 12 Monate vor dem Eintritt der Berufsunfähigkeit auf Weisung des Arbeitgebers eine andere Tätigkeit ausgeübt, so wird auf Wunsch der *versicherten Person* die vorherige Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit berücksichtigt.

2 Welche Leistungen erhalten Sie bei Berufsunfähigkeit?

2.1 Rentenzahlung und Beitragsbefreiung

Wird die *versicherte Person* während der *Versicherungsdauer* berufsunfähig, erbringen wir folgende Leistungen:
- Wir zahlen die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente jeweils zum Ersten eines Monats und
- für die Dauer der Berufsunfähigkeit entfällt die Pflicht, Beiträge zu bezahlen.

Einzelheiten zu Beginn und Ende des Anspruchs auf Leistung sowie zur *Versicherungsdauer* entnehmen Sie bitte dem Abschnitt "Was gilt für unser Vertragsverhältnis?" bzw. bei sonstigen Leistungen dem Abschnitt "Welche anderen Leistungen beinhaltete Ihr Vertrag?".

3 Wie beantragen Sie Leistungen und welche Mitwirkungspflichten haben Sie?

Schritt für Schritt zur Leistung:
- Um Leistungen zu beantragen können Sie zunächst formlos mit uns Kontakt aufnehmen. Ein Anruf oder eine E-Mail genügt. Welche Person für Sie zuständig ist, entnehmen Sie bitte unserer Antwort.
- Sie erhalten von uns einen Fragebogen, den Sie bitte ausgefüllt zusammen mit den angeforderten Nachweisen zurückschicken.
- Wir werden Sie über die weiteren Schritte zeitnah individuell informieren.

3.1 Erforderliche Nachweise

Um Leistungen aus diesem Vertrag zu erbringen, können wir den *Versicherungsschein* anfordern. Darüber hinaus benötigen wir zur Klärung unserer Leistungspflicht von der Person, die den Anspruch stellt, verschiedene Informationen oder Nachweise. Zum Beispiel:

a) Eine **Darstellung der Ursachen,** die zum Eintritt des *Versicherungsfalls* geführt haben;
b) **Ausführliche Berichte der Ärzte und der *Angehörigen* von nichtärztlichen Heilberufen,** die die *versicherte Person* aktuell behandeln, in der Vergangenheit behandelt oder untersucht haben. Die Berichte müssen folgende Informationen zu den gesundheitlichen Beeinträchtigungen beinhalten:
- Ursache, Beginn, Art, Verlauf, voraussichtliche Dauer und
- Auswirkung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf den Grad der Berufsunfähigkeit bzw. der Pflegebedürftigkeit oder Demenz;

c) **Informationen zum ausgeübten Beruf** der *versicherten Person* bei Eintritt der Berufsunfähigkeit. Konkret benötigen wir folgende Informationen:
- zur Berufsbezeichnung, Stellung und Beschreibung der Tätigkeit,
- über die wirtschaftlichen Verhältnisse (z. B. Steuerbescheide, Bilanzen, Gewinn- und Verlustrechnungen, Lohn- und Gehaltsabrechnungen) sowie
- über die durch die Berufsunfähigkeit eingetretenen Veränderungen.

Hierzu können wir auch von Dritten zusätzliche Auskünfte über die wirtschaftlichen Verhältnisse sowie ihre jeweiligen Veränderungen anfordern.
d) **Nachweise für Selbstständige bzw. niedergelassene oder freiberuflich Tätige**
Ist die *versicherte Person* bei Eintritt der Berufsunfähigkeit selbstständig bzw. niedergelassen oder freiberuflich tätig, prüfen wir, ob ihr Betrieb bzw. ihre Praxis so umorganisiert werden kann, dass eine selbstständige Tätigkeit bzw. niedergelassene oder freiberufliche Tätigkeit weiterhin möglich ist. Für diese Prüfung fordern wir bei Bedarf weitere Auskünfte und Nachweise an. Welche Unterlagen wir im Einzelfall benötigen, teilen wir Ihnen telefonisch oder in *Textform* mit.
e) **Bei Berufsunfähigkeit durch Infektionskrankheiten** muss zusätzlich ein amtlicher Nachweis über das behördliche Tätigkeitsverbot nach dem Infektionsschutzgesetz vorgelegt werden.
f) **Bei Berufsunfähigkeit nach den Regelungen der gesetzlichen Rentenversicherung** muss zusätzlich zu den in den Abschnitten a) und b) genannten Informationen der vollständige Rentenbescheid der gesetzlichen Rentenversicherung vorgelegt werden.
g) **Für die Überbrückungshilfe** genügt eine Mitteilung des Krankenversicherers, dass die Leistung des Kranken(tage)geldes eingestellt wird, da nach deren Definition Berufsunfähigkeit vorliegt. Zeitgleich müssen Sie Leistungen infolge Berufsunfähigkeit beantragen.

h) Die erforderlichen **Nachweise für die Sofortrente** finden Sie im Abschnitt "Sofortrente wegen schwerer Erkrankung".
i) **Die erforderlichen Nachweise für die Arbeitsunfähigkeit** (sofern mitversichert) sind abhängig von der Art Ihrer Krankenversicherung. Einzelheiten dazu finden Sie im Abschnitt "Optionale Leistungen" unter der Überschrift "Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit".
j) **Sonstige Nachweise**

- Eine Aufstellung über Ärzte, Krankenhäuser, Rehaeinrichtungen, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die *versicherte Person* in Behandlung war, aktuell ist oder - sofern bekannt - zukünftig sein wird,
- Eine Aufstellung der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger oder sonstiger Versorgungsträger, bei denen die *versicherte Person* folgende Leistungen beantragt hat oder beantragen könnte:
  - Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder
  - vergleichbare Leistungen, die ebenfalls eine Einkommensersatzfunktion haben. Dies sind beispielsweise Leistungen aufgrund von Erwerbsunfähigkeit, Erwerbsminderung, Verlust von Grundfähigkeiten oder schwerer Krankheiten.
- Eine Aufstellung über den derzeitigen Arbeitgeber sowie früherer Arbeitgeber der *versicherten Person*.

Wir können verlangen, dass Sie uns die Nachweise im Original oder amtlich beglaubigt zur Verfügung stellen.

3.1.1 Übernahme der Kosten

Derjenige, der die Leistungen beantragt, muss die Unterlagen auf seine Kosten zur Verfügung stellen. Benötigen wir darüber hinaus weitere Unterlagen oder ärztliche Untersuchungen, können wir diese auf unsere Kosten beauftragen.

Hält sich die *versicherte Person* im Ausland auf, können wir im Einzelfall verlangen, dass die Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden. Wir verzichten darauf, wenn diese Untersuchungen vor Ort nach den in Deutschland angewendeten Grundsätzen erfolgen.

Unabhängig davon, wo die Untersuchungen erfolgen, übernehmen wir die Untersuchungskosten sowie die allgemein üblichen Reise- und Unterbringungskosten. Darunter verstehen wir

- die Reisekosten für eine Bahnfahrt 2. Klasse und, falls erforderlich,
- Flüge in der economy class sowie
- die Unterbringung in einem 4-Sterne Hotel.

3.2 Entbindung von der Schweigepflicht

Die *versicherte Person* muss folgende Personen oder Einrichtungen von der Schweigepflicht entbinden, um uns bei Bedarf sachdienliche Auskünfte zu geben:

- Ärzte,
- Pflegepersonen und Bedienstete von Krankenhäusern, Rehaeinrichtungen oder Pflegeheimen,
- Lebens- und Unfallversicherungen,
- gesetzliche Krankenkassen und private Krankenversicherungen sowie
- Berufsgenossenschaften und Behörden.

Diese Entbindung von der Schweigepflicht ist nur erforderlich, wenn die *versicherte Person* in den letzten 10 Jahren bevor sie den Antrag stellt, dort

- untersucht, beraten oder behandelt worden ist bzw.
- versichert ist oder war **oder**
- einen Antrag auf Versicherung gestellt hat.

Weiterhin muss die *versicherte Person* ihre bisherigen Arbeitgeber oder sonst auskunftsfähige Personen ermächtigen, uns auf Verlangen sachdienliche Auskünfte über die Ausgestaltung der konkreten Tätigkeit und das Gehalt zu erteilen. Entbindet die *versicherte Person* die genannten Personen und Einrichtungen nicht von der Schweigepflicht und ermächtigt uns auch nicht, die Daten zu erheben, kann sie uns die erforderlichen Auskünfte und Nachweise auch selbst zur Verfügung stellen.

3.3 Welche Maßnahmen zur Heilung können wir verlangen? (Arztanordnungsklausel)

Die *versicherte Person* hat Anordnungen der behandelnden oder untersuchenden Ärzte nur zu befolgen, sofern

- die Anordnung darauf ausgerichtet ist, die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu mindern und
- die angeordnete Maßnahme zumutbar ist.

Zumutbar ist eine Maßnahme (Hilfsmittel und Heilbehandlung), wenn sie

- gefahrlos ist,
- keine besonderen Schmerzen verursacht und
- sichere Aussicht auf eine Verbesserung des Gesamtzustandes bietet.

So sind beispielsweise folgende Maßnahme zumutbar:
- Verwendung von orthopädischen oder anderen Heil- und Hilfsmitteln (z. B. Prothesen, Stützstrümpfe, Seh- und Hörhilfen),
- Durchführung logopädischer oder physiotherapeutischer Maßnahmen.

Operative und invasive Eingriffe sind nicht zumutbar.

3.4 Folgen der Verletzung von Mitwirkungspflichten

Solange die *versicherte Person*
- die erforderlichen Auskünfte und Nachweise nicht erbringt,
- die genannten Personen oder Einrichtungen nicht von der Schweigepflicht entbindet,
- uns nicht zur Datenerhebung ermächtigt **oder**
- die zumutbaren ärztlichen Anweisungen zur Verminderung der Berufsunfähigkeit nicht befolgt,

können wir die Leistung zurückhalten.

Dies gilt auch, wenn uns ein Widerruf oder eine Einschränkung der erteilten Entbindung von der Schweigepflicht und/oder der Einwilligung zur Datenerhebung und -nutzung daran hindert, unsere Leistungspflicht zu prüfen.

Nach Erfüllung der *Mitwirkungspflichten* besteht unsere Leistungspflicht grundsätzlich nur für die Zeiträume, für die uns ein *Versicherungsfall* nachgewiesen wurde.

Allerdings kann die vorherige Verletzung der *Mitwirkungspflichten* dazu führen, dass unsere Leistungspflicht entfällt oder eingeschränkt ist (Leistungsfreiheit). Das hängt insbesondere von folgenden Faktoren ab:
- ob die *Mitwirkungspflicht* schuldhaft verletzt wurde,
- vom Grad eines möglichen Verschuldens sowie
- von der Frage, inwieweit die Verletzung der *Mitwirkungspflicht* für den Eintritt oder die Feststellung des *Versicherungsfalls* bzw. für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich ist.

Einzelheiten hierzu sind in § 28 Abs. 2 und 3 VVG geregelt.

Gesonderte Mitteilung der Rechtsfolgen in *Textform*
Die teilweise oder vollständige Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch eine gesonderte Mitteilung in *Textform* auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

3.5 Verjährung Ihrer Ansprüche

Die Ansprüche aus dem Vertrag verjähren nach § 195 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) nach 3 Jahren. Einzelheiten zu Beginn, Dauer und Hemmung der Verjährung sind in §§ 195 bis 213 BGB geregelt. Ist bei uns ein Anspruch angemeldet worden, gilt: Die Verjährung ist so lange gehemmt, bis der Person, die den Anspruch stellt, unsere Entscheidung in *Textform* zugeht. Das heißt, der Zeitraum zwischen der Anmeldung des Anspruches und dem Zugang unserer Entscheidung wird bei der Berechnung der Frist nicht berücksichtigt.

4 Was ist für Sie während der Leistungsprüfung wichtig?

4.1 Mitteilung über die Leistungsentscheidung

Sobald uns alle notwendigen Unterlagen vorliegen, teilen wir Ihnen **innerhalb einer Woche** in *Textform* mit,
- ob wir leisten,
- in welchem Umfang wir leisten und
- für welchen Zeitraum wir leisten.

Solange uns noch nicht alle Unterlagen vorliegen, die wir für unsere Entscheidung benötigen, informieren wir Sie regelmäßig alle **4 Wochen** über den aktuellen Stand der Bearbeitung.

Grundsätzlich sprechen wir die Anerkennung der Berufsunfähigkeit zeitlich unbefristet aus. Wir können jedoch in begründeten Einzelfällen, in denen wichtige Gründe einer endgültigen Anerkennung entgegenstehen, eine zeitlich begrenzte Anerkennung aussprechen. Dies ist **einmalig für maximal 12 Monate** möglich. Bis zum Ablauf der Frist ist die zeitlich begrenzte Anerkennung für uns bindend. Danach können Sie eine erneute Prüfung der Berufsunfähigkeit beantragen.

4.2 Beitragszahlung bis zur Leistungsentscheidung

Haben Sie eine Leistung beantragt, müssen Sie die Beiträge bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht in voller Höhe weiterbezahlen. Erkennen wir unsere Leistungspflicht an, erstatten wir Ihnen diese Beiträge zurück.

Möglichkeit zur *Stundung*
Auf Wunsch stunden wir Ihnen die Beiträge, die zwischen dem Leistungsantrag und der endgültigen Entscheidung über unsere Leistungspflicht zu zahlen sind. Wir erheben in diesem Fall keine Stundungszinsen.
Haben Sie keinen Anspruch auf Leistung, sind die gestundeten Beiträge *unverzüglich* nachzuzahlen.

Hierfür bieten wir Ihnen mehrere Möglichkeiten an. Sie können
- die gestundeten Beiträge in einem Betrag nachzahlen,
- diese über einen Zeitraum von bis zu 48 Monaten in Raten zusammen mit den laufenden Beiträgen nachzahlen, jedoch nur solange noch laufende Beiträge zu zahlen sind.
  Stundungszinsen erheben wir in diesem Fall weiterhin nicht.
- uns auffordern, die gestundeten Beiträge durch eine Vertragsänderung (z. B. durch eine Reduktion der versicherten Rente) oder eine Verrechnung mit den Gewinnanteilen auszugleichen.
  Sollte die Tilgung so nicht möglich sein, teilen wir Ihnen das *unverzüglich* mit.

5 Welche anderen Leistungen beinhaltet Ihr Vertrag?

Ihr Vertrag beinhaltet weitere Geld-, Beratungs- oder Serviceleistungen. Teilweise können Sie diese in Anspruch nehmen, solange (noch) keine Berufsunfähigkeit vorliegt, teilweise ergänzen sie unsere Leistungen wegen Berufsunfähigkeit.

5.1 Ärztebeirat und Ärzteausschuss

5.1.1 Funktion und Frist der Anrufung des Ärztebeirats

Wenn Sie mit unserer Entscheidung nicht einverstanden sind, haben Sie die Möglichkeit den Beirat der Gesellschaft anzurufen, bevor Sie einen Anspruch gegen uns gerichtlich geltend machen. Dafür ist ein Antrag erforderlich, der dem Beirat innerhalb von 3 Monaten nach dem Eingang unseres ablehnenden Bescheids zugegangen sein muss. Innerhalb von 6 Wochen kann uns der Beirat dann empfehlen, unseren ablehnenden Bescheid zu ändern. Können wir der Empfehlung des Beirats nicht folgen oder sind Sie auch mit unserem abgeänderten Bescheid nicht einverstanden, können Sie den Anspruch auf die Leistung jederzeit gerichtlich geltend machen.

5.1.2 Funktion und Frist der Anrufung des Ärzteausschusses

Beschränken sich die Meinungsverschiedenheiten auf die Frage, ob, in welchem Grad oder von welchem Zeitpunkt an die Berufsunfähigkeit vorliegt, kann anstelle des Gerichts ein Ärzteausschuss entscheiden. Dies setzt voraus, dass sich beide Seiten darauf einigen.

Die anspruchserhebende Person muss sich innerhalb von 6 Monaten, nachdem sie unsere Leistungsentscheidung erhalten hat, äußern, ob sie das Verfahren vor dem Ärzteausschuss wünscht. Lässt die anspruchserhebende Person diese Frist verstreichen, ohne ihre Ansprüche gerichtlich geltend zu machen oder das Verfahren vor dem Ärzteausschuss zu verlangen, sind weitere Ansprüche, als die bereits anerkannten, ausgeschlossen.

Zusammensetzung, Verfahren und Kosten des Ärzteausschusses
Für die Zusammensetzung, das Verfahren und die Kosten des Ärzteausschusses gelten die folgenden Regeln:
- **Zusammensetzung**
  Der Ärzteausschuss setzt sich aus 2 Ärzten zusammen, von denen jede Partei einen benennt, sowie einem Obmann. Die beiden benannten Ärzte wählen dabei den Obmann aus. Der Obmann soll ein mit der Begutachtung von Berufsunfähigkeit erfahrener Arzt sein. Er darf nicht in einem Abhängigkeitsverhältnis zu einer der Parteien stehen. Die beiden benannten Ärzte müssen sich innerhalb eines Monats auf einen Obmann einigen. Gelingt dies nicht, kann eine Partei beantragen, dass der Präsident der zuständigen (Landes-) Ärztekammer den Obmann benennt. Die zuständige (Landes-) Ärztekammer ist hierbei diejenige, die für den letzten inländischen Wohnsitz der *versicherten Person* zuständig ist. Hat die *versicherte Person* keinen inländischen Wohnsitz, ist die für den Sitz des Versicherers zuständige Ärztekammer maßgebend. Benennt eine Partei ihr Ausschussmitglied nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie von der anderen Partei dazu aufgefordert wurde, wird dieses Ausschussmitglied ebenfalls durch den Präsidenten der (Landes-) Ärztekammer benannt.
- **Verfahren**
  Nachdem der Ausschuss gebildet wurde, bitten wir den Obmann, das Verfahren durchzuführen. Wir übersenden ihm dafür die erforderlichen Unterlagen. Der Obmann bestimmt gemeinsam mit den beiden Ausschussmitgliedern Ort und Zeit des Sitzungstermins und benachrichtigt beide Parteien mindestens eine Woche vorher. Der Obmann kann sich zur weiteren Klärung des Sachverhalts an die Parteien wenden. In der Sitzung ist die *versicherte Person* - soweit möglich - anzuhören und falls erforderlich zu untersuchen. Fehlt die *versicherte Person* an dem Termin unentschuldigt, kann der Ausschuss aufgrund der Unterlagen entscheiden. Die Entscheidung muss schriftlich begründet und vom Obmann unterzeichnet werden.
- **Kosten**
  Fällt die Entscheidung des Ärzteausschusses im Vergleich zu unserem bisherigen Leistungsangebot zu unseren Ungunsten aus, übernehmen wir die Kosten für den Ärzteausschuss in voller Höhe. In allen anderen Fällen muss

die ansprucherhebende Person diese Kosten selbst tragen. Die derzeitige Höhe der Kosten können Sie der Tabelle "Gebühren für besondere Leistungen" entnehmen.

5.2 Sofortrente wegen schwerer Erkrankung

Dieser Abschnitt gilt nur, wenn die *versicherte Person* bei Eintritt einer schweren Erkrankung kein Beamter, Kirchenbeamter, Richter oder Soldat ist.

Definition
Wir erbringen die Leistungen der Sofortrente, wenn bei der *versicherten Person* während der *Versicherungsdauer* eine der im Folgenden beschriebenen schweren Erkrankungen eingetreten ist.

Schwere Erkrankungen im Sinne dieser Bedingungen (nachfolgend nur "schwere Erkrankungen" genannt)	
Krebs	Ein solider Tumor, der durch eine feingewebliche Untersuchung (Histologie) eindeutig als bösartig (maligne) klassifiziert wurde und durch unkontrolliertes Wachstum und Ausbreitung maligner Zellen sowie durch Zerstörung von gesundem Gewebe charakterisiert ist. Versicherungsschutz besteht nur, wenn • ein Tumor bereits zu einem Befall von Lymphknoten (Klassifikation mindestens als N1) und zur *Ausbildung* mindestens einer Fernmetastase (Klassifikation als mindestens M1) geführt hat **oder** • eine operative Entfernung des Tumors in seinen wesentlichen Anteilen oder eine Knochenmarkstransplantation erfolgt ist und eine lebenslange Einnahme von Medikamenten erforderlich macht **oder** • eine Chemo- oder Strahlentherapie begonnen wurde oder unmittelbar bevorsteht **oder** • eine ausschließlich palliative Therapie erfolgt oder unmittelbar bevorsteht.
Herzinfarkt	Das Absterben von Herzmuskelgewebe infolge einer akuten Minderdurchblutung. Dadurch reduziert sich, trotz Behandlung der Erkrankung, das pro Herzschlag ausgeworfene Blutvolumen der linken Herzkammer (linksventrikuläre Ejektionsfraktion) auf weniger als 30 % für voraussichtlich mindestens 6 Monate ununterbrochen.
Schlaganfall	Durch den Schlaganfall muss eines der folgenden Symptome für voraussichtlich mindestens 6 Monate ununterbrochen vorliegen: • Halbseitige Lähmungen (Hemiplegie/Hemiparese) • Sprachverlust Außerdem können die Symptome nach aktuellem medizinischem Wissensstand nicht behoben werden und bleiben voraussichtlich auf Dauer bestehen.
Vollständiges Angewiesensein auf einen Rollstuhl	Die *versicherte Person* ist bei der Fortbewegung voraussichtlich mindestens 6 Monate ununterbrochen auf einen Rollstuhl angewiesen.
Vollständiger Sehverlust	Die *versicherte Person* hat die Sehfähigkeit beider Augen vollständig verloren. Dies ist der Fall, wenn • das Restsehvermögen (Restsehschärfe/Visus) insgesamt nicht mehr als 0,05 oder 3/60 beträgt **oder** • das Gesichtsfeld für die Schwarz-Weiß-Wahrnehmung auf weniger als 15 Grad Abstand vom Zentrum in alle Richtungen eingeschränkt ist **und** der Sehverlust und dessen Ausmaß nicht durch zumutbare Hilfsmittel (z. B. Brille/Kontaktlinsen) gebessert werden kann.
Vollständiger Hörverlust	Die *versicherte Person* hat die Hörfähigkeit beider Ohren vollständig verloren. Dies ist der Fall, wenn ▪ der Hörverlust für gesprochene Wörter (500 Hz - 3 kHz) auf beiden Ohren jeweils mindestens 80 Dezibel beträgt und • der Hörverlust und dessen Ausmaß nicht durch zumutbare Hilfsmittel (z. B. Hörgerät) gebessert werden kann.

Leistungen
Ist bei der *versicherten Person* eine schwere Erkrankung eingetreten, erbringen wir folgende Leistungen für **maximal 15 Monate**:
- Wir zahlen die versicherte Berufsunfähigkeitsrente und
- wir befreien Sie von der Pflicht, Beiträge zu bezahlen.

Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes führt nicht zu einer Einstellung dieser Leistungen.

Beginn und Ende des Leistungsanspruchs
Der Anspruch auf Rente und Beitragsbefreiung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die schwere Erkrankung eintritt, frühestens jedoch zum vereinbarten Leistungsbeginn der Versicherung.
Der Anspruch auf Sofortrente setzt zudem voraus, dass wir für den gleichen Zeitraum keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit erbringen und keine Überbrückungshilfe leisten.

Der Anspruch auf Rente und Beitragsbefreiung endet mit Ablauf des Monats, in dem **mindestens eine** der folgenden Voraussetzungen eintritt:
- Wir haben bereits 15 Monate Leistungen wegen der schweren Erkrankung erbracht.
- Die *versicherte Person* stirbt oder
- die *Leistungsdauer* des Vertrags endet.

Hinweis: Die Sofortrente können Sie während der Dauer Ihrer Versicherung bei verschiedenen schweren Erkrankungen mehrfach beantragen. Soweit sich die Leistungszeiträume dafür überschneiden, werden jedoch nur Leistungen für eine schwere Erkrankung erbracht.

Beantragung und Nachweis
Bei der Beantragung einer Sofortrente reicht es, wenn Sie Ihrem Antrag einen Bericht eines Facharztes der entsprechenden Fachrichtung beifügen.
Der Bericht muss Folgendes enthalten:
- Den Zeitpunkt, zu dem die schwere Erkrankung erstmalig diagnostiziert wurde.
- Informationen zu geplanten, durchgeführten oder möglichen Behandlungen und Prognosen.
- Eine genaue Beschreibung (Art und Umfang) der Erkrankung.

Die Beantragung einer Sofortrente muss innerhalb von 6 Monaten nach Diagnose der schweren Erkrankung in *Textform* erfolgen.

Verhältnis zu anderen Leistungen
- Erkennen wir Berufsunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit oder Überbrückungshilfe rückwirkend an, rechnen wir die bereits gezahlte Sofortrente auf diese Leistungen an.
- Leisten wir Sofortrente, bedeutet dies nicht zugleich, dass wir die Berufsunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit oder Überbrückungshilfe nach diesen Bedingungen anerkennen. Hierfür ist eine gesonderte Prüfung erforderlich.
- Während wir Sofortrente leisten, dürfen wir prüfen, ob die *versicherte Person* berufsunfähig nach diesen Bedingungen ist. Ist letzteres der Fall, erbringen wir nach Ablauf der 15-monatigen Sofortrente Leistungen wegen Berufsunfähigkeit nach Maßgabe dieser Bedingungen. Ergibt unsere Prüfung, dass nach unseren Bedingungen keine Berufsunfähigkeit vorliegt, müssen Sie die bereits erhaltene Sofortrente nicht an uns zurückzahlen.

5.3 Leistung bei Einstellung von Krankengeld bzw. Krankentagegeld (Überbrückungshilfe)

Definition
Wir leisten Überbrückungshilfe, wenn die *versicherte Person* während der *Versicherungsdauer* einen Anspruch auf Zahlung von
- Krankengeld eines gesetzlichen Krankenversicherers erworben hat und diese Zahlung eingestellt wird. Grund für die Beendigung muss die Zahlung einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung wegen voller Erwerbsminderung sein. Die *versicherte Person* muss in Zeiten ohne gesundheitliche Beeinträchtigung mindestens 6 Stunden am Tag gearbeitet haben oder
- Krankentagegeld eines privaten Krankenversicherers erworben hat und diese Zahlung eingestellt wird. Grund für die Einstellung der Zahlung muss eine medizinisch begründete Berufsunfähigkeit nach den Bedingungen der Krankentagegeldversicherung sein.

Leistungen
Als Überbrückungshilfe erbringen wir **einmalig** folgende Leistungen für **maximal 6 Monate:**
- Wir zahlen die versicherte Berufsunfähigkeitsrente und
- wir befreien Sie von der Pflicht, Beiträge zu bezahlen.

Beginn und Ende des Leistungsanspruches
Der Anspruch auf Überbrückungshilfe entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Zahlungen des privaten oder gesetzlichen Krankenversicherers entfallen. Erhalten wir die Mitteilung darüber erst nach der Einstellung der Leistung des Krankenversicherers, entsteht der Anspruch auf Überbrückungshilfe erst mit Beginn des Monats, in dem uns die Mitteilung zugegangen ist. Voraussetzung dafür ist, dass zu diesem Zeitpunkt noch Versicherungsschutz bei uns besteht. Dies gilt nicht, wenn die *versicherte Person* kein Verschulden an der verspäteten Mitteilung trifft.

Der Anspruch auf Überbrückungshilfe endet mit Ablauf des Monats, in dem **mindestens eine** der folgenden Voraussetzungen eintritt:

- Wir haben eine Entscheidung darüber getroffen, ob wir die Berufsunfähigkeit anerkennen,
- wir haben bereits 6 Monate Überbrückungshilfe gezahlt,
- die *versicherte Person* stirbt oder
- die *Leistungsdauer* des Vertrags endet.

Beantragung und Nachweis
Sie können Überbrückungshilfe nur dann beantragen, wenn Sie zeitgleich Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragen. Als Nachweis benötigen wir die Mitteilung des Krankenversicherers, dass die Leistung eingestellt wurde. Die Beantragung muss in *Textform* erfolgen.

Verhältnis von Überbrückungshilfe zu anderen Leistungen
- Sie haben keinen Anspruch auf Überbrückungshilfe, wenn wir für den gleichen Zeitraum bereits Leistungen infolge Berufsunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit oder eine Sofortrente wegen schwerer Erkrankung erbringen oder erbracht haben.
- Erkennen wir Berufsunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit rückwirkend an oder besteht ein Anspruch auf eine Sofortrente wegen schwerer Erkrankung, rechnen wir die bereits gezahlte Überbrückungshilfe auf diese Leistungen an.
- Leisten wir Überbrückungshilfe, bedeutet dies nicht zugleich, dass wir die Berufsunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit nach diesen Bedingungen anerkennen oder ein Anspruch auf eine Sofortrente wegen schwerer Erkrankung besteht.
- Ergibt unsere Prüfung, dass nach unseren Bedingungen keine Berufsunfähigkeit vorliegt, müssen Sie die bereits erhaltene Überbrückungshilfe nicht an uns zurückzahlen.

5.4 Medizinische und berufliche Rehabilitations- und Integrationsberatung

Wird die *versicherte Person* berufsunfähig, bieten wir ihr auf Wunsch eine kostenlose Beratung über Möglichkeiten zur medizinischen Rehabilitation und beruflichen Reintegration an. Dafür beauftragen wir anerkannte Spezialisten, die sinnvolle Maßnahmen einleiten und begleiten. Wir erkennen eine Maßnahme als sinnvoll an, wenn aus medizinischer Sicht und aus Sicht des Arbeitsmarktes eine begründete Aussicht besteht, dass die *versicherte Person* anschließend wieder arbeiten kann.

Die *versicherte Person* entscheidet selbst, ob sie diese Hilfe annimmt.

Wir übernehmen während der *Versicherungsdauer* die Kosten für **eine oder mehrere** vollständig durchgeführte Maßnahmen, und zwar in Summe bis zum sechsfachen der vereinbarten monatlichen Berufsunfähigkeitsrente, **höchstens** jedoch bis zur Höhe von **12.000 Euro.** Soweit eine Entschädigung betreffend diese Maßnahmen aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungspflichten vor. Ihnen steht es jedoch frei, wen Sie in Anspruch nehmen. Nehmen Sie uns in Anspruch, werden wir im Rahmen der Bedingungen in Vorleistung treten

5.5 Unterstützungs- und Beratungsleistungen

Wir beraten und unterstützen Sie während der gesamten Laufzeit des Vertrags. Gerne beantworten wir Ihnen auch telefonisch Fragen beispielsweise zum Umfang Ihrer Versicherung, zur Beantragung von Leistungen oder zur Leistungsprüfung. Ebenso informieren wir Sie über erforderliche Unterlagen, Nachweise oder die Beschreibung der beruflichen Tätigkeit sowie entsprechende Fragebögen.

5.6 Leistungen aus der Überschussbeteiligung

Außer den garantierten Leistungen, die im *Versicherungsschein* ausgewiesen sind, können Sie weitere Leistungen aus der *Überschussbeteiligung* erhalten (siehe Abschnitt "Woraus ergeben sich *Überschüsse* und wie sind Sie an ihnen beteiligt?").

5.7 Unterstützung zur Wiedereingliederung und Umorganisation



Unter dem Abschnitt "Änderungen der Bedingungen für versicherte Personen, die bei Eintritt der Berufsunfähigkeit keine Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut ausüben und auch nicht ausgeübt haben" finden Sie Anpassungen für diese Personengruppe.

Im Einzelfall können Sie eine finanzielle Unterstützung zur Wiedereingliederung bzw. Umorganisation beantragen,
- wenn durch Aneignung neuer Kenntnisse und Fähigkeiten eine neue berufliche Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut konkret ausgeübt werden kann und

- diese auch der Lebensstellung vor Eintritt der Berufsunfähigkeit entspricht (siehe Abschnitt "Allgemeine Definition der Berufsunfähigkeit").

Bei niedergelassen oder freiberuflich tätigen, *versicherten Person* können Sie eine entsprechende Unterstützung im Einzelfall beantragen,
- wenn die Umorganisation im Sinne des Abschnittes "Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?" betrieblich sinnvoll ist. Dafür muss sie wirtschaftlich zweckmäßig sein. Ebenso muss die Umorganisation vom Versicherungsnehmer oder der *versicherten Person* aufgrund ihres maßgeblichen Einflusses auf die Geschicke des Unternehmens realisiert werden können.
- Zusätzlich muss die Lebensstellung (Stellung als Betriebsinhaber) derjenigen vor Eintritt der Berufsunfähigkeit entsprechen. Das heißt, die Umorganisation darf nicht zu einer auf Dauer ins Gewicht fallenden Einkommenseinbuße führen und keinen erheblichen Kapitalaufwand erfordern.

Voraussetzung für die Zahlung einer Wiedereingliederungs- oder Umorganisationshilfe ist außerdem, dass eine Berufsunfähigkeitsrente mitversichert ist, aus der noch mindestens 12 Monate Leistungen fließen könnten.

Ein Anspruch auf Unterstützung zur Wiedereingliederung oder Umorganisation besteht jedoch nicht.

5.8 Optionale Leistungen



Ihrem *Versicherungsschein* können Sie entnehmen, ob Sie optional folgendes vereinbart haben:
• Eine "garantierte Steigerung der Rente im Leistungsfall" und/oder
• "Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit"
Dann gelten ergänzend die folgenden Regelungen.

5.8.1 Garantierte Steigerung der Rente im Leistungsfall

Ist eine garantierte Steigerung der Rente vereinbart, führen wir diese, nachdem wir unserer Leistungspflicht anerkannt haben, erstmals zum nächsten Jahrestag des Versicherungsbeginns durch. Eine weitere Steigerung erfolgt jährlich, solange der Anspruch auf Leistung besteht. Während der Dauer des Anspruchs auf Leistung zahlen Sie keine Beiträge - auch nicht für die garantierten Steigerungen der Rente.

Mit dem Ende unserer Leistungspflicht beginnt für Sie wieder die Pflicht, Beiträge zu bezahlen. Zur nächsten Beitragsfälligkeit fallen wieder die gleichen Beiträge wie vor Beginn der Leistung an. Die Höhe der garantierten Rente entspricht dann auch wieder der Höhe, wie vor unserer Leistungspflicht. Sollte erneut ein Anspruch auf Leistung aus diesem Vertrag entstehen, bildet die ursprünglich garantierte Rente die Ausgangsbasis für mögliche weitere Steigerungen im Leistungsfall.

Wünschen Sie hingegen als garantierte Rente die Rentenhöhe, die durch die Rentensteigerung während des Leistungsbezuges erreicht wurde, gilt: Innerhalb von 2 Monaten ab Erhalt unseres Schreibens zur Beendigung der Leistungspflicht müssen Sie dies in *Textform* beantragen. Dadurch würde sich auch Ihr Beitrag erhöhen.

5.8.2 Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Definition

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die *versicherte Person* Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung(en) (siehe Abschnitt "Beantragung und Nachweise" weiter unten in diesem Abschnitt) vorlegt und eine der folgenden Anforderungen erfüllt ist:
- Es liegt eine Bescheinigung vor, aus der sich eine Arbeitsunfähigkeit für einen zusammenhängenden Zeitraum von **voraussichtlich mindestens 6 Monaten** ergibt, oder
- es liegen mehrere Bescheinigungen vor, aus denen sich eine Arbeitsunfähigkeit für einen zusammenhängenden Zeitraum von insgesamt voraussichtlich mindestens 6 Monaten ergibt. Es ist unerheblich, wie sich diese 6 Monate auf Vergangenheit und Zukunft verteilen.

Wird die *versicherte Person* innerhalb von 6 Monaten nach Ende der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Erkrankung wieder arbeitsunfähig geschrieben, besteht der erneute Anspruch auf Leistung sofort.

Es liegt keine Arbeitsunfähigkeit vor, wenn ein Dritter im Rahmen einer Nachprüfung einen Amts- bzw. Schularzt oder den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) beauftragt, die Arbeitsunfähigkeit zu überprüfen und diese nicht bestätigt werden konnte.

Arbeitsversuche im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung nach § 74 Sozialgesetzbuch V stellen keine Unterbrechung der Arbeitsunfähigkeit dar. Bei Mitgliedern einer privaten Krankenkasse stellt eine Teilarbeitsunfähigkeit

nur dann keine Unterbrechung der Arbeitsunfähigkeit dar, wenn die Arbeitsunfähigkeit mit mindestens 50 % bescheinigt wird. Diese Teilarbeitsunfähigkeit erkennen wir für höchstens 6 Wochen an.

Leistungen
Haben Sie "Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit" vereinbart und liegt bei der *versicherten Person* Arbeitsunfähigkeit nach der oben genannten Definition vor, erbringen wir für **insgesamt maximal 24 Monate** folgende Leistungen:
- Wir zahlen eine Rente in Höhe der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente und
- wir befreien Sie von der Pflicht, Beiträge zu bezahlen.

Haben wir bereits Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit aus dieser Versicherung erbracht, werden diese Zeiträume auf die maximale *Leistungsdauer* von 24 Monaten angerechnet.

Wir erbringen Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit jeweils befristet für den Zeitraum, für den uns die *versicherte Person* ärztliche Bescheinigungen wegen Arbeitsunfähigkeit vorlegt.

Beginn und Ende des Leistungsanspruches
Der Anspruch auf Rente und auf Beitragsbefreiung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Arbeitsunfähigkeit beginnt, frühestens jedoch zum vereinbarten Leistungsbeginn der Versicherung.

Der Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit besteht jedoch nur, wenn aufgrund derselben Ursache noch keine Leistung wegen Berufsunfähigkeit und keine Überbrückungshilfe oder Sofortrente wegen schwerer Erkrankung gezahlt worden ist.

Der Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit endet mit Beginn des Monats, in dem wir Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erbringen oder eine Überbrückungshilfe oder Sofortrente wegen schwerer Erkrankung zahlen. Ansonsten endet der Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit mit Ablauf des Monats, in dem **mindestens eine** der folgenden Voraussetzungen eintritt:
- Wir haben bereits 24 Monate Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht,
- die *versicherte Person* ist nicht mehr arbeitsunfähig (d. h. es liegt keine Bescheinigung mehr vor),
- die *versicherte Person* stirbt oder
- die *Leistungsdauer* des Vertrages endet.

Beantragung und Nachweise
Um Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit zu erhalten, ist es erforderlich, dass die Person, die den Anspruch stellt, uns *unverzüglich* folgende Unterlagen vorlegt:
- Personen, die einen gesetzlichen Anspruch auf Entgeltfortzahlung, einen Anspruch auf Krankengeld oder eine Anzeigepflicht der Arbeitsunfähigkeit gegenüber der Agentur für Arbeit haben: Wir benötigen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, die den in Deutschland gültigen gesetzlichen Bestimmungen und Richtlinien der Krankenkassen entsprechen.
- Andere Personen (z. B. Selbstständige ohne gesetzlichen Krankengeldanspruch, Beamte, Studenten, Schüler und Hausfrauen/-männer oder nicht erwerbstätige Personen): Wir benötigen entsprechende privatärztliche Atteste, wie etwa Bescheinigungen zur Beantragung von Krankentagegeld, Dienstunfähigkeitsbescheinigungen oder Bescheinigungen zur Beurlaubung vom Unterricht aus gesundheitlichen Gründen.

Liegen amts- bzw. schulärztliche Bescheinigungen sowie Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen vor, benötigen wir diese ebenfalls.

Die Bescheinigungen müssen von einem in der EU oder Nordamerika zugelassenen und praktizierenden Arzt ausgestellt sein. Praktiziert der Arzt nicht in dem Land, in dem die *versicherte Person* ihren Wohnsitz oder ihren Arbeitsplatz hat, behalten wir uns vor, eine Bescheinigung von einem unabhängigen, am Wohnsitz oder Arbeitsplatz ansässigen Arzt zu verlangen.

Die Bescheinigungen müssen die Diagnosen enthalten, die der Arbeitsunfähigkeit zu Grunde liegen. Sie müssen den aktuellen in Deutschland gültigen gesetzlichen Bestimmungen und Richtlinien der Krankenkassen (Diagnoseschlüssel entsprechend der jeweils geltenden internationalen Klassifikation - ICD) entsprechen. Mindestens eine der Bescheinigungen muss von einem Facharzt der jeweiligen Fachrichtung ausgestellt sein.

Bescheinigungen der *versicherten Person* selbst, des *Versicherungsnehmers*, oder einer Person, die in einem Verwandtschaftsverhältnis zur *versicherten Person* steht, gleich welcher Profession, reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.

Nachprüfung und *Mitwirkungspflichten*
Erbringen wir Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit, sind wir berechtigt nachzuprüfen, ob die Arbeitsunfähigkeit der *versicherten Person* fortbesteht. Dazu können wir entsprechend dem vorherigen Abschnitt "Beantragung und Nachweise" Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen verlangen, die dies belegen.

Die Person, die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit bezieht oder einen entsprechenden Antrag gestellt hat, muss uns *unverzüglich* informieren, sobald keine Arbeitsunfähigkeit mehr vorliegt.

Sonstige Regelungen
- Sie können die Vereinbarung zur Arbeitsunfähigkeit jederzeit zum Ende des laufenden Monats in *Textform* kündigen. Voraussetzung dafür ist, dass keine Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht wurden oder beantragt sind. Bei Kündigung wird kein Rückkaufswert fällig.
- Erbringen wir Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit bedeutet das nicht automatisch, dass auch einen Anspruch auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit besteht. Beide Leistungen werden unabhängig voneinander geprüft und bewilligt.
- Während wir Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit zahlen, dürfen wir prüfen, ob die versicherte Person berufsunfähig nach diesen Bedingungen ist. Ist letzteres der Fall, erbringen wir Leistungen wegen Berufsunfähigkeit nach Maßgabe dieser Bedingungen.
- Erkennen wir aus diesem Vertrag einen Anspruch auf eine Rente wegen Berufsunfähigkeit oder eine Sofortrente wegen schwerer Erkrankung oder Überbrückungshilfe für einen Zeitraum an, für den wir bereits eine Rente wegen Arbeitsunfähigkeit gezahlt haben, gilt:
  - Wir verrechnen die bereits gezahlte Rente wegen Arbeitsunfähigkeit mit der Rente wegen Berufsunfähigkeit oder der Sofortrente wegen schwerer Erkrankung oder der Überbrückungshilfe. Wir leisten nicht zwei Renten für den gleichen Zeitraum.
  - Diesen Zeitraum, für den wir ursprünglich Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht haben, rechnen wir nicht auf die 24 Monate an, für die wir insgesamt höchstens eine Rente wegen Arbeitsunfähigkeit leisten.

6 Wer ist Empfänger und wie erfolgt die Auszahlung von Leistungen?

6.1 Empfänger der Leistungen

Die Leistungen aus Ihrem Vertrag zahlen wir an Sie als *Versicherungsnehmer* oder an eine von Ihnen benannte Person (*Bezugsberechtigter*). Die Benennung eines *Bezugsberechtigten* müssen Sie uns in *Textform* mitteilen. Sie bedarf gegebenenfalls zusätzlich der Zustimmung eines Dritten (z. B. bei Abtretung an eine Bank), ebenfalls in *Textform*.

Bitte beachten Sie: Sie können nur eine der folgenden Personen als *Bezugsberechtigten* benennen:
- Die *versicherte Person,*
- einen *Angehörigen* der *versicherten Person* gemäß § 15 Abgabenordnung oder
- einen nahen *Angehörigen* der *versicherten Person* gemäß § 7 Absatz 3 Pflegezeitgesetz.

6.1.1 Widerrufliches und unwiderrufliches Bezugsrecht
Es gibt 2 Arten des Bezugsrechts:
- Wenn Sie eine Person **widerruflich** als *Bezugsberechtigten* benennen, erwirbt diese das Recht auf die Leistung erst mit Eintritt des *Versicherungsfalls*. Bis dahin können Sie Ihre Bestimmung jederzeit ohne Zustimmung des *Bezugsberechtigten* ändern.
- Wenn Sie uns eine Person **unwiderruflich** als *Bezugsberechtigten* benannt haben, erwirbt diese sofort das Recht auf die Leistung. In diesem Fall können Sie das Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des unwiderruflichen *Bezugsberechtigten* ändern.

In beiden Fällen können Sie das Bezugsrecht nur bis zum Eintritt des *Versicherungsfalls* aufheben oder einschränken. Ihre Mitteilung muss uns in *Textform* zugegangen sein, bevor der *Versicherungsfall* eingetreten ist. Das gilt auch für die Zustimmung eines unwiderruflichen *Bezugsberechtigten* zur Änderung des Bezugsrechts.

6.1.2 Abtretung und Verpfändung
Sie können Ihre Rechte aus dem Vertrag an Dritte abtreten oder verpfänden. Dies setzt Folgendes voraus:
- Es darf dem kein gesetzliches Abtretungsverbot entgegenstehen. Ein solches kann sich beispielsweise aus Pfändungsschutzvorschriften ergeben.
- Wenn Sie einem Dritten bereits Rechte an Ihrem Vertrag eingeräumt haben, muss dieser Dritte der Abtretung oder Verpfändung in *Textform* zustimmen. Dieser Dritte kann zum Beispiel eine Person sein,
  - die Sie unwiderruflich als *Bezugsberechtigten* benannt oder
  - der Sie Ihre Rechte aus dem Vertrag bereits abgetreten haben.

Deutsche Ärzteversicherung

Eine Abtretung oder Verpfändung wird uns gegenüber erst wirksam, wenn Sie uns diese in *Textform* mitgeteilt haben. Wenn wir Ihnen bestätigen, dass wir die Abtretung oder Verpfändung berücksichtigen, erheben wir dafür eine Gebühr. Die derzeitige Höhe finden Sie in der Tabelle "Gebühren für besondere Leistungen".

6.1.3 Inhaber des Versicherungsscheins

Wir dürfen jede Person, die uns den *Versicherungsschein* vorlegt, als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen und Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir sind nicht verpflichtet, diese Berechtigung zu überprüfen, können aber einen Nachweis darüber verlangen.

6.2 Auszahlung der Leistungen

Die Überweisung der Versicherungsleistung erfolgt innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums auf unsere Kosten. Wir überweisen Ihnen die Leistungen auch in einen Staat außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums. Voraussetzung dafür ist, dass Sie bei Abschluss des Vertrages Ihren Wohnsitz innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums hatten und dieser im Versicherungsvertrag genannt ist. Bitte beachten Sie, dass die Überweisung in diesem Fall auf Kosten und auf Gefahr des *Versicherungsnehmers* bzw. des *Bezugsberechtigten* erfolgt.

7 Wann ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Grundsätzlich leisten wir unabhängig davon, wodurch der *Versicherungsfall* verursacht worden ist. Um Ihnen unsere Leistungen langfristig und stabil anbieten zu können, sind jedoch einige Risiken vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.



- Die folgenden Ausschlüsse gelten für alle Leistungen aus diesem Vertrag.
- Zusätzlich können individuelle Ausschlüsse zu Ihrem Vertrag vereinbart sein.
- Auch bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht (siehe Abschnitt "Warum ist es wichtig, dass Ihre Angaben richtig und vollständig sind?" oder bei *arglistiger* Täuschung kann der Anspruch auf Leistung entfallen.

Ist der *Versicherungsfall* durch eines der folgenden Ereignisse verursacht, leisten wir grundsätzlich nicht (Ausschlüsse). Unter bestimmten Voraussetzungen bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen (versicherte Ausnahmen).

Verursachende Ereignisse (Risiken)	**Ausschlüsse:** **Wir leisten nicht, wenn der *Versicherungsfall* durch eines der folgenden Ereignisse verursacht ist:**	**Versicherte Ausnahmen:** **Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch unter folgenden Voraussetzungen bestehen:**
Kriegerische Ereignisse und innere Unruhen	Unmittelbar oder mittelbar durch kriegerische Ereignisse oder innere Unruhen, sofern die *versicherte Person* auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.	▪ Die *versicherte Person* war während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen ausgesetzt, aber nicht aktiv daran beteiligt (z. B. im Rahmen humanitärer Hilfeleistungen, wie z. B. Ärzte ohne Grenzen); • Der *Versicherungsfall* ist Folge eines Einsatzes, an dem die *versicherte Person* als Angehöriger der Deutschen Bundeswehr oder anderer staatlich beauftragter Organisationen teilgenommen hat, sofern es sich um rein humanitäre Hilfeleistungen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland handelt.

Verursachende Ereignisse (Risiken)	Ausschlüsse: Wir leisten nicht, wenn der *Versicherungsfall* durch eines der folgenden Ereignisse verursacht ist:	Versicherte Ausnahmen: Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch unter folgenden Voraussetzungen bestehen:
***Vorsätzliche* Straftaten**	Die *versicherte Person* hat *vorsätzlich* eine Straftat oder ein Vergehen ausgeführt oder auszuüben versucht.	Bei Verkehrsdelikten oder fahrlässigen Verstößen
Absichtliche Herbeiführung eines *Versicherungsfalls*	Die *versicherte Person* hat absichtlich • Krankheit oder Kräfteverfall herbeigeführt oder • eine Selbstverletzung oder den Versuch einer Selbsttötung vorgenommen.	Es wird nachgewiesen, dass die *versicherte Person* diese Handlungen in einem Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat, der die freie Willensbestimmung ausschließt.
Widerrechtliche Handlungen	Durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als *Versicherungsnehmer* den *Versicherungsfall* bei der *versicherten Person vorsätzlich* herbeigeführt haben.	
Strahlen infolge von Kernenergie	Durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass es zu deren Abwehr und Bekämpfung des Einsatzes der Katastrophenschutzbehörde der Bundesrepublik Deutschland oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf.	Es handelt sich nur um Einzelfälle und nicht um Großschadenereignisse. Erläuterungen hierzu finden Sie unter dieser Tabelle
Atomare, biologische oder chemische Waffen	Unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den *vorsätzlichen* Einsatz oder die *vorsätzliche* Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen geeignet sind, das Leben oder die Gesundheit vieler Personen zu gefährden.	Es handelt sich nur um Einzelfälle und nicht um Großschadenereignisse. Erläuterungen hierzu finden Sie unter dieser Tabelle.

Unsere Leistungspflicht für die letzten beiden Punkte ist nur dann eingeschränkt, wenn es sich hierbei um Großschadenereignisse handelt, die das Leben oder die Gesundheit vieler Personen gefährden. Voraussetzung dafür ist, dass die Gefährdung zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den versicherungsmathematischen Berechnungsgrundlagen führt und die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist. Dies ist der Fall, wenn mehr als 1 ‰ des Versichertenbestandes davon betroffen ist. Ob diese Voraussetzungen vorliegen, muss ein unabhängiger Treuhänder prüfen und gutachterlich bestätigen. Ansprüche auf die uneingeschränkte Versicherungsleistung werden frühestens nach Ablauf der Prüfung fällig.
Den Nachweis über den Leistungsausschluss erbringen wir.

8 Warum ist es wichtig, dass Ihre Angaben richtig und vollständig sind?



- In diesem Abschnitt geben wir Ihnen einen Überblick zum Thema Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht.
- Einzelheiten dazu finden Sie in unserer "Mitteilung nach § 19 Absatz 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht" in Ihren Antragsunterlagen.

8.1 Bedeutung unserer Fragen vor Vertragsabschluss

Vor Vertragsabschluss stellen wir Ihnen verschiedene Fragen - zum Beispiel zu aktuellen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Beschwerden sowie dem Rauchverhalten. Diese Angaben sind für uns bedeutsam, um das zu versichernde Risiko richtig einschätzen zu können. Alle Fragen, die wir Ihnen vor Ver-

tragsabschluss in *Textform* stellen, müssen Sie vollständig und richtig beantworten. Das heißt "vorvertragliche Anzeigepflicht".
Auch die *versicherte Person* muss - außer Ihnen - diese Fragen richtig und vollständig beantworten.

8.2 Auswirkungen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Verletzen Sie oder die *versicherte Person* diese Anzeigepflicht, kann das gravierende Folgen haben und den Versicherungsschutz gefährden. Es ist möglich, dass wir vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder anpassen.

Welche Folgen im Einzelfall eintreten und wie sich diese auf den Versicherungsschutz auswirken, hängt insbesondere von folgenden Faktoren ab:
- ob die Anzeigepflichtverletzung schuldhaft erfolgte,
- vom Grad eines möglichen Verschuldens,
- von der Frage, ob wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht oder nicht richtig mitgeteilten Umstände geschlossen hätten (wenn auch zu anderen Bedingungen).

Im Falle von Rücktritt und Kündigung erlischt der Vertrag, ohne dass eine Leistung fällig wird. Sie haben keinen Anspruch auf Rückzahlung der eingezahlten Beiträge.

Abweichend von den gesetzlichen Vorschriften verzichten wir zu Ihren Gunsten darauf, den Vertrag zu kündigen oder anzupassen, wenn Sie die Verletzung der Anzeigepflicht nicht verschuldet haben.

8.3 Bedeutung unserer Fragen bei Leistungserweiterungen

Die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht (siehe unsere "Mitteilung nach § 19 Absatz 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht") gelten entsprechend, wenn
- Sie im Laufe des Vertrages Ihren Versicherungsschutz erweitern oder
- Sie nach einer Beitragsfreistellung den Versicherungsschutz wiederherstellen und wieder Beiträge zahlen.

Unsere Rechte und die dafür geltenden Fristen beziehen sich dann auf den erweiterten oder wiederhergestellten Teil Ihres Vertrages.

8.4 Anfechtung wegen arglistiger Täuschung

Wenn Sie oder die *versicherte Person* uns bei Vertragsabschluss *arglistig* getäuscht haben, können wir den Vertrag auch anfechten.
Die Anfechtung erklären wir Ihnen gegenüber. Dies ist auch möglich, wenn die *versicherte Person* die *arglistige* Täuschung begangen hat, ohne dass Sie dies wussten.
Wenn Sie unsere Anfechtungserklärung erhalten haben, ist der Versicherungsvertrag von Anfang an nichtig. Dies bedeutet, dass zu keinem Zeitpunkt Versicherungsschutz bestand. Eine Erstattung der gezahlten Beiträge können Sie nicht verlangen.

Frist für die Ausübung der Anfechtung
Die Anfechtung müssen wir innerhalb eines Jahres ab Kenntnis der *arglistigen* Täuschung in *Textform* ausüben. Unabhängig von dieser Kenntnis können wir die Anfechtung nur innerhalb von 10 Jahren seit Abschluss des Vertrages erklären.

9 Was müssen Sie beachten, während Sie Leistungen erhalten?

9.1 Ihre Pflichten während Sie Leistungen beziehen

Mitteilung einer Änderung der beruflichen Tätigkeit
Erhalten Sie Leistungen aus diesem Vertrag oder haben Sie diese beantragt, müssen Sie uns *unverzüglich* mitteilen, wenn die versicherte Person die berufliche Tätigkeit wieder aufnimmt oder sich diese in Art oder Umfang ändert.

Pflichten bei laufender Rentenzahlung
Erbringen wir laufende Rentenzahlungen, sind wir berechtigt, uns in angemessenen Zeitabständen zu erkundigen, ob die versicherte Person noch lebt. Dafür benötigen wir eine amtlich beglaubigte Bescheinigung.

Pflichten bei unrechtmäßig erhaltenen Leistungen
Zu Unrecht empfangene Leistungen sind *unverzüglich* an uns zurückzuzahlen.

Pflichten im Todesfall
Verstirbt die versicherte Person, müssen Sie uns dies *unverzüglich* mitteilen. Um eine Leistung im Todesfall erbringen zu können, benötigen wir eine amtliche Sterbeurkunde, die das Geburtsdatum und den Geburtsort der *versicherten Person* ausweist.

9.2 Recht zur Nachprüfung, ob die Leistungspflicht weiter besteht

9.2.1 Umfang der Nachprüfung

Haben wir unsere Pflicht zur Leistung anerkannt, sind wir berechtigt zu prüfen, ob der *Versicherungsfall* und der daraus resultierende Anspruch weiterhin bestehen. Wir legen dabei den Abschnitt "Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?" zugrunde. Im Rahmen dieser Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte auf unsere Kosten anfordern. Darüber hinaus können wir einmal im Jahr umfassende Untersuchungen der *versicherten Person* durch von uns beauftragte Ärzte verlangen.

Sachdienliche Auskünfte sind Informationen zu
- Beginn, Ursache, Art und Verlauf der Krankheit sowie zu Störungen des Heilungsprozesses,
- medizinischen Behandlungen und gesundheitsrelevanten Lebensumständen,
- der beruflichen Tätigkeit und den wirtschaftlichen und steuerlichen Verhältnissen der *versicherten Person* sowohl vor Eintritt des *Versicherungsfalles* als auch deren Veränderungen bis zur aktuellen Nachprüfung.

Die Bestimmungen des Abschnittes "Wie beantragen Sie Leistungen und welche *Mitwirkungspflichten* haben Sie?" gelten entsprechend.

Wir können auch erneut prüfen, ob die *versicherte Person* eine andere berufliche Tätigkeit im Sinne des Abschnitts "Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?" konkret ausübt. Dabei sind neu erworbene berufliche Kenntnisse und Fähigkeiten (z. B. durch Umschulung oder Fort- und Weiterbildung) zu berücksichtigen.

9.2.2 Finanzielle Unterstützung zur Wiedereingliederung

Im Einzelfall kann die *versicherte Person* auch eine finanzielle Unterstützung zur Wiedereingliederung beantragen, um wieder berufsfähig zu werden. Die Voraussetzungen dafür sowie deren Umfang finden Sie in den Erläuterungen im Abschnitt "Welche anderen Leistungen beinhaltet Ihr Vertrag?".

9.3 Verletzung von Mitwirkungspflichten

Im Rahmen der Nachprüfung gelten die gleichen *Mitwirkungspflichten* wie bei der Beantragung von Leistungen. Wie Sie Ihre *Mitwirkungspflichten* erfüllen und welche Folgen eine Verletzung hat, können Sie in Abschnitt "Wie beantragen Sie Leistungen und welche *Mitwirkungspflichten* haben Sie?" nachlesen.

10 Welche vertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie?

10.1 Anpassung des Versicherungsschutzes

Sie können Ihren Versicherungsschutz im Rahmen von Optionen ohne erneute Gesundheitsprüfung anpassen, sofern Ihr Vertrag "Bedingungen für die Ausübung von Optionen für Heilberufe in der Privatversorgung" enthält. Einzelheiten sind in diesen Bedingungen geregelt.

10.2 Überprüfung des Beitrags bei Berufseinstieg ("Zukunftsgarantie")

Im Rahmen der Zukunftsgarantie vergleichen wir den Beitrag für die ausgeübte berufliche Tätigkeit, die wir bei Antragsstellung zugrunde gelegt haben, mit dem Beitrag für die ausgeübte berufliche Tätigkeit der *versicherten Person* beim Start ins Berufsleben.
Kann die berufliche Tätigkeit beim Start ins Berufsleben zu einem günstigeren Beitrag versichert werden, stellen wir die Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung auf diesen günstigeren Beitrag um (Zukunftsgarantie). Diese Möglichkeit können Sie einmalig nutzen. Dafür müssen die in den nächsten Absätzen genannten Voraussetzungen erfüllt sein.

Voraussetzungen
- Die Umstellung kann nur erfolgen, wenn die *versicherte Person* bei Beginn der Versicherung
  - Student, Referendar, Auszubildender oder Beamtenanwärter war oder
  - den Bundesfreiwilligendienst (BFD), das Freiwillige Soziale Jahr (FSJ) oder das Freiwillige Ökologische Jahr (FJÖ) geleistet hat.
- Die *versicherte Person* hat
  - ein *Studium* an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Universität, Hochschule oder Fachhochschule oder ein Referendariat oder

  - eine *Ausbildung* in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf abgeschlossen.
- Die *versicherte Person* nimmt nach dem vorgenannten Abschluss eine berufliche Tätigkeit auf. Diese muss unbefristet und bei uns versicherbar sein. Ein Referendariat oder der Status als Beamter auf Widerruf oder auf Probe (BaW / BaP) gilt als unbefristet.
- Die neue berufliche Tätigkeit muss bei uns versicherbar sein.
- Die Versicherung darf nicht beitragsfrei gestellt sein.
- Zur Versicherung besteht kein Beitragsrückstand und es ist keine *Stundung* der Beiträge vereinbart.
- Der Beginn der Versicherung darf nicht länger als 5 Jahre zurückliegen.
- Es liegt bei der *versicherten Person* weder eine Berufs-, Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit noch eine Erwerbsminderung vor und es ist objektiv auch keine andere Situation eingetreten, die einen Leistungsanspruch begründet.
- Es wurde noch
  - keine Leistung aufgrund von Berufs-, Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung und
  - keine Sofortrente gemäß Abschnitt "Sofortrente wegen schwerer Erkrankung" und
  - keine Leistung aufgrund von Arbeitsunfähigkeit gemäß Abschnitt "Optionale Leistungen" unter der Überschrift "Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit"

  bezogen oder beantragt.
- Der Zeitpunkt, zu dem Sie eine Umstellung des Beitrags verlangen, darf nicht in den Zeitraum fallen, in dem eine Arbeitsunfähigkeit nach diesen Versicherungsbedingungen vorliegt. Das gilt auch, wenn sich dies erst durch das Hinzukommen weiterer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen herausstellt.

Fristen und Nachweise
Die Beantragung der Zukunftsgarantie muss innerhalb folgender Fristen erfolgen:
- Innerhalb von 12 Monaten nach Abschluss der *Ausbildung*, des *Studiums* oder des Referendariats und der Aufnahme der erstmaligen beruflichen Tätigkeit. Abweichend gilt für Lehrkräfte eine Frist von 18 Monaten.
- Die *versicherte Person* übt die berufliche Tätigkeit seit mindestens 6 Monaten aus.

Bitte beantragen Sie die Zukunftsgarantie in *Textform* und reichen uns Nachweise über den Abschluss der *Ausbildung*, des *Studiums* oder des Referendariats und der beruflichen Tätigkeit ein. Erfüllen Sie alle genannten Voraussetzungen und liegen uns alle notwendigen Unterlagen vor, stellen wir Ihren Vertrag zum 01. des Folgemonats um. Eventuell vorhandene Zuschläge und Klauseln, insbesondere Leistungseinschränkungen, bleiben bestehen.

10.3 Verlängerungsoption

Wenn die Regelaltersgrenze in der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung oder den berufsständischen Versorgungswerken für die *versicherte Person* erhöht wird, können Sie die *Versicherungs- und Leistungsdauer* Ihres Vertrags **ohne erneute *Risikoprüfung*** verlängern. Die Verlängerung müssen Sie in *Textform* beantragen.

Die Verlängerung erfolgt maximal um die Anzahl der Monate, um die sich die gesetzliche Regelaltersgrenze der *versicherten Person* erhöht.

Mit der Verlängerung der *Versicherungsdauer* verlängert sich die vereinbarte *Leistungsdauer* entsprechend. Sie können die *Versicherungsdauer* auch unverändert lassen und nur die *Leistungsdauer* verlängern.

Die Verlängerung ist an folgende Voraussetzungen gebunden, die **alle** erfüllt sein müssen:
- Die gültige Regelaltersgrenze für die *versicherte Person* verschiebt sich um mindestens zwölf Monate nach hinten.
- Die Verlängerung geht nicht über den 69. Geburtstag der *versicherten Person* hinaus.
- Sie müssen das Recht auf Verlängerung **innerhalb von zwölf Monaten** nachdem eine gesetzliche Regelung zur Erhöhung der Regelaltersgrenze in Kraft getreten ist, ausüben.
- In Ihrem Vertrag ist für die *versicherte Person* eine *Versicherungsdauer* bis zum Endalter von mindestens 62 Jahren vereinbart.
- Die zum Verlängerungszeitpunkt gültigen Annahmerichtlinien lassen im konkreten Fall ein höheres Endalter zu.
- Die *versicherte Person* darf maximal 50 Jahre alt sein.
- Der Vertrag ist nicht beitragsfrei gestellt.
- Zum Vertrag besteht kein Beitragsrückstand und es ist keine *Stundung* der Beiträge vereinbart.
- Es liegt bei der *versicherten Person* weder eine Berufs-, Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit noch eine Erwerbsminderung vor und es ist objektiv auch keine andere Situation eingetreten, die einen Leistungsanspruch begründet.
- Es wurde noch
  - keine Leistungen aufgrund von Berufs-, Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung und
  - keine Sofortrente gemäß Abschnitt "Sofortrente wegen schwerer Erkrankung" und
  - keine Leistung aufgrund von Arbeitsunfähigkeit gemäß Abschnitt "Optionale Leistungen" unter der Überschrift "Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit"

  bezogen oder beantragt.

- Der Zeitpunkt, zu dem Sie eine Verlängerung verlangen, darf nicht in den Zeitraum fallen, in dem eine Arbeitsunfähigkeit nach diesen Versicherungsbedingungen vorliegt. Das gilt auch, wenn sich dies erst durch das Hinzukommen weiterer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen herausstellt.

Üben Sie die Verlängerungsoption aus, erhöhen sich infolge des höheren Alters und der längeren Vertragsdauer Ihre Beiträge. Wir berechnen den Beitrag für Ihren Vertrag deshalb nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu und teilen Ihnen die angepassten Beiträge in *Textform* mit. Dabei berücksichtigen wir folgende Faktoren:
- das zum Zeitpunkt der Verlängerung erreichte Alter der *versicherten Person,*
- die Restlaufzeit des Vertrages einschließlich der Verlängerung sowie
- gegebenenfalls vereinbarte Zuschläge.

Eventuell vorhandene Zuschläge und Klauseln, insbesondere Leistungseinschränkungen, gelten auch für die verlängerte *Versicherungsdauer.*

11 Welche Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?

Wenn Sie Ihren Beitrag vorübergehend nicht bezahlen können (zum Beispiel wegen Arbeitslosigkeit oder Elternzeit), Ihren Versicherungsschutz aber erhalten wollen, haben Sie folgende Möglichkeiten:

11.1 Änderung der Beitragszahlung

Sie können mit uns die Änderung der Zahlweise zum Ende einer jeden *Versicherungsperiode* vereinbaren. Einzelheiten entnehmen Sie dem Abschnitt "Was ist bei der Beitragszahlung wichtig?".

11.2 Im ersten Versicherungsjahr: Beginn- und Ablaufverlegung

Sie können beantragen, dass der Beginn der Versicherung um die Anzahl der Monate nach hinten verlegt wird, für die Sie keine Beiträge bezahlt haben. Verschiebt sich der Versicherungsbeginn dadurch in ein neues Kalenderjahr, erhöht sich das Eintrittsalter der *versicherten Person*. Das kann zu einem höheren Beitrag führen.

Eine Beginn- und Ablaufverlegung ist
- im ersten *Versicherungsjahr*
- einmalig möglich,
- wenn der Vertrag seit Abschluss nicht geändert wurde.

Eine Beginn- und Ablaufverlegung darf nur zum Ausgleich offener Beiträge erfolgen. Nachdem die Beginn- und Ablaufverlegung durchgeführt wurde, müssen die Beiträge sofort wieder bezahlt werden.

Wir werden Ihrem Antrag zustimmen, wenn keine erheblichen versicherungstechnischen Gründe dagegensprechen. Das sind zum Beispiel eine Überschreitung des möglichen versicherbaren Endalters der *versicherten Person* oder eine Unterschreitung der Mindestrente.

11.3 Ab dem zweiten Versicherungsjahr: Stundung der Beiträge

Sie können mit uns vereinbaren, Ihre Beiträge **bis zu 24 Monate** ganz oder teilweise auszusetzen (*Stundung*).

Voraussetzungen und Durchführung
Für eine Stundungsvereinbarung müssen insbesondere die folgenden Voraussetzungen **alle** erfüllt sein:
- Sie haben die Beiträge für die ersten 12 Monate vollständig bezahlt.
- Der Vertrag befindet sich noch nicht im Mahnverfahren nach § 38 VVG.
- Sie haben den Vertrag weder gekündigt noch beitragsfrei gestellt.
- Nach Ablauf der *Stundung* beträgt die Dauer der Beitragszahlung noch mindestens 2 Jahre.

Ist Ihr Vertrag in 2 Phasen unterteilt, kann eine *Stundung* erst erfolgen, nachdem die 2. Phase begonnen hat. Den planmäßigen Beginn der 2. Phase können Sie Ihrem *Versicherungsschein* entnehmen. Die *Stundung* beginnt frühestens, wenn Ihr nächster Beitrag fällig ist. Während des Zeitraumes der *Stundung* finden keine dynamischen Anpassungen Ihres Vertrages statt.

Zinsen
Für eine *Stundung* berechnen wir grundsätzlich Zinsen. Die Höhe richtet sich nach den Sätzen, die zu Beginn der *Stundung* gültig sind. Die aktuellen Zinssätze teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit.

In folgenden Fällen berechnen wir keine Zinsen:
- Sie befinden sich in der gesetzlichen Elternzeit oder

- Sie nehmen ein Sabbatical (Sabbatjahr) oder
- Sie sind erwerbsgemindert oder pflegebedürftig.

Als Nachweis benötigen wir zum Beispiel den Bescheid eines gesetzlichen Sozialversicherungsträgers oder Versorgungswerks oder des Arbeitgebers. Trifft keiner der genannten Fälle mehr zu, müssen Sie uns darüber informieren. Für die weitere *Stundung* berechnen wir dann Zinsen.

Rückzahlung
Mit Ablauf des vereinbarten Zeitraumes informieren wir Sie über die Höhe der gestundeten Beiträge und der gegebenenfalls erhobenen Zinsen. Innerhalb eines Monats müssen Sie dann mit der Rückzahlung des offenen Betrags beginnen. Hierfür haben Sie 2 Möglichkeiten:
- Vollständige Zahlung in einem Betrag oder
- Zahlung in gleichmäßigen Raten von höchstens 48 Monaten. Beträgt die verbleibende Dauer der Beitragszahlung weniger als 48 Monate, können Sie den Betrag maximal über die verbleibenden Monate zurückzahlen. Eine Rate muss mindestens 25 Euro betragen. Die Raten können Sie jährlich, halbjährlich, vierteljährlich oder monatlich bezahlen.

Ist Ihnen die Zahlung des gestundeten Betrages plus Zinsen nicht möglich, können Sie beantragen, dass wir den offenen Betrag mit dem *Deckungskapital* der Versicherung verrechnen. Dazu muss ausreichend *Deckungskapital* vorhanden sein. Dabei bleibt der Beitrag der Versicherung grundsätzlich unverändert, allerdings werden die versicherten Leistungen herabgesetzt. Alternativ können Sie verlangen, dass die versicherten Leistungen gleichbleiben, sich aber der zukünftige Beitrag entsprechend erhöht. Die zukünftigen Leistungen und Beiträge berechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. Dafür verwenden wir die *Rechnungsgrundlagen*, die bei Vertragsabschluss galten.

Ist eine Verrechnung des gestundeten Betrages plus Zinsen mit dem *Deckungskapital* nicht möglich oder ist der Leistungsfall eingetreten, verrechnen wir den gestundeten Betrag plus Zinsen mit dem *Überschussguthaben* oder einer fälligen Leistung aus diesem Vertrag.

Kann ein offener Betrag nicht durch Verrechnung beglichen werden, mahnen wir den offenen Betrag an. Unter Umständen endet dann der Versicherungsschutz (siehe Abschnitt "Was ist bei der Beitragszahlung wichtig?").

Voraussetzung für eine weitere *Stundung*
Eine weitere *Stundung* ist zudem erst möglich, wenn Sie den offenen Betrag vollständig bezahlt haben.

11.4 Vorrübergehende Herabsetzung des Beitrags

Sie können während der Vertragslaufzeit bis zu zweimal in *Textform* beantragen, den Beitrag vorübergehend herabzusetzen und später wieder anzuheben. Während des Zeitraums, in welchem der Beitrag herabgesetzt ist, reduzieren sich die versicherten Leistungen.

Diese Option besteht, wenn einer der folgenden Anlässe eingetreten ist:
- Die *versicherte Person* bekommt ein Kind oder adoptiert ein Kind.
- Die *versicherte Person* pflegt einen Angehörigen und erhält hierfür kein Arbeitseinkommen. Die Pflegebedürftigkeit nach §14 SGB XI wird durch die zuständige Pflegekasse festgestellt oder
- Eintritt der Arbeitslosigkeit der *versicherten Person*.

Den jeweiligen Anlass müssen Sie uns durch entsprechende Dokumente nachweisen. Den Anlass "Eintritt der Arbeitslosigkeit" können Sie nur einmal beantragen.

Voraussetzungen
Die vorübergehende Herabsetzung des Beitrages ist nur möglich, wenn folgende Voraussetzungen alle erfüllt sind:
- Die verbleibende versicherte Rente beträgt monatlich mindestens 25 % der bisherigen versicherten Rente, mindestens jedoch 50 Euro im Monat.
- Der verbleibende Beitrag beträgt mindestens 180 Euro jährlich.
- Haben Sie diese Option zuvor bereits in Anspruch genommen, können Sie diese erst nach Anhebung des Beitrages erneut nutzen.
- Bei einem Vertrag mit 2 Phasen muss die 2. Phase begonnen haben.

Durchführung der Herabsetzung des Beitrages
Die Herabsetzung des Beitrages muss innerhalb von 6 Monaten nach Eintritt des Anlasses beantragt werden. Entsprechen wir Ihrem Antrag, wird die Änderung zum Ende der *Versicherungsperiode* wirksam, in der sie beantragt wurde.

Durch die Herabsetzung des Beitrages verringern sich die versicherten Leistungen. Die reduzierten Leistungen und Beiträge berechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. Dafür verwenden wir die Rechnungsgrundlagen, die bei Vertragsabschluss galten.

Möglichkeiten zur Anhebung des Beitrages
Innerhalb von 36 Monaten (bei dem Anlass "Eintritt der Arbeitslosigkeit" innerhalb von 12 Monaten) nach einer Herabsetzung können Sie den Beitrag ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder anheben. Dabei gibt es folgende Optionen:
- Wiederherstellung des bisherigen Versicherungsschutzes: Dabei erhöht sich der zukünftige Beitrag gegenüber dem Beitrag vor Herabsetzung.
- Wiederherstellung des bisherigen Beitrages: Dabei ergeben sich geringere Leistungen als vor Herabsetzung des Beitrages.

Die zukünftigen Beiträge und Leistungen berechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. Dafür verwenden wir die *Rechnungsgrundlagen*, die bei Vertragsabschluss galten.

Tritt während der Zeit der Herabsetzung des Beitrages eines der nachstehenden Ereignisse ein, kann die Anhebung des Beitrages nur mit erneuter Gesundheitsprüfung erfolgen:
- Es ist eine Berufs-, Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit bzw. eine Erwerbsminderung oder objektiv eine andere Situation eingetreten, die einen Leistungsanspruch begründet oder
- es wurde
  - eine Leistung aufgrund von Berufs-, Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung oder
  - eine Leistung aufgrund von Arbeitsunfähigkeit gemäß dem Abschnitt "Optionale Leistungen" unter der Überschrift "Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit" oder
  - eine Sofortrente gemäß Abschnitt "Sofortrente wegen schwerer Erkrankung"

  bezogen oder beantragt.
- Der Zeitpunkt, zu dem Sie die Anhebung des Versicherungsschutzes verlangen, darf nicht in den Zeitraum fallen, in dem eine Arbeitsunfähigkeit nach diesen Versicherungsbedingungen vorliegt. Das gilt auch, wenn sich dies erst durch das Hinzukommen weiterer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen herausstellt.

Eventuell vorhandene Zuschläge und Klauseln, insbesondere Leistungseinschränkungen, bleiben bei der Herabsetzung und Anhebung des Beitrags erhalten.

Regelung zur Dynamik
Während der Beitrag herabgesetzt ist, erfolgen keine dynamischen Anpassungen. Sobald Sie den Beitrag wieder anheben, lebt das Recht auf dynamische Anpassungen im ursprünglichen Umfang wieder auf.

12 Wann können Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen?

12.1 Beitragsfreistellung und deren Auswirkungen

Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Ende der laufenden *Versicherungsperiode* für unbestimmte Zeit beitragsfrei stellen. Bei einer Beitragsfreistellung reduziert sich die versicherte Rente. Hat die *versicherte Person* zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung einen Anspruch auf Leistung aus Ihrer Versicherung, bleibt dieser Anspruch trotz Beitragsfreistellung bestehen.

Voraussetzungen
Voraussetzungen für eine Beitragsfreistellung sind:
- Sie müssen uns Ihren Wunsch, keine Beiträge mehr zu zahlen, in *Textform* mitteilen.
- Die künftige monatliche Rente (unter Berücksichtigung der Beitragsfreistellung) muss **mindestens 75 Euro** betragen. Wird dieser Betrag nicht erreicht, können Sie die Versicherung nicht beitragsfrei stellen. Wir führen die Versicherung dann beitragspflichtig fort.

Ermittlung der beitragsfreien Rente
Wir ermitteln die beitragsfreie Rente nach den gesetzlichen Vorgaben zum Schluss der laufenden *Versicherungsperiode* aus dem *Deckungskapital* der Versicherung. Dabei wenden wir die anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation an (siehe § 165 Abs. 2 VVG in Verbindung mit § 169 Absätze 3 bis 5 VVG). Wir berücksichtigen dabei eventuelle Beitragsrückstände und nehmen einen Abzug vor, den wir Ihnen weiter unten in diesem Abschnitt erläutern.

Das *Deckungskapital* hat bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung mindestens den Wert, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten - unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze - auf die ersten 5 *Versicherungsjahre*, höchstens jedoch auf die Dauer der Beitragszahlung, ergibt.

Wie hoch die beitragsfreien Renten sind, finden Sie in der Werteentwicklung in Ihrem *Versicherungsschein*. Voraussetzung für den Ausweis dort ist, dass Ihre Versicherung die beitragsfreie Mindestrente in Höhe von monatlich 75 Euro während der Laufzeit des Vertrages erreicht.

Bitte beachten Sie: In der Anfangszeit Ihres Vertrages sind wegen der Verrechnung von Kosten, insbesondere der Abschluss- und Vertriebskosten (siehe Abschnitt "Welche Kosten und Gebühren fallen an?") keine oder nur geringe Beträge zur Bildung einer beitragsfreien Rente vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen daher wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen keine oder nur geringe Mittel zur Verfügung, um eine beitragsfreie Rente zu bilden.

Abzug
Wir vereinbaren mit allen unseren *Versicherungsnehmern* aus folgenden Gründen einen angemessenen Abzug:
- **Schutz der Risikogemeinschaft:** Ihre Versicherung ist nach dem Prinzip der Risikogemeinschaft kalkuliert. Diese setzt sich aus *Versicherungsnehmern* mit einem hohen und einem geringeren Risiko zusammen. *Versicherungsnehmer* mit einem geringeren Risiko verlassen die Risikogemeinschaft eher als jene mit einem höheren Risiko.

  Stellen Sie die Versicherung vorzeitig beitragsfrei, müssen wir Ihre Interessen mit den Interessen derjenigen, die ihren Vertrag beitragspflichtig weiterführen, ausgleichen. Dieser Ausgleich erfolgt durch einen Abzug, der das Risikokapital des beitragspflichtigen Bestandes stärkt und damit sicherstellt, dass die Risikogemeinschaft durch die Beitragsfreistellung eines Vertrages nicht benachteiligt wird.

- **Zusätzliche Verwaltungskosten:** Durch die Beitragsfreistellungen entstehen uns zusätzliche, nicht geplante Verwaltungskosten. Damit der Risikogemeinschaft hierdurch keine Nachteile entstehen, gleichen wir dies im Rahmen des Abzuges aus.

Wie hoch der Abzug für jedes einzelne *Versicherungsjahr* ist, finden Sie in der Werteentwicklung in Ihrem *Versicherungsschein*. Voraussetzung für den Ausweis dort ist, dass Ihre Versicherung die beitragsfreie Mindestrente in Höhe von monatlich 75 Euro während der Laufzeit des Vertrages erreicht.

Im Streitfall müssen wir beweisen, dass der Abzug angemessen ist. Haben wir dies getan und Sie weisen uns nach, dass unsere pauschalen Annahmen in Ihrem Fall:
- nicht zutreffen,
- teilweise nicht zutreffen oder
- der Abzug in Ihrem Fall niedriger sein muss,

erheben wir keinen oder nur einen reduzierten Abzug.

12.2 Wiederaufnahme der Beitragszahlung nach Beitragsfreistellung (Wiederinkraftsetzung)

Durch die Beitragsfreistellung hat sich Ihr Versicherungsschutz reduziert. Zahlen Sie erneut Beiträge, können Sie Ihren Versicherungsschutz wieder erhöhen.

Voraussetzungen
Voraussetzungen dafür sind:
- die Versicherung muss noch bestehen,
- der *Versicherungsfall* darf noch nicht eingetreten sein,
- Sie teilen uns Ihren Wunsch in *Textform* mit und
- der Beitrag muss mindestens 120 Euro pro Jahr betragen.

Fristen
Sie können Ihren Vertrag nur innerhalb von 36 Monaten, nachdem Sie ihn beitragsfrei gestellt haben, wieder in Kraft setzen. Ob eine erneute *Risikoprüfung* notwendig ist, hängt vom Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung ab:
- Nehmen Sie die Beitragszahlung innerhalb von 6 Monaten nach einer Beitragsfreistellung wieder auf, verzichten wir auf eine erneute *Risikoprüfung*. Bestanden zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung offene Beiträge (zum Beispiel durch *Stundung*), beginnt die Frist von 6 Monaten ab dem Zeitpunkt der letzten vollen Beitragszahlung.
- Nehmen Sie die Beitragszahlung nach Ablauf von 6 Monaten, aber innerhalb von 36 Monaten nach Beitragsfreistellung wieder auf, werden wir eine *Risikoprüfung* der *versicherten Person* durchführen. Diese umfasst den Gesundheitszustand und die finanziellen Einkommensverhältnisse. Versicherungsschutz stellen wir wieder her, wenn die *versicherte Person* zu diesem Zeitpunkt eine vergleichbare neue Versicherung zu unseren dann gültigen Annahmegrundsätzen abschließen könnte.

Bitte beachten Sie, dass bei einer Wiederinkraftsetzung mit *Risikoprüfung* die Fristen für die vorvertragliche Anzeigepflicht für den wiederhergestellten Teil neu beginnen (siehe Abschnitt "Warum ist es wichtig, dass Ihre Angaben richtig und vollständig sind?").

Umfang des Versicherungsschutzes
Bei der Wiederinkraftsetzung können Sie zwischen folgenden Möglichkeiten wählen:
- Sie wollen Leistungen in gleicher Höhe versichern wie zuvor. In diesem Fall ist der Beitrag höher als vor der Beitragsfreistellung.
- Sie wollen maximal den gleichen Beitrag zahlen wie zuvor. In diesem Fall sind die versicherten Leistungen geringer als vor der Beitragsfreistellung.

Den erhöhten Beitrag bzw. die reduzierten Leistungen berechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. Dafür verwenden wir die *Rechnungsgrundlagen*, die bei Vertragsabschluss galten.

Zusätzlich haben Sie innerhalb von 6 Monaten nach Beitragsfreistellung die Möglichkeit, den Versicherungsschutz wie vor der Beitragsfreistellung wiederherzustellen, indem Sie die Beiträge für die Zeit der Beitragsfreistellung einmalig nachzahlen und anschließend den Beitrag in gleicher Höhe wie vor Beitragsfreistellung weiterzahlen.

Wenn wir Ihren Vertrag wieder in Kraft setzen, berechnen wir dafür eine Gebühr. Die derzeitige Höhe finden Sie in der Tabelle "Gebühren für besondere Leistungen".

13 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?

Sie können Ihre Versicherung kündigen. Die Kündigung muss in *Textform* erfolgen und wird zum Ende der jeweiligen *Versicherungsperiode* wirksam. Mit der Kündigung erlischt die Versicherung. In diesem Fall zahlen wir keine Leistungen aus und es besteht kein Anspruch auf einen Rückkaufswert. Wir erstatten auch keine Beiträge zurück. Hat die *versicherte Person* zum Zeitpunkt der Kündigung einen Anspruch auf Leistung aus ihrer Versicherung, bleibt dieser Anspruch trotz Kündigung bestehen.

14 Wann können Sie die Leistungen Ihrer Versicherung herabsetzen?

Sie können die Leistungen Ihrer Versicherung herabsetzen. Dies muss in *Textform* erfolgen und wird zum Ende der jeweiligen *Versicherungsperiode* wirksam. Ab dem Zeitpunkt der Änderung verringert sich auch der zu zahlende Beitrag. Die reduzierten Leistungen und zukünftigen Beiträge berechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. Dafür verwenden wir die *Rechnungsgrundlagen*, die bei Vertragsabschluss galten.

Folgende Voraussetzungen müssen **alle** erfüllt sein, damit wir die Versicherungsleistungen herabsetzen können:
- Die verbleibende versicherte Rente beträgt monatlich mindestens 50 Euro.
- Der verbleibende Beitrag beläuft sich auf mindestens 180 Euro jährlich.
- Bei einem Vertrag mit 2 Phasen: Die 2. Phase hat begonnen.

Wird eine dieser Voraussetzungen nicht erfüllt, ist eine Herabsetzung der Leistungen nicht möglich.

Wenn wir die Leistungen Ihres Vertrages herabsetzen, berechnen wir dafür eine Gebühr. Die derzeitige Höhe finden Sie in der Tabelle "Gebühren für besondere Leistungen".

15 Was gilt für unser Vertragsverhältnis?

15.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Ihr Versicherungsschutz beginnt um **12 Uhr mittags** an dem im *Versicherungsschein* genannten Datum.
Sollten Sie Ihren ersten Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen, entfällt Ihr Versicherungsschutz. (Einzelheiten siehe Abschnitt "Verwendung Ihrer Beiträge").

15.2 Weltweiter Versicherungsschutz

Der Schutz Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung besteht weltweit, es sei denn, es wurde vertraglich etwas anderes vereinbart.

15.3 Rauchverhalten

Bieten wir diese Versicherung als Raucher- und Nichtraucherversicherung an, gelten die folgenden Regelungen.

Nichtraucher ist, wer in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung kein Nikotin konsumiert hat und auch beabsichtigt, dies in Zukunft nicht zu tun.
Unter Konsumieren von Nikotin verstehen wir beispielsweise
- das Rauchen unter Feuer, beispielsweise den Genuss von Zigaretten, Zigarillos, Zigarren oder Pfeifen,
- das Rauchen unter Verwendung eines elektrischen Hilfsmittels, wie beispielsweise E-Zigaretten, E-Zigarren, E-Pfeifen, E-Shisha oder Tabakerhitzer (Heat-not-burn),

- die Verwendung von Wasserpfeifen,
- das Kauen oder Schnupfen von Tabak einschließlich der Nutzung von Oraltabak (zum Beispiel Snus) oder
- die Verwendung von Nikotinpflastern oder Nikotinkaugummis.

Das Rauchverhalten, das die versicherte Person bei Antragsstellung angibt, legt fest, ob sie im Sinne dieser Versicherung Nichtraucher oder Raucher ist. Der Raucherstatus zum Zeitpunkt der Antragstellung hat bei gleichen Leistungen Einfluss auf die Beitragshöhe. Eine spätere Änderung des Rauchverhaltens der versicherten Person muss uns jedoch nicht angezeigt werden.

15.4 Versicherungsdauer und Leistungsanspruch

Bei Vertragsbeginn vereinbaren wir 2 Zeiträume mit Ihnen:
- Die **Versicherungsdauer** ist der Zeitraum, in dem die *versicherte Person* durch diesen Vertrag abgesichert ist.
- Die **Leistungsdauer** ist der Zeitraum, für den wir die vereinbarten Leistungen zahlen, wenn ein *Versicherungsfall* während der *Versicherungsdauer* eingetreten ist und ein Leistungsanspruch besteht.

15.4.1 Beginn des Leistungsanspruches bei Berufsunfähigkeit

Der Anspruch auf Leistung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem der *Versicherungsfall* eintritt. Haben wir mit Ihnen einen späteren Leistungsbeginn vereinbart, beginnt die Leistung frühestens zu diesem Termin.

15.4.2 Ende des Leistungsanspruches bei Berufsunfähigkeit

Der Anspruch auf Leistung endet mit Ablauf des Monats, in dem **mindestens eine** der folgenden Voraussetzungen eintritt:
- Berufsunfähigkeit (siehe Abschnitt "Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?") liegt nicht mehr vor.
  Hinweis: In diesem Fall informieren wir Sie und teilen dem Anspruchsberechtigten das Ende der Leistungszahlung ebenfalls mit. Beides erfolgt in *Textform*. Mit Ablauf des dritten Monats, nachdem Ihnen die Information zugegangen ist, endet die Leistungszahlung.
  Ab diesem Zeitpunkt müssen Sie auch wieder Beiträge zahlen, sofern die Versicherung bei Eintritt des *Versicherungsfalls* beitragspflichtig war.
- Die *versicherte Person* stirbt.
- Die *Leistungsdauer* des Vertrages endet.

15.4.3 Wiederaufleben der Leistung nach Ablauf der Versicherungsdauer

Ist die *Leistungsdauer* länger als die vereinbarte *Versicherungsdauer* und wurde die Leistung vor dem Ende der *Leistungsdauer* eingestellt, weil keine Berufsunfähigkeit mehr vorliegt, gilt Folgendes:
Wird die *versicherte Person* wegen der ursprünglichen Ursache erneut mindestens 6 Monate ununterbrochen berufsunfähig, dann wird die Leistung weitergezahlt. Dies gilt auch, wenn die *Versicherungsdauer* schon abgelaufen ist.
Die Bestimmungen des Abschnittes "Recht zur Nachprüfung, ob die Leistungspflicht weiter besteht" gelten entsprechend.

15.5 Nachträgliche Anpassung von Beiträgen oder Leistungen

Unter den Voraussetzungen von § 163 VVG sind wir berechtigt, den Beitrag neu festzusetzen oder die Versicherungsleistung herabzusetzen. Sollte eine Erhöhung der Beiträge erforderlich sein, können Sie stattdessen die Herabsetzung der Versicherungsleistung verlangen. Dabei muss ein unabhängiger Treuhänder die Rechtmäßigkeit der Anpassung überprüfen und bestätigen. Änderungen nach § 163 VVG werden zu Beginn des 2. Monats wirksam, nachdem wir Sie benachrichtigt haben.

15.6 Änderungen bestehender Bestimmungen

Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch eine höchstrichterliche Entscheidung oder einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir unter den Voraussetzungen des § 164 VVG diese durch eine neue Regelung ersetzen. Eine neue Regelung wird 2 Wochen nach Mitteilung wirksam.

15.7 Mitteilungen zu diesem Vertrag

Alle an uns gerichtete Mitteilungen zu diesem Vertrag müssen in *Textform* erfolgen.

Im Falle Ihres Todes dürfen wir unsere Mitteilungen an eine der folgenden Personen schicken:
- den *Bezugsberechtigten*,
- eine von Ihnen bevollmächtigte Person oder
- den Inhaber des *Versicherungsscheins*, wenn kein *Bezugsberechtigter* vorhanden ist oder wir seinen Aufenthalt nicht ermitteln konnten.

Halten Sie sich längere Zeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland auf, nennen Sie uns bitte einen Ansprechpartner in Deutschland, der bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen an Sie entgegenzunehmen (Zustellungsbevollmächtigter). Sie können jederzeit Kopien Ihrer *Erklärungen* zu Ihrem Vertrag anfordern.

15.8 Änderung Ihres Namens oder Ihrer Anschrift

Teilen Sie uns bitte *unverzüglich* mit, wenn sich Ihre Anschrift oder Ihr Name geändert hat. Es können sonst Nachteile für Sie entstehen.

So können wir unsere an Sie zu richtenden Willenserklärungen per Einschreiben an Ihre letzte, uns bekannte Anschrift senden. Unsere *Erklärung* gilt dann 3 Tage nach Versand als zugegangen. Dies gilt auch, wenn der Versicherungsnehmer ein Gewerbebetrieb ist und seine gewerbliche Niederlassung verlegt hat.

Wenn Sie es zu vertreten haben, dass wir Ihre Anschrift ermitteln müssen, berechnen wir eine Gebühr. Die derzeitige Höhe finden Sie in der Tabelle "Gebühren für besondere Leistungen". Können Sie uns nachweisen, dass uns nur ein geringerer oder gar kein Schaden entstanden ist, verringert sich die Gebühr entsprechend oder entfällt.

15.9 Geltendes Recht und Gerichtsstand

15.9.1 Geltendes Recht

Für Ihren Vertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

15.9.2 Gerichtsstand

Wo der Gerichtsstand im Einzelfall liegt, ist im Wesentlichen von 3 Faktoren abhängig:

- Handelt es sich um eine natürliche oder *juristische Person*?
- Wer klagt?
- Wo liegt Ihr Wohnsitz bzw. unser Sitz?

	Wohnsitz im Inland und		**Wohnsitzwechsel ins Ausland**
	…Sie klagen	**…wir klagen**	
Natürliche Person	Sie können Klage gegen uns beim zuständigen Gericht des Bezirks einreichen, in dem • wir unseren Sitz haben, ▪ die für Ihren Vertrag zuständige Niederlassung ihren Sitz hat, • Sie Ihren Wohnsitz haben oder • Sie sich gewöhnlich in Deutschland aufhalten, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben.	Wir können Klage gegen Sie beim zuständigen Gericht des Bezirks einreichen, in dem • Sie Ihren Wohnsitz haben oder • Sie sich gewöhnlich in Deutschland aufhalten, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben. Ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, können wir Sie vor dem für unseren Sitz zuständigen Gericht verklagen.	Wenn Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts nach Vertragsabschluss ins Ausland verlegen, gilt Folgendes: Sowohl Sie als auch wir können Klagen zu dem Vertrag ausschließlich beim zuständigen Gericht des Bezirks einreichen, in dem • wir unseren Sitz haben oder • die für Ihren Vertrag zuständige Niederlassung ihren Sitz hat.
Juristische Person	Zuständig ist das Gericht, in dessen Bezirk die *juristische Person* ihren Sitz oder ihre Niederlassung in Deutschland hat.		

Wenn nach deutschem Recht weitere Gerichtsstände bestehen, die vertraglich nicht ausgeschlossen werden dürfen, können Sie auch dort Klage erheben.

15.10 Ansprechpartner, wenn Sie mit uns nicht zufrieden sind

Wenn Sie mit unseren Entscheidungen nicht zufrieden sind, haben Sie insbesondere folgende Möglichkeiten:

15.10.1 Versicherungsombudsmann e.V.

Als Verbraucher können Sie sich an den Versicherungsombudsmann e.V. wenden. Diesen erreichen Sie derzeit unter folgenden Kontaktdaten:

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632
10006 Berlin
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Internet: www.versicherungsombudsmann.de
Telefon: 0800 3696000

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

Das ist aber nur möglich, solange in der gleichen Angelegenheit kein Rechtsstreit anhängig ist. Das Schlichtungsverfahren ist bis zu einem Beschwerdewert von 100.000 Euro möglich.

15.10.2 Versicherungsaufsicht

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. Dies ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin). 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.

15.10.3 Rechtsweg

Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten. Das geltende Recht und den zuständigen Gerichtsstand finden Sie im Abschnitt "Geltendes Recht und Gerichtsstand".

16 Was ist bei der Beitragszahlung wichtig?

16.1 Verwendung Ihrer Beiträge

Ihre Beiträge decken das versicherte Risiko (sogenannter Risikobeitrag) sowie die Abschluss- und Verwaltungskosten ab. Nähere Informationen zu den Kosten finden Sie in dem Abschnitt "Welche Kosten und Gebühren fallen an?".

16.2 Modalitäten der Beitragszahlung

16.2.1 Zahlweise und Versicherungsperiode

Je nach Vereinbarung sind die Beiträge jährlich, halbjährlich, vierteljährlich oder monatlich zu zahlen.

Von der vereinbarten Zahlweise hängt die *Versicherungsperiode* ab, d. h. bei jährlicher Beitragszahlung umfasst sie ein Jahr, bei unterjähriger Beitragszahlung beträgt sie einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.

Sie können mit uns die Änderung der Zahlweise zum Ende einer jeden *Versicherungsperiode* vereinbaren. Dies müssen Sie uns mindestens 1 Monat vorher mitteilen. Die Höhe der Beiträge hängt von der gewählten Zahlweise ab. Die vereinbarten Leistungen bleiben unverändert.

Ist Ihr Vertrag in 2 Phasen unterteilt, können Sie die Zahlweise erst ändern, nachdem die 2. Phase begonnen hat.

16.2.2 Fälligkeit der Beiträge

Der erste Beitrag ist abweichend von der gesetzlichen Regelung (§ 152 Absatz 3 VVG) *unverzüglich* nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, nicht jedoch vor Beginn der Versicherung. Das Datum des Versicherungsbeginns finden Sie im *Versicherungsschein*.

Alle folgenden Beiträge werden jeweils zum Beginn der vereinbarten *Versicherungsperiode* fällig. Sie haben uns die Beiträge auf Ihre Kosten zu übermitteln. Ebenso tragen Sie die Gefahr, dass wir die Beiträge fristgerecht erhalten. Der Beitrag gilt als fristgerecht gezahlt, wenn Sie alles getan haben, damit der Beitrag rechtzeitig bei uns eingeht.

16.2.3 Besonderheiten beim Lastschriftverfahren
Sie können mit uns das Lastschriftverfahren vereinbaren. Dann ziehen wir Ihre Beiträge am Anfang einer jeden *Versicherungsperiode* von dem Konto ein, das Sie uns genannt haben. Ihr Beitrag gilt als rechtzeitig bezahlt, wenn wir diesen am Fälligkeitstag einziehen konnten und Sie dem nicht widersprechen.

Wenn wir Ihren Beitrag nicht einziehen konnten, gilt er dennoch als rechtzeitig bezahlt, wenn:
- Sie nicht zu vertreten haben, dass wir den Beitrag nicht einziehen konnten,
- wir Sie aufgefordert haben zu zahlen und
- Sie Ihren Beitrag dann *unverzüglich* überweisen.

Für eine fehlgeschlagene Abbuchung erheben wir eine Gebühr. Die derzeitige Höhe finden Sie in der Tabelle "Gebühren für besondere Leistungen". Können Sie uns nachweisen, dass uns nur ein geringerer oder gar kein Schaden entstanden ist, verringert sich die Gebühr entsprechend oder entfällt.

Haben Sie es wiederholt verschuldet, dass wir den Beitrag nicht einziehen konnten, können wir eine andere Zahlungsart verlangen.

16.2.4 Verrechnung fälliger Beiträge
Wenn Sie fällige Beiträge nicht gezahlt haben, verrechnen wir diese offenen Beiträge mit einem vorhandenen Überschussguthaben oder einer fälligen Leistung. Bis wir die offenen Beiträge verrechnen, erheben wir Verzugszinsen. Nähere Informationen hierzu finden Sie im Abschnitt "Folgen, einer nicht rechtzeitigen Zahlung der Beiträge?".

16.2.5 Dauer der Beitragszahlung
Grundsätzlich müssen Sie Ihre Beiträge bis zu dem Zeitpunkt zahlen, den wir vereinbart haben. Bei Tod der *versicherten Person*, müssen Sie die Beiträge bis zum Ende der *Versicherungsperiode* zahlen, in der die *versicherte Person* stirbt.

16.3 Folgen einer nicht rechtzeitigen Zahlung der Beiträge
Bei den Folgen der verspäteten Zahlung unterscheiden wir zwischen dem 1. Beitrag (Erstbeitrag) und allen folgenden Beiträgen (Folgebeitrag).

16.3.1 Erstbeitrag
Solange Sie den 1. Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten. Das gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.

Tritt der *Versicherungsfall* ein, bevor Sie Ihren 1. Beitrag gezahlt haben, müssen wir nicht leisten. Das gilt aber nur, wenn wir Sie durch einen auffälligen Hinweis im *Versicherungsschein* auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben.

In folgendem Fall müssen wir trotzdem zahlen: Sie weisen uns nach, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.

16.3.2 Folgebeitrag
Zahlen Sie einen Folgebeitrag oder einen sonstigen Betrag, den Sie uns aus dem Vertragsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig, erhalten Sie auf Ihre Kosten eine Mahnung von uns. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens 2 Wochen.

Begleichen Sie Ihren Zahlungsrückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist, hat dies folgende Auswirkungen auf Ihren Vertrag:
- Ihr Versicherungsschutz vermindert sich wie bei einer Beitragsfreistellung. Nähere Informationen zur Beitragsfreistellung finden Sie in Abschnitt "Wann können Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen?".
- Ist eine Beitragsfreistellung nicht möglich, entfällt Ihr Versicherungsschutz vollständig.

Auf diese Rechtsfolgen weisen wir Sie in unserer Mahnung ausdrücklich hin.

Für jede Mahnung berechnen wir eine Gebühr. Die derzeitige Höhe finden Sie in der Tabelle "Gebühren für besondere Leistungen". Können Sie nachweisen, dass uns durch die verspätete Zahlung kein oder ein wesentlich geringerer Schaden entstanden ist, verringert sich die Gebühr oder sie entfällt.

16.3.3 Folgen des Verzugs
Wenn Sie Ihre Beiträge verspätet zahlen, berechnen wir Verzugszinsen in gesetzlicher Höhe (§ 288 BGB). Dieser Zinssatz entspricht aber mindestens dem Zinssatz, den wir für Policendarlehen für Rentenversicherungen in der Privatversorgung durchschnittlich erheben.

Soweit die Zinsen nicht gesondert in Rechnung gestellt und ausgeglichen werden, verrechnen wir sie mit einem vorhandenen Überschussguthaben oder einer fälligen Leistung.

Die Verzugsfolgen treten nur ein, wenn Sie den Verzug verschuldet haben.

17 Welche Kosten und Gebühren fallen an?

17.1 Kosten

Ihre Beiträge decken das von uns versicherte Risiko (sogenannter Risikobeitrag) sowie folgende Kosten:

- **Abschlusskosten** umfassen Aufwendungen, die unmittelbar mit dem Vertragsabschluss in Zusammenhang stehen. Dies sind im Wesentlichen:
  - Abschlussvergütungen an die Versicherungsvermittler (Vertriebskosten),
  - Aufwendungen für die Aufnahme des Vertrages in den Versicherungsbestand und
  - Aufwendungen für die *Risikoprüfung* im Zusammenhang mit dem Abschluss des Versicherungsvertrages.

  Die Abschlusskosten umfassen auch Aufwendungen, die mittelbar mit dem Vertragsabschluss in Zusammenhang stehen. Dies sind im Wesentlichen:
  - Produktentwicklungskosten,
  - allgemeine Werbeaufwendungen und
  - Aufwendungen im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung und Policierung.

- **Verwaltungskosten** umfassen insbesondere Aufwendungen für
  - den Einzug des Beitrags,
  - die Verwaltung des Bestands und
  - die Regulierung von Versicherungsfällen.

Ein Teil dieser Verwaltungskosten wird in Abhängigkeit von der Höhe Ihres Beitrags kalkuliert, ein anderer Teil fällt als fester Betrag für Ihren Vertrag an (Stückkosten).

17.2 Verrechnung der Kosten

Für Ihren Versicherungsvertrag wenden wir das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung an. Die ersten Beiträge ziehen wir zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten heran. Voraussetzung dafür ist, dass die Beiträge nicht für Folgendes bestimmt sind:

- für Leistungen im Versicherungsfall,
- für die Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen *Versicherungsperiode*,
- zur Bildung der *Deckungsrückstellung* aufgrund von § 25 Absatz 2 RechVersV i.V.m. § 169 Absatz 3 VVG.

Der so zu tilgende Betrag ist auf 2,5 % der Beiträge beschränkt, die Sie während der Laufzeit des Vertrages bezahlen.

Bei beitragsfreien Versicherungen (siehe Abschnitt "Wann können Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen?") entnehmen wir die laufenden Verwaltungskosten aus Ihrem *Deckungskapital*.

17.3 Gebühren

Veranlassen Sie Leistungen oder Geschäftsvorfälle, die über die übliche Verwaltung Ihres Vertrages hinausgehen, können für Sie zusätzliche Gebühren anfallen. Diese Leistungen und Geschäftsvorfälle sowie die derzeitige Höhe der Gebühren finden Sie in der Tabelle "Gebühren für besondere Leistungen".

Während der Vertragsdauer können weitere gebührenpflichtige Geschäftsvorfälle oder Leistungen hinzukommen, die es zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses noch nicht gab und die über die gewöhnliche Verwaltung Ihres Vertrages hinausgehen. Die Höhe der Gebühren richten sich nach den Aufwänden, die bei uns durchschnittlich entstehen. Wir setzen die Höhe der Gebühren nicht willkürlich, sondern nach billigem Ermessen fest.

Können Sie uns nachweisen, dass uns nur ein geringerer oder gar kein Aufwand entstanden ist, als wir bei der Festsetzung der Gebühr angenommen haben, verringert sich die Gebühr entsprechend oder entfällt.

Wir können Ihnen die Gebühren gesondert in Rechnung stellen oder wir verrechnen sie mit einem vorhandenen Überschussguthaben oder mit einer fälligen Leistung.

18 Woraus ergeben sich Überschüsse und wie sind Sie an ihnen beteiligt?



- *Überschüsse* können sich aus unterschiedlichen Quellen ergeben.
- Sie können insbesondere entstehen, wenn der Verlauf des versicherten Risikos günstiger ist (*Risikoüberschuss*) und/oder die Kosten niedriger ausfallen (*Kostenüberschuss*), als bei der Tarifkalkulation angenommen.
- Zusätzlich können während des Rentenbezugs *Überschüsse* aus Kapitalanlageerträgen entstehen. Dies kann zum Beispiel der Fall sein, wenn die tatsächlichen Kapitalerträge höher sind, als wir bei der Kalkulation angenommen haben (*Zinsüberschüsse*).
- Bewertungsreserven entstehen, wenn der aktuelle Marktpreis der Kapitalanlagen in unserem Sicherungsvermögen über dem Wert liegt, mit dem diese Kapitalanlagen in unserer Bilanz ausgewiesen sind. Die Höhe der Bewertungsreserven kann abhängig vom Kapitalmarkt steigen oder sinken. Es kann auch sein, dass keine Bewertungsreserven entstehen.
- Sofern *Überschüsse* bzw. Bewertungsreserven entstehen, beteiligen wir Sie angemessen in der jeweils aufsichtsrechtlich vorgeschriebenen Höhe.
- Wie die *Überschüsse* ermittelt und verteilt werden, beschreiben wir in den folgenden Absätzen.

18.1 Überschussermittlung

Die *Überschüsse* aus Kapitalanlageerträgen ermitteln wir nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches und stellen sie jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses fest. Wir ermitteln *Risiko- und Kostenüberschüsse* auf der Grundlage des Jahresabschlusses. Dabei vergleichen wir den tatsächlichen mit dem erwarteten Risiko- und Kostenverlauf aller bei uns bestehenden Versicherungen. Den Jahresabschluss prüfen unabhängige Wirtschaftsprüfer und wir reichen ihn bei unserer Aufsichtsbehörde ein.

Der Verantwortliche Aktuar schlägt dem Vorstand unseres Unternehmens jedes Jahr die Höhe der Überschussanteilsätze vor. Daraufhin legt der Vorstand sie fest. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem *Geschäftsbericht*, den Sie jederzeit bei uns anfordern können.

Die Bewertungsreserven ermitteln wir jeden Monat nach den gesetzlichen Vorschriften neu. Dabei vergleichen wir den aktuellen Marktpreis der Kapitalanlagen in unserem Sicherungsvermögen mit dem Wert, mit dem diese Kapitalanlagen in unserer Bilanz ausgewiesen sind. Die Höhe der Bewertungsreserven, die sich zum Ende eines Geschäftsjahres ergeben, weisen wir im Lagebericht unseres *Geschäftsberichtes* aus.

18.2 Überschussverteilung

Die Erträge unserer Kapitalanlagen verwenden wir zunächst zur Finanzierung der garantierten Versicherungsleistungen. An verbleibenden Erträgen aus Kapitalanlagen sowie an den Kosten- und Risikoüberschüssen beteiligen wir die Verträge der *Versicherungsnehmer* in der jeweils aufsichtsrechtlich vorgeschriebenen Höhe.

Soweit die *Überschüsse* nicht unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben werden (Direktgutschrift), führen wir sie der *Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB)* zu. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die *Überschussbeteiligung* der *Versicherungsnehmer* verwendet werden. Nur ausnahmsweise können wir die Rückstellung im Interesse der *Versicherungsnehmer* auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes sowie zur Verlustabdeckung und zur Erhöhung der *Deckungsrückstellung* heranziehen (§ 140 Versicherungsaufsichtsgesetz, VAG). Hierfür benötigen wir die Zustimmung der Aufsichtsbehörde.

Eine Beteiligung an *Überschüsse*n kann in Form einer laufenden Beteiligung und/oder einer einmaligen Ausschüttung bei Fälligkeit der Leistung erfolgen.

Eine Beteiligung der einzelnen *Versicherungsnehmer* an den Bewertungsreserven erfolgt gemäß § 153 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) verursachungsorientiert.

Bei der Berechnung der dem einzelnen Vertrag zustehenden verteilungsfähigen Bewertungsreserve berücksichtigen wir die Laufzeit und die Höhe des zinserzeugenden Kapitals. Die Ihrem Vertrag zuzuordnenden vorhandenen Bewertungsreserven werden monatlich neu ermittelt und unterliegen Schwankungen. Bei Beendigung der Versicherung (durch Ablauf, Tod oder Kündigung) teilen wir den für diesen Zeitpunkt aktuell ermittelten Betrag Ihrer Versicherung zur Hälfte zu.

18.3 Überschusshöhe

Die Höhe der künftigen *Überschussbeteiligung* kann nicht garantiert werden und kann gegebenenfalls auch ganz entfallen. Sie hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind - insbesondere wegen der langen Vertragslaufzeit - nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Bei der Ermittlung, Feststellung und Verteilung der *Überschüsse* auf die einzelnen Versicherungen steht uns im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben ein Ermessensspielraum zu.

18.4 Bestandsgruppen

Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zur Bildung von *Überschüssen* bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Wenn wir diese bilden, berücksichtigen wir derzeit beispielsweise

- das versicherte Risiko (z. B. Tod, Langlebigkeit, Berufsunfähigkeit),
- die Art der Kapitalanlage (z. B. konventionell, fondsgebunden).

Die Verteilung der *Überschüsse* auf die einzelnen Bestandsgruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu ihrer Entstehung beigetragen haben. Des Weiteren berücksichtigen wir insbesondere

- die Grundlagen der Beitragskalkulation (z. B. Rechnungszins, Sterbetafel),
- die Art des Versicherungsvertrages (z. B. laufende Beitragszahlung, Einmalbeitrag),
- die Kapitalmarktverhältnisse.

Ihre Versicherung erhält Anteile an den *Überschüssen* derjenigen Bestandsgruppe, der Ihr Vertrag zugeordnet ist. Das ist im Einzelgeschäft die Bestandsgruppe 114, im Kollektivgeschäft die Bestandsgruppe 125.

18.5 Überschussbeteiligung vor Eintritt des Versicherungsfalls

Die *Überschussbeteiligung* vor Eintritt des *Versicherungsfalls* kann sich zusammensetzen aus:

- dem jährlichen *Zinsüberschussanteil* in Prozent des maßgeblichen Deckungskapitals,
- dem jährlichen *Kostenüberschussanteil* in Prozent des Bruttobeitrages und
- dem jährlichen *Risikoüberschussanteil* in Prozent des Risikobeitrages.

Bis zur Zuteilung von *Überschüssen* bestehen bei den Überschusssystemen Leistungsfallbonus und Beitragsverrechnung keine Wartezeiten.

18.6 Überschussbeteiligung nach Eintritt des Versicherungsfalls

Die *Überschussbeteiligung* nach Eintritt des *Versicherungsfalls* kann aus dem jährlichen *Zinsüberschussanteil* in Prozent des maßgeblichen Deckungskapitals bestehen.

Überschüsse nach Eintritt des *Versicherungsfalls* können jährlich zugeteilt werden. Die Zuteilung erfolgt erstmals nach Ablauf eines Jahres seit Versicherungsbeginn. Dies gilt aber nur dann, wenn seit Anerkennung der Leistung zu diesem Zeitpunkt 6 Monate vergangen sind. Ansonsten erfolgt die Zuteilung ein Jahr später.

18.7 Überschusssysteme

Folgende Überschusssysteme können - abhängig von dem mit Ihnen vereinbarten Tarif - gewählt werden:

Vor Eintritt des *Versicherungsfalls*:

- **Leistungsfallbonus:** Die im Leistungsfall fällige Rente wird um einen bestimmten Prozentsatz erhöht und zusammen mit dieser ausgezahlt. Solange der Leistungsfall noch nicht eingetreten ist, wird der für den Leistungsfallbonus maßgebliche Prozentsatz (Bonussatz) jährlich neu festgesetzt. Er kann ggf. auch Null betragen. Bei Beginn der Rentenzahlung wird der aktuelle Prozentsatz verbindlich festgelegt, damit ist die Höhe der Rente aus dem Leistungsfallbonus für die weitere Dauer der Rentenzahlung garantiert. Bei einer Beitragsfreistellung der Versicherung wird der Bonus in demselben Verhältnis herabgesetzt wie die garantierte Rente. Tritt der Leistungsfall nicht ein, werden aus dem Leistungsfallbonus keine Leistungen fällig.
- **Beitragsverrechnung:** Die Überschussanteile werden mit dem Tarifbeitrag der Versicherung verrechnet, so dass sich ein geringerer zu zahlender Beitrag ergibt. Eine beitragsfreie Versicherung erhält keine *Überschussbeteiligung* in Form der Beitragsverrechnung.

Haben Sie das Überschusssystem **"Leistungsfallbonus"** gewählt, die Versicherung ist beitragspflichtig und der Leistungsfall ist noch nicht eingetreten, gilt Folgendes:
Sollte der für den Leistungsfall maßgebliche Prozentsatz (Bonussatz) künftig herabgesetzt werden, sind Sie berechtigt, zu dem Termin, an dem die Änderung wirksam wird, die versicherte Rente gegen einen zusätzlichen Beitrag ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen. Dies können Sie nur innerhalb von 3 Monaten verlangen, nachdem wir Sie

über die Änderung informiert haben. Sie können den Versicherungsschutz nur soweit ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen, bis der bisherige Versicherungsschutz einschließlich der Rente aus dem Leistungsfallbonus wieder erreicht wird.

Nach Eintritt des *Versicherungsfalls*:
- **Dynamische Gewinnrente:** Die Rente kann sich um einen jährlich neu festgelegten Prozentsatz erhöhen. Dies ist nicht garantiert und hängt von der Überschussentwicklung ab.

Welches Überschusssystem Sie gewählt haben, können Sie Ihrem *Versicherungsschein* entnehmen. Ein Wechsel des Überschusssystems ist während der Vertragslaufzeit nicht möglich.

19 Änderungen der Bedingungen für versicherte Personen, die bei Eintritt der Berufsunfähigkeit keine Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut ausüben und auch nicht ausgeübt haben

Folgende Abschnitte gelten abweichend von den oben genannten Regelungen für *versicherte Personen*, die als letzte Tätigkeit vor Eintritt der Berufsunfähigkeit oder anderer leistungsbegründender Umstände keine Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Psychotherapeut ausüben und auch nicht ausgeübt haben:

1.1 Allgemeine Definition der Berufsunfähigkeit
1.1.1 Voraussetzungen
Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt und ärztlich nachgewiesen sind:
- Die *versicherte Person* kann ihren Beruf
- voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen
- zu mindestens 50 % nicht mehr ausüben.

Ursache für die Beeinträchtigung ist
- Krankheit,
- Körperverletzung oder
- ein Verfall der Kräfte (auch dem Alter entsprechend).

Maßgeblich ist dabei der zuletzt ausgeübte Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung konkret ausgeübt wurde.
Das gilt auch für den Fall, dass die versicherte Person bei Eintritt der Berufsunfähigkeit vorübergehend oder endgültig aus dem Berufsleben ausgeschieden ist.
Sind die Voraussetzungen nicht vollständig erfüllt, besteht kein Anspruch auf die Leistungen.

1.1.2 Auswirkungen einer neuen beruflichen Tätigkeit (Verweisung)
Hier unterscheiden wir 2 Fälle:

Konkrete Verweisung:
Die *versicherte Person* nimmt - obwohl sie in der bisherigen Tätigkeit berufsunfähig ist - eine neue berufliche Tätigkeit auf.
In diesem Fall prüfen wir, ob die neue Tätigkeit mit der Tätigkeit bei Eintritt der Berufsunfähigkeit vergleichbar ist. Ist dies der Fall, liegt keine Berufsunfähigkeit mehr vor.
Die konkrete Verweisung wird bei Prüfung der Berufsunfähigkeit immer betrachtet.

Als vergleichbar wird eine Tätigkeit nur dann angesehen, wenn sie der *Ausbildung* oder Erfahrung sowie der bisherigen Lebensstellung der *versicherten Person* entspricht. D. h. die neue Tätigkeit:
- erfordert keine deutlich abweichenden Kenntnisse und Fähigkeiten,
- hat eine vergleichbare Wertschätzung und
- ein vergleichbares Einkommen.

Dabei gilt in der Regel eine Einkommensminderung von maximal 20 % gegenüber dem jährlichen Bruttoeinkommen der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als zumutbar. Bei Selbstständigen oder Freiberuflern betrachten wir den durchschnittlichen Gewinn vor Steuern der letzten 3 Jahre.
Wir berücksichtigen dabei die individuellen Gegebenheiten sowie die höchstrichterliche Rechtsprechung. So kann in begründeten Einzelfällen auch eine unter 20 % liegende Einkommensminderung unzumutbar sein.

Abstrakte Verweisung:
Geht die *versicherte Person* keiner anderen beruflichen Tätigkeit nach, zahlen wir die Leistung bei Fortbestehen der Berufsunfähigkeit weiter. Wir prüfen nicht, ob die *versicherte Person* theoretisch noch irgendeine andere Tätigkeit ausüben könnte. Das heißt, wir verzichten auf die abstrakte Verweisung.

Deutsche Ärzteversicherung

1.2 Punktuelle Anpassung der allgemeinen Definition der Berufsunfähigkeit für bestimmte Personengruppen
Für einige Personengruppen passen wir die allgemeine Definition bezogen auf die
- berufliche Tätigkeit und
- die Prüfung der konkreten Verweisung

gegenüber Abschnitt "Allgemeine Definition der Berufsunfähigkeit" an. **Alle** anderen Regelungen zur allgemeinen Definition der Berufsunfähigkeit bleiben unberührt.

Personengruppen	**Punktuelle Anpassungen gegenüber Abschnitt "Allgemeine Definition der Berufsunfähigkeit". Ansonsten bleiben die Regelungen des obigen Abschnittes unverändert.**
Selbstständige und freiberuflich Tätige	Ist eine *versicherte Person* selbstständig oder freiberuflich tätig, setzt Berufsunfähigkeit zusätzlich Folgendes voraus: Auch durch zumutbare Umorganisation des Arbeitsplatzes oder Tätigkeitsbereichs ist es nicht möglich, ein Tätigkeitsfeld zu schaffen, das eine Berufsfähigkeit von mindestens 50 % ermöglicht. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn **alle** im folgenden aufgeführten Punkte zutreffen: • Die *versicherte Person* kann ihre Stellung als Betriebsinhaber/in erhalten. • Es ist kein erheblicher Kapitaleinsatz erforderlich. • Die Umorganisation ist wirtschaftlich zweckmäßig. • Die *versicherte Person* kann die Umorganisation aufgrund ihres maßgeblichen Einflusses auf die Geschicke des Unternehmens veranlassen (Direktions- und Weisungsrecht). • Es liegt keine dauerhaft ins Gewicht fallende Einkommensminderung vor. Eine dauerhaft ins Gewicht fallende Einkommensminderung liegt vor, wenn sie mehr als 20 % des vor Eintritt der Berufsunfähigkeit erzielten durchschnittlichen jährlichen Einkommens der letzten drei Jahre beträgt. Dann gilt die Einkommensminderung in jedem Fall als unzumutbar. Sollte die herrschende Rechtsprechung einen niedrigeren Prozentsatz festlegen, wenden wir diesen an. In einem begründeten Einzelfall kann aber auch bereits heute eine unter 20 % liegende Einkommensminderung unzumutbar in diesem Sinne sein. Wir verzichten bei Betrieben auf die Prüfung einer Umorganisation, wenn • der Betrieb weniger als fünf Mitarbeitende beschäftigt (Als Mitarbeitende in diesem Sinne zählen ausschließlich aus- oder angelernte Angestellte. Auszubildende, Praktikanten oder Werkstudierende bleiben dabei unberücksichtigt.) oder • die selbstständig oder freiberuflich tätige versicherte Person in ihrer täglichen Arbeitszeit zu mindestens 90 % kaufmännische oder organisatorische Tätigkeiten in dem Betrieb ausübt.
Teilzeitbeschäftigte	Ist die *versicherte Perso*n ausschließlich in Teilzeit beschäftigt (eine oder mehrere sozialversicherungspflichtige Tätigkeiten gemäß § 2 Gesetz über Teilzeitarbeit und befristete Arbeitsverträge - Teilzeit- und Befristungsgesetz - TzBfG, Stand 22.11.2019), gilt: Berufsunfähigkeit liegt ebenfalls vor, wenn die zuletzt ausgeübte(n) Tätigkeit(en) aus gesundheitlichen Gründen im Durchschnitt nur noch **maximal für 3 Stunden pro Tag** ausgeübt werden kann/können. Diese besondere Regelung gilt nur, wenn die tägliche Arbeitszeit im **Durchschnitt maximal 6 Stunden** beträgt. Ansonsten gilt der Abschnitt Allgemeine "Definition der Berufsunfähigkeit". Übt die *versicherte Person* mehrere Teilzeittätigkeiten aus, betrachten wir alle ausgeübten Tätigkeiten jeweils zusammen.
Auszubildende	Als ausgeübter Beruf gilt die zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalls begonnene Berufsausbildung. Es liegt keine Berufsunfähigkeit mehr vor, wenn die versicherte Person • eine neue Berufsausbildung beginnt und mit dieser einen vergleichbaren Ausbildungsstand erreicht, wie mit der bisherigen Ausbildung oder • ohne erneute Berufsausbildung einen Beruf ergreift und mit diesem eine dem ursprünglich erzielten Ausbildungsstand vergleichbare Lebensstellung (soziale Wertschätzung und Einkommen) erreicht. Wurde bei Eintritt der Berufsunfähigkeit mindestens die Hälfte der vorgesehenen Ausbildungszeit absolviert, ist die Lebensstellung mit der vergleichbar, die üblicherweise mit dem erfolgreichen Abschluss einer solchen Berufsausbildung verbunden ist.

Personengruppen	Punktuelle Anpassungen gegenüber Abschnitt "Allgemeine Definition der Berufsunfähigkeit". Ansonsten bleiben die Regelungen des obigen Abschnittes unverändert.
Studierende	Als ausgeübter Beruf gilt das zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalls ausgeübte *Studium*. Als *Studium* gilt ein Vollzeitstudium an einer staatlichen oder einer staatlich anerkannten Hochschule, einer Fachhochschule sowie einer vergleichbaren Ausbildungseinrichtung. Der angestrebte akademische Studienabschluss muss in Deutschland anerkannt sein. Es liegt keine Berufsunfähigkeit mehr vor, wenn die *versicherte Person* • ein anderes *Studium* abschließt oder • eine ihrem *Studium* entsprechende berufliche Tätigkeit konkret ausübt oder • ein neues *Studium* beginnt und einen vergleichbaren Studienstand erreicht. Bei Prüfung der Berufsunfähigkeit legen wir die Lebensstellung (soziale Wertschätzung und Einkommen) zugrunde, die typischerweise mit dem erfolgreichen Abschluss des *Studiums* verbunden ist. Voraussetzung dafür ist, dass • mindestens die Hälfte der Regelstudienzeit nach Studienordnung absolviert und • die Regelstudienzeit nicht mehr als um fünf Semester überschritten wurde. Ist das *Studium* nicht so weit fortgeschritten, wird die Lebensstellung bei Eintritt der Berufsunfähigkeit zugrunde gelegt.
Hausfrauen und -männer ohne Erwerbstätigkeit	Als ausgeübter Beruf gilt die zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalls im Haushalt konkret ausgeübten Tätigkeiten.
Personen, die einen Freiwilligendienst* leisten	Als ausgeübter Beruf gilt die zuletzt vor Eintritt des *Versicherungsfalls* ausgeübte Tätigkeit. Wenn die *versicherte Person* noch keine Tätigkeit ausgeübt hat, muss sie außer Stande sein, eine Berufsausbildung oder ein *Studium* aufzunehmen. * Unter Freiwilligendienst verstehen wir: Freiwilligen Wehrdienst (FWD), Bundesfreiwilligendienst (BFD), Freiwillige Soziale Jahr (FSJ) oder Freiwillige Ökologische Jahr (FÖJ)

1.3 Berufsunfähigkeit nach Ausscheiden aus dem Berufsleben
Scheidet die *versicherte Person* vorübergehend oder endgültig aus dem Berufsleben aus, wird bei der Prüfung der Leistungsansprüche gemäß den obenstehenden Abschnitten auf die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit und die damit verbundene Lebensstellung abgestellt.

5.7 Unterstützung zur Wiedereingliederung und Umorganisation
Im Einzelfall können Sie eine finanzielle Unterstützung zur Wiedereingliederung bzw. Umorganisation beantragen,
- wenn durch Aneignung neuer Kenntnisse und Fähigkeiten eine neue berufliche Tätigkeit konkret ausgeübt werden kann und
- diese auch der Lebensstellung vor Eintritt der Berufsunfähigkeit entspricht (siehe Abschnitt "Allgemeine Definition der Berufsunfähigkeit").

Voraussetzung für die Zahlung einer Wiedereingliederungs- oder Umorganisationshilfe ist, dass aus der Berufsunfähigkeitsrente noch mindestens 12 Monate Leistungen fließen könnten.

Bei einer niedergelassen oder freiberuflich tätigen *versicherten Person* können Sie eine entsprechende Unterstützung im Einzelfall beantragen,
- wenn die *versicherte Person* ihren Betrieb im Sinne des Abschnittes "Punktuelle Anpassung der allgemeinen Definition der Berufsunfähigkeit für bestimmte Personengruppen?" sinnvoll ist. Die Umorganisation muss wirtschaftlich zweckmäßig sein und von der *versicherten Person* aufgrund ihres maßgeblichen Einflusses auf die Geschicke des Unternehmens realisiert werden können.
- Die Lebensstellung (Stellung als Betriebsinhaber) muss außerdem derjenigen vor Eintritt der Berufsunfähigkeit entsprechen. Das heißt, die Umorganisation darf nicht zu einer auf Dauer ins Gewicht fallenden Einkommenseinbuße führen und keinen erheblichen Kapitalaufwand erfordern.

Ein Anspruch auf Unterstützung zur Wiedereingliederung oder Umorganisation besteht jedoch nicht.

20 Versicherungsmathematische Hinweise

Für die Ermittlung der Beiträge, die erforderlich sind, um die Leistungen zu erbringen, haben wir als ***Rechnungszins* 1,00 % p. a**. angesetzt. Außerdem verwenden wir folgende unternehmenseigene, geschlechtsunabhängige Wahrscheinlichkeitstafeln:

- Sterbetafel "DÄV 2026 AT_BU"
- Invalidisierungstafel "DÄV 2026 I_BU"
- Invalidensterbetafel "DÄV 2026 TI_BU"
- Reaktivierungstafel "DÄV 2026 RI_BU"

Bei einer Erhöhung der Leistungen (zum Beispiel durch dynamische Anpassung) berechnen wir hinzukommende Leistungen in der Regel mit den *Rechnungsgrundlagen*, die wir bei Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde gelegt haben. Wir sind berechtigt, den Erhöhungen die *Rechnungsgrundlagen* für Neuverträge zugrunde zu legen. Sollte dieser Fall eintreten, werden wir Sie darüber informieren.

21 Glossar

Angehörige: Dieser Personenkreis wird in § 15 Abgabenordnung und in § 7 Absatz 3 Pflegezeitgesetz bestimmt. Dies sind nach derzeitigem Stand (Dezember 2021):

- *Angehörige* nach § 15 Abgabenordnung sind
  1. der Verlobte,
  2. der Ehegatte oder Lebenspartner,
  3. Verwandte und Verschwägerte gerader Linie,
  4. Geschwister,
  5. Kinder der Geschwister,
  6. Ehegatten oder Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Ehegatten oder Lebenspartner,
  7. Geschwister der Eltern,
  8. Personen, die durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft wie Eltern und Kind miteinander verbunden sind (Pflegeeltern und Pflegekinder).

Angehörige sind die oben aufgeführten Personen auch dann, wenn

  - in den Fällen der Nummern 2, 3 und 6 die die Beziehung begründende Ehe oder Lebenspartnerschaft nicht mehr besteht;
  - in den Fällen der Nummern 3 bis 7 die Verwandtschaft oder Schwägerschaft durch Annahme als Kind erloschen ist;
  - im Fall der Nummer 8 die häusliche Gemeinschaft nicht mehr besteht, sofern die Personen weiterhin wie Eltern und Kind miteinander verbunden sind.

- Nahe *Angehörige* nach § 7 Absatz 3 Pflegezeitgesetz sind
  - Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern,
  - Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten, Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Lebenspartner,
  - Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder.

Arglist / arglistig: Wenn jemand bewusst falsche Angaben macht oder Informationen verschweigt mit dem Vorsatz, uns in die Irre zu führen. Sie handeln *arglistig*, wenn Sie bei uns *vorsätzlich* einen Irrtum hervorrufen, um uns zur Abgabe einer Willenserklärung zu veranlassen. Diese Täuschung kann durch Vorspiegelung falscher Tatsachen, aber auch durch einfaches Verschweigen einer Tatsache hervorgerufen werden. Hierzu müssen Sie wissen, oder es zumindest in Erwägung ziehen, dass die vorgespiegelten Tatsachen falsch sind.

Ausbildung: Berufsausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf oder Laufbahnausbildung für Beamte.

Bezugsberechtigter: Diesen bestimmt ausschließlich der *Versicherungsnehmer*. Sie erhält die vereinbarte/n vertragliche Leistung/en. In bestimmten Fällen kann nur ein naher *Angehöriger* der *versicherten Person* bezugsberechtigt sein.

Deckungskapital/Deckungsrückstellung: Die Versicherer sind gesetzlich verpflichtet, für ihre Verpflichtungen gegenüber ihren *Versicherungsnehmern Deckungskapitalien* zu bilden. Sie entsprechen dem Betrag, der bereitgestellt werden muss, damit zusammen mit künftigen Versicherungsbeiträgen die garantierten Versicherungsleistungen finanziert werden können. Das zu Bilanzierungszwecken berechnete *Deckungskapita*l nennt man *Deckungsrückstellung.*

Erklärungen: Mitteilungen, die mindestens in *Textform* erfolgen müssen und einen rechtlichen Charakter haben können. Beispiel: Mitteilung zur Änderung des *Bezugsberechtigten*, Beantragung einer Beitragsfreistellung oder Kündigung.

Geschäftsbericht: Vermittelt Informationen über den Geschäftsverlauf des vergangenen Geschäftsjahres eines Unternehmens. Er enthält u. a. die deklarierten *Überschüsse* für das jeweilige Geschäftsjahr. Er kann über unsere Internetseite www.aerzteversicherung.de eingesehen werden.

Höchstrichterliche Rechtsprechung: Gesamtheit rechtskräftiger Entscheidungen der Oberen Instanzen. Für Versicherungsangelegenheiten ist insbesondere der Bundesgerichtshof von Bedeutung.
Darüber hinaus können auch Entscheidungen der Oberlandesgerichte sowie des Europäischen Gerichtshofs als höchstrichterliche Rechtsprechung angesehen werden.
Die höchstrichterliche Rechtsprechung ist insofern von Bedeutung, als dass sie bei der Rechtsauslegung als Orientierung für andere Gerichte dient.

Juristische Personen: Eine rechtlich selbstständige Vereinigung von Personen oder eine Vermögensmasse, die Träger von Rechten und Pflichten ist und daher am Rechtsverkehr teilnehmen kann. Deshalb kann sie zum Beispiel Verträge abschließen. Eine GmbH ist ein Beispiel für eine *juristische Person*.

Kostenüberschüsse/-überschussanteile: Diese entstehen, wenn die tatsächlichen Kosten niedriger sind, als wir bei der Kalkulation des Tarifes angenommen haben.

Leistungsdauer: Zeitraum, für den wir die vereinbarten Leistungen zahlen, wenn ein *Versicherungsfall* während der *Versicherungsdauer* eingetreten ist.

Mitwirkungspflichten: Bei der Feststellung von Leistungen aus dieser Versicherung sind wir auf das Mitwirken von Ihnen, der *versicherten Person* und dem Anspruchsteller angewiesen. Sie haben beispielsweise die Pflicht, die von uns für die Leistungsprüfung benötigten Unterlagen zur Verfügung zu stellen.

Rechnungsgrundlagen: Verwendete Parameter, die den versicherungsmathematischen Berechnungen zugrunde liegen.

Rechnungszins: Zinssatz, der für die Finanzierung der garantierten Leistungen erforderlich ist.

Risikoprüfung: Sie wird zur individuellen Risikoeinstufung durchgeführt. Sie besteht aus der Gesundheitsprüfung und weiteren Fragen zur Einschätzung des Risikos der zu versichernden Person (z. B. Beruf, Tätigkeitsmerkmale, ausgeübte Sportarten, Hobbys und Rauchverhalten) sowie der finanziellen Angemessenheitsprüfung.

Risikoüberschüsse/-überschussanteile: Diese entstehen, wenn der tatsächliche Risikoverlauf günstiger ist, als wir bei der Kalkulation des Tarifes angenommen haben. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn weniger Versicherte berufsunfähig werden als ursprünglich angenommen.

Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB): Wir führen einen Teil der *Überschüsse* zunächst der Rückstellung für die Beitragsrückerstattung zu. Hieraus erfolgt ggf. zu einem späteren Zeitpunkt die einzelvertragliche *Überschussbeteiligung* Ihres Vertrages im Rahmen der laufenden *Überschussbeteiligung* und des Schlussüberschusses.
Würden wir die Gewinne direkt den einzelnen Verträgen zuordnen, könnte deren Gewinnbeteiligung von Jahr zu Jahr beträchtlich schwanken.

Studium: *Studium* an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Universität, Hochschule oder Fachhochschule.

Stundung: Sie können unter bestimmten Voraussetzungen für eine begrenzte Zeit die Zahlung Ihrer Beiträge aussetzen. Der Versicherungsschutz bleibt während dieser Zeit bestehen. Die nicht gezahlten Beiträge müssen Sie später verzinst nachzahlen.

Textform: Ihre Mitteilungen an uns genügen der *Textform*, wenn sie als E-Mail verschickt werden. Ein unterschriebener Brief ist in diesem Fall nicht erforderlich.

Überschüsse: Diese ergeben sich aus Gewinnen, die aus unterschiedlichen Quellen stammen können. Diese sind: *Kostenüberschüsse, Zinsüberschüsse* und *Risikoüberschüsse*. Sie werden regelmäßig, beispielsweise jährlich, neu festgelegt.

Unverzüglich: Bedeutet ohne schuldhaftes Zögern, d. h. so schnell wie möglich.

Versicherte Person: Die im Vertrag bezeichnete Person, für die wir Versicherungsschutz gewähren. Diese können Sie als *Versicherungsnehmer* oder auch eine dritte Person sein. Fallen *Versicherungsnehmer* und *versicherte Person* auseinander, bedarf es der Zustimmung der *versicherten Person* zur Wirksamkeit des Vertrages.

Versicherungsdauer: Zeitraum, in dem die *versicherte Person* durch diesen Vertrag abgesichert ist. D. h., wenn innerhalb dieses Zeitraums der *Versicherungsfall* eintritt, erbringen wir die vereinbarte Leistung.

Versicherungsfall: Ereignis, das eintritt und die vertraglich vereinbarte Leistungspflicht auslöst. Zum Beispiel: Die *versicherte Person* wird berufsunfähig.

Versicherungsjahr: Das erste Versicherungsjahr fängt mit dem Beginn der Versicherung an und dauert 12 Monate. Alle folgenden *Versicherungsjahre* beginnen oder enden immer zu diesem Zeitpunkt. Beginnt beispielsweise eine Versicherung am 01. April, dann endet das Versicherungsjahr am 31. März des folgenden Jahres, jeweils um 12:00 Uhr.

Versicherungsnehmer: Unser Vertragspartner, der im *Versicherungsschein* genannt ist und diesen erhält. *Versicherungsnehmer* kann nur eine einzelne natürliche oder *juristische Person* sein.

Versicherungsperiode: Zeitraum, nach welchem die Beiträge berechnet werden. Sie hängt von der vereinbarten Zahlweise ab, d. h. bei jährlicher Beitragszahlung umfasst sie ein Jahr, bei unterjähriger Beitragszahlung beträgt sie einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.

Versicherungsschein (Police): Ihr Nachweis über den Versicherungsvertrag. Er gibt Auskunft über die wesentlichen Vertragsinhalte. Im Einzelfall benötigten Sie diesen Nachweis, wenn Sie Ihre Ansprüche auf Leistungen aus dem Versicherungsvertrag geltend machen.

Vorsätzlich: Sie handeln vorsätzlich, wenn Sie den Eintritt eines Ereignisses für sicher oder zumindest für möglich halten und ihn bewusst in Kauf nehmen bzw. herbeiführen oder nicht verhindern wollen.

Zinsüberschüsse/-überschussanteile: Sie entstehen, wenn die Erträge unserer Kapitalanlagen höher sind als der Betrag, den wir zur Finanzierung unserer garantierten Leistungen benötigen.

22 Anhang - Auszug aus dem Sozialgesetzbuch

§ 43 Sozialgesetzbuch (SGB) VI in der Fassung vom 22.12.2023

§ 43 Rente wegen Erwerbsminderung

(1) Versicherte haben bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, wenn sie

1. teilweise erwerbsgemindert sind,
2. in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben und
3. vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben.

Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein.

(2) Versicherte haben bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn sie

1. voll erwerbsgemindert sind,
2. in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben und
3. vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben.

Voll erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Voll erwerbsgemindert sind auch

1. Versicherte nach § 1 Satz 1 Nr. 2, die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können, und

2. Versicherte, die bereits vor Erfüllung der allgemeinen Wartezeit voll erwerbsgemindert waren, in der Zeit einer nicht erfolgreichen Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt.

(3) Erwerbsgemindert ist nicht, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen.

(4) Der Zeitraum von fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung verlängert sich um folgende Zeiten, die nicht mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit belegt sind:

1. Anrechnungszeiten und Zeiten des Bezugs einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit,
2. Berücksichtigungszeiten,
3. Zeiten, die nur deshalb keine Anrechnungszeiten sind, weil durch sie eine versicherte Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit nicht unterbrochen ist, wenn in den letzten sechs Kalendermonaten vor Beginn dieser Zeiten wenigstens ein Pflichtbeitrag für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit oder eine Zeit nach Nummer 1 oder 2 liegt,
4. Zeiten einer schulischen Ausbildung nach Vollendung des 17. Lebensjahres bis zu sieben Jahren, gemindert um Anrechnungszeiten wegen schulischer Ausbildung.

(5) Eine Pflichtbeitragszeit von drei Jahren für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit ist nicht erforderlich, wenn die Erwerbsminderung aufgrund eines Tatbestandes eingetreten ist, durch den die allgemeine Wartezeit vorzeitig erfüllt ist.

(6) Versicherte, die bereits vor Erfüllung der allgemeinen Wartezeit voll erwerbsgemindert waren und seitdem ununterbrochen voll erwerbsgemindert sind, haben Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn sie die Wartezeit von 20 Jahren erfüllt haben.

(7) Wird neben einer Rente nach Absatz 1 oder 2 unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes eine Erwerbstätigkeit ausgeübt, deren Umfang das der Rentengewährung zugrunde liegende zeitliche Leistungsvermögen überschreitet, besteht für einen Zeitraum von regelmäßig sechs Monaten ab Beginn der Ausübung weiterhin Anspruch auf die gewährte Rente.