EGO Top

Berufsunfähigkeits-Versicherung

Tarif: HBVZ26

Stand: 09/2026

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung — Seite 3

2. Erläuterungen zum Versicherungsschutz bei Berufsunfähigkeit — Seite 16

3. Besondere Bedingungen für die Leistungen wegen Krankschreibung — Seite 20

4. Besondere Bedingungen für die Nachversicherungsgarantie und die KarrierePlus Option auf Erhöhung des Versicherungsschutzes — Seite 23

5. Besondere Bedingungen für die planmäßige Erhöhung von Beitrag und Leistungen — Seite 26

6. Kostenübersicht für zusätzlichen Verwaltungsaufwand — Seite 29

7. Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz — Seite 31

Stand: 09/2026

AVB: Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung

(AVB_HBV26_260101)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Für unser Vertragsverhältnis gelten die folgenden Bedingungen. In den Bedingungen nutzen wir folgende Abkürzungen:

- BGB: Bürgerliches Gesetzbuch
- SGB: Sozialgesetzbuch
- VAG: Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz)
- VVG: Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz)

Inhalt

I. Leistungsbeschreibung

§ 1 Was ist versichert?
§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?
§ 3 Wann ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

II. Leistungsauszahlung

§ 4 Wer erhält die Leistung?
§ 5 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?
§ 6 Welche Pflichten sind zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?
§ 7 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?
§ 8 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?
§ 9 Wann zahlen wir eine Umorganisationshilfe?
§ 10 Was gilt, wenn die Pflichten verletzt werden?

III. Beitrag und Kosten

§ 11 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
§ 12 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
§ 13 Welche Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?
§ 14 Welche Kosten sind in Ihren Vertrag eingerechnet?
§ 15 Welche anlassbezogenen Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

IV. Überschussbeteiligung

§ 16 Wie ermitteln wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens und was passiert mit ihm?
§ 17 Wie beteiligen wir Sie am Überschuss?
§ 18 Wie verwenden wir den Überschuss?
§ 19 Wie entstehen Bewertungsreserven und wie ordnen wir diese Ihrer Versicherung zu?
§ 20 Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?
§ 21 Wie informieren wir über die Überschussbeteiligung?

V. Kündigung und Beitragsfreistellung

§ 22 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen und welche Folgen hat das?
§ 23 Wann können Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen und welche Folgen hat das?
§ 24 Wann können Sie Ihren Versicherungsschutz nach einer Beitragsfreistellung wiederherstellen (Wiederinkraftsetzung) und welche Folgen hat das?
§ 25 Welche günstigeren Regelungen gelten bei einer Beitragsfreistellung aufgrund von Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit, beruflicher Auszeit oder Elternzeit und bei einer Wiederinkraftsetzung nach einer solchen Beitragsfreistellung?

VI. Vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten

§ 26 Wann können Sie Ihre Beiträge herabsetzen und welche Folgen hat das?
§ 27 Wann können Sie die Leistungs- und Versicherungsdauer verlängern und welche Folgen hat das?
§ 28 Was ist der UpgradeJoker, wann können Sie ihn ausüben und welche Folgen hat das?
§ 29 Was ist die Berufswechseloption, wann können Sie sie ausüben und welche Folgen hat das?

VII. Mitteilungen, die sich auf das Vertragsverhältnis beziehen

§ 30 Was müssen Sie bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens tun?
§ 31 Wer ist unser rechtlicher Ansprechpartner?
§ 32 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?

VIII. Allgemeine Vereinbarungen und Informationen

§ 33 Welches Recht und welche Sprache gelten bei Ihrem Vertrag?
§ 34 Wo ist der Gerichtsstand?
§ 35 Wie können Sie ein außergerichtliches Verfahren zur Streitschlichtung in Anspruch nehmen oder sich beschweren?
§ 36 Wie sind Ihre Ansprüche zusätzlich abgesichert?

I. Leistungsbeschreibung

§ 1 Was ist versichert?

(1) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer dieser Berufsunfähigkeits-Versicherung berufsunfähig im Sinne des § 2, erbringen wir folgende Leistungen:

- **Beitragsbefreiung**: Wir übernehmen die Beitragszahlung für den gesamten Vertrag. Dies gilt, soweit eine Verpflichtung zur Beitragszahlung bei Beginn des Leistungsanspruchs noch besteht.
- **Berufsunfähigkeits-Rente**: Wir zahlen die garantierte Berufsunfähigkeits-Rente jeweils zu den vereinbarten Zahlungsterminen. Die Höhe der garantierten Berufsunfähigkeits-Rente und die Zahlungstermine finden Sie im Abschnitt "Vertragsübersicht" der Individuellen Kundeninformation. Wenn der Rentenbeginn nicht mit einem der vereinbarten Zahlungstermine zusammenfällt, zahlen wir die erste Rente anteilig bis zum nächsten Zahlungstermin. Zusätzlich zu der garantierten Berufsunfähigkeits-Rente kann eine Leistung aus der Überschussbeteiligung anfallen (§ 18). Für die Berufsunfähigkeits-Rente besteht während eines Leistungsanspruchs keine Verpflichtung zur Beitragszahlung.

(2) Wenn Sie mit uns eine **garantierte Rentensteigerung** im Versicherungsfall vereinbart haben, gilt:

- Die gezahlte Berufsunfähigkeits-Rente erhöht sich jährlich um einen vereinbarten Prozentsatz. Diesen finden Sie im Abschnitt "Vertragsübersicht" der Individuellen Kundeninformation.
- Wir erhöhen die Berufsunfähigkeits-Rente erstmals zu Beginn des Versicherungsjahrs, das auf den Beginn der Zahlung folgt.
- Wenn die versicherte Person nach einem Wegfall der Berufsunfähigkeit erneut berufsunfähig im Sinne des § 2 wird, gilt: Bereits erfolgte Erhöhungen aus der vorherigen Leistungspflicht bleiben erhalten.

(3) Der Anspruch auf Leistungen entsteht frühestens an dem Tag, an dem die versicherte Person berufsunfähig im Sinne des § 2 geworden ist. Für die Leistungen sind die zu diesem Zeitpunkt vereinbarte Berufsunfähigkeits-Rente und Beitragshöhe des gesamten Vertrags maßgeblich.

(4) Wenn Sie eine **Karenzzeit** vereinbart haben, haben Sie erst Anspruch auf die Leistungen, wenn alle folgenden Voraussetzungen zutreffen:

- Die Karenzzeit ist abgelaufen.
- Die versicherte Person war bis zum Ablauf der Karenzzeit ununterbrochen berufsunfähig im Sinne des § 2.
- Die versicherte Person ist bei Ablauf der Karenzzeit weiterhin berufsunfähig im Sinne des § 2.

Endet die Berufsunfähigkeit bereits vor Ablauf der Karenzzeit, werden keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit fällig. Dies teilen wir dem Anspruchsberechtigten mit.

Eine Karenzzeit ist ein vereinbarter Zeitraum von dem Tag an, an dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist, bis zum Beginn der Leistungen. Tritt nach einer beendeten Berufsunfähigkeit erneut eine Berufsunfähigkeit aufgrund derselben medizinischen Ursache ein, rechnen wir bereits zurückgelegte Karenzzeiten an.

(5) Bis entschieden wurde, ob wir leisten, müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiterzahlen. Wenn wir leisten, erhalten Sie die über den Leistungsbeginn hinaus gezahlten Beiträge zurück. Wir werden Ihnen die noch zu zahlenden Beiträge bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht stunden, wenn Sie dies in Textform (beispielsweise Brief oder E-Mail) beantragen. Für diese Stundung erheben wir keine Zinsen.

Bei einer Karenzzeit müssen Sie auch dann bis zum Ende der Karenzzeit Beiträge zahlen, wenn wir die Berufsunfähigkeit anerkannt haben. Somit können wir Ihre

Beiträge für diesen Zeitraum weder erstatten noch stunden.

Wenn wir Ihren Leistungsanspruch nicht anerkennen und Sie dagegen gerichtlich vorgehen, gilt: Wir sind bereit, Ihnen die aus einer zinslosen Stundung angewachsenen Beitragsrückstände und die weiter fälligen Beiträge zu stunden. Dies müssen Sie in Textform (beispielsweise Brief oder E-Mail) beantragen. Für diese Stundung erheben wir keine Zinsen. Die zinslose Stundung gewähren wir bis zur rechtskräftigen Entscheidung über Ihren vermeintlichen Leistungsanspruch.

Die gestundeten Beiträge müssen Sie zum Ablauf der Stundung nachzahlen, soweit Sie während der Stundung keinen Anspruch auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit hatten. Sie können mit uns vereinbaren, dass Sie den Betrag innerhalb von höchstens zwölf Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten nachzahlen. Dafür erheben wir keine Zinsen.

Wenn Sie die gestundeten Beiträge nicht nachzahlen, verrechnen wir sie mit dem Deckungskapital. Dadurch verringern sich die versicherten Leistungen. Wenn die Berufsunfähigkeits-Rente nach der Verrechnung nicht den Mindestbetrag erreicht, erlischt der Vertrag, ohne dass ein Rückkaufswert fällig wird. Den Mindestbetrag finden Sie im Abschnitt "Verlaufswerte" der Individuellen Kundeninformation.

(6) Ihr Anspruch auf eine Beitragsbefreiung und Berufsunfähigkeits-Rente endet, wenn die versicherte Person nicht mehr berufsunfähig im Sinne des § 2 ist. Bitte beachten Sie dazu auch die Regelungen in § 8 über die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit.

Wenn wir aufgrund eines Tätigkeitsverbots wegen Infektionsgefahr (§ 2 Absatz 21) leisten, gilt: Es liegt keine Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 mehr vor, sobald dieses Tätigkeitsverbot aufgehoben wurde. Lag der Anerkennung ein Hygieneplan zugrunde, gilt: Es liegt keine Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 mehr vor, sobald ein aktueller Hygieneplan die Ausübung der beruflichen Tätigkeit zu mindestens 50 % wieder ermöglicht.

Der Anspruch endet auch mit dem Tod der versicherten Person und spätestens bei Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer.

(7) Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Als Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen gilt:

- Berufsunfähigkeit infolge von Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall (Absätze 2 bis 13)
- Berufsunfähigkeit infolge von voller Erwerbsminderung (Absatz 14)
- Berufsunfähigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit (Absätze 15 bis 19)
- Berufsunfähigkeit infolge von Demenz (Absatz 20)
- Berufsunfähigkeit infolge eines Tätigkeitsverbots wegen Infektionsgefahr (Absätze 21 bis 23)

Der in diesen Bedingungen verwendete Begriff der Berufsunfähigkeit stimmt nicht mit folgenden Begriffen überein: Berufsunfähigkeit, Erwerbsminderung oder Pflegebedürftigkeit im sozialrechtlichen Sinne sowie Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeld-Versicherung.

Der Bescheid eines Sozialversicherungsträgers bedeutet daher nicht, dass Sie automatisch einen Leistungsanspruch aus dieser Berufsunfähigkeits-Versicherung haben.

Berufsunfähigkeit infolge von Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall

(2) Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn Art, Schwere und Ausmaß einer Krankheit, einer Körperverletzung oder eines Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, nach allgemein anerkannten medizinischen Erkenntnissen erwarten lassen, dass die versicherte Person ununterbrochen wenigstens sechs Monate mindestens zu 50 % außer Stande sein wird, ihrem zuletzt bei Eintritt der Berufsunfähigkeit ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, nachzugehen.

(3) Weisen Sie uns nach, dass ein Zustand der in Absatz 2 beschriebenen Art und Auswirkung mindestens sechs Monate ununterbrochen angedauert hat, gilt dieser Zustand von Beginn an als Berufsunfähigkeit.

Ausgeübter Beruf bei Auszubildenden

(4) Bei Auszubildenden legen wir als ausgeübten Beruf das der Ausbildung entsprechende Berufsbild zugrunde, um die Berufsunfähigkeit festzustellen.

Ausgeübter Beruf bei Selbstständigen

(5) Zu den Selbstständigen zählen wir insbesondere:

- Mitarbeitende Unternehmer
- Betriebs- und Geschäftsinhaber
- Beherrschende Gesellschafter-Geschäftsführer (GGF)
- Freiberuflich Tätige, die bei der Ausübung ihres Berufs nicht fremdbestimmt sind

Bei Selbstständigen ist die berufliche Tätigkeit durch folgende Faktoren geprägt:

- Sie sind in ihren unternehmerischen Gestaltungsrechten in der Regel nicht fremdbestimmt.
- Ihnen kommt das betriebliche Direktionsrecht zu. Das bedeutet, sie können allein darüber bestimmen, welches betriebliche Arbeitsfeld, in welchem Umfang und für welche Zeit sie durch eigene Arbeit ausfüllen. Dieses Recht räumt ihnen gegenüber ihren Mitarbeitern die Weisungsbefugnis ein.

Auf der Grundlage dieser rechtlichen Ausgestaltung der beruflichen Tätigkeit entspricht daher der Beruf des Selbstständigen "der Leitung des Betriebs unter eigener Mitarbeit an einer von dem Selbstständigen bestimmten Stelle".

(6) Ist die versicherte Person selbstständig, setzt Berufsunfähigkeit der in Absatz 2 beschriebenen Art und Auswirkung voraus, dass die versicherte Person außerstande ist

- durch zumutbare Umorganisation ihres Arbeitsplatzes oder ihres Tätigkeitsbereichs oder
- durch Zuweisung betrieblich anfallender Arbeitsabläufe an Mitarbeiter

ein Tätigkeitsfeld zu schaffen, das Berufsunfähigkeit nach Absatz 2 ausschließt.

Eine Umorganisation ist nur zumutbar, wenn

- die dafür erforderlichen Maßnahmen möglich und wirtschaftlich zweckmäßig sind und keinen erheblichen Kapitaleinsatz erfordern,
- der versicherten Person ein sinnvolles Tätigkeitsfeld verbleibt und
- ihre Lebensstellung als Betriebsinhaber gewahrt bleibt.

Weitere Informationen finden Sie unter "Welche Bedeutung hat die Umorganisation des Betriebs auf die Feststellung einer Berufsunfähigkeit?" der Erläuterungen zum Versicherungsschutz bei Berufsunfähigkeit.

(7) Wenn Sie uns nachweisen, dass einer der folgenden Fälle vorliegt, verzichten wir auf eine Prüfung der Umorganisation:

- Die versicherte Person hat eine abgeschlossene akademische Ausbildung. Sie hat mindestens zu 90 % kaufmännische oder organisatorische Tätigkeiten in ihrer täglichen Arbeitszeit vor Eintritt der Berufsunfähigkeit ausgeübt.
- Die versicherte Person hat im Rahmen der Ausübung der selbständigen Tätigkeit weniger als fünf Mitarbeiter. Zu den Mitarbeitern zählen nur aus- oder angelernte Angestellte. Auszubildende, Praktikanten oder Werkstudenten bleiben dabei unberücksichtigt.

Unabhängig von der Anzahl der beschäftigten Mitarbeiter verzichten wir auf eine Prüfung der Umorganisation, wenn gilt: Die versicherte Person war zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit als

- niedergelassener Arzt,
- niedergelassener Zahnarzt,
- niedergelassener Tierarzt,
- Rechts- oder Patentanwalt,
- Notar,
- Steuerberater,
- Wirtschaftsprüfer,
- vereidigter Buchprüfer oder
- Steuerbevollmächtigter

selbständig tätig und weist nach, dass keine weiteren Mitarbeiter mit gleicher Fachkenntnis und Qualifikation im Fachgebiet, in der Fachrichtung oder im Berufsfeld der versicherten Person beschäftigt sind. Für den Fall, dass solche Mitarbeiter beschäftigt sind, berufen wir uns nicht auf eine Umorganisation, wenn und solange die versicherte Person uns nachweist, dass keine konkrete Umorganisation erfolgt ist.

Ausgeübter Beruf bei Schülern

(8) Bei Schülern orientieren wir uns bei der Feststellung der Berufsunfähigkeit allein an den Aufgaben- und Tätigkeitsfeldern, die sie als Schüler bei Eintritt der Berufsunfähigkeit konkret ausgeübt haben.

Ausgeübter Beruf bei hauptberuflich tätigen Studenten

(9) Bei hauptberuflich tätigen Studenten legen wir als ausgeübten Beruf das Mindestanforderungsprofil des Berufs zugrunde, der dem angestrebten Studienabschluss entspricht, um die Berufsunfähigkeit festzustellen. Wenn der Student mit dem Studienabschluss verschiedene Berufe ausüben kann, gilt: Die Berufsunfähigkeit stellen wir auf Basis beruflicher Anforderungen mit hohen geistig-mentalen Ansprüchen und mit überwiegend an einem festen Arbeitsplatz auszuübenden geringen bis leichten körperlichen Tätigkeiten fest.

Ausgeübter Beruf bei Hausfrauen und -männern

(10) Bei Hausfrauen/-männern orientieren wir uns bei der Feststellung der Berufsunfähigkeit allein an den Aufgaben- und Tätigkeitsfeldern, die sie als Hausfrau/-mann bei Eintritt der Berufsunfähigkeit im eigenen Haushalt konkret ausgeübt haben. Voraussetzungen dafür sind:

- Der Versicherungsschutz für den Fall der Berufsunfähigkeit wurde als Hausfrau/-mann ohne andere Berufsausübung abgeschlossen.
- Dieser Status lag bis zum Eintritt der Berufsunfähigkeit ununterbrochen vor.

Hat die Hausfrau/der Hausmann nach Abschluss des Vertrags eine andere Berufstätigkeit ausgeübt oder übt sie/er eine solche noch bei Eintritt der Berufsunfähigkeit aus, gilt: Wir prüfen die Berufsunfähigkeit auf Basis dieses Berufs.

Ausgeübter Beruf nach Reduzierung der Arbeitszeit

(11) Reduziert die versicherte Person während der Versicherungsdauer die Arbeitszeit ihres zuletzt ausgeübten Berufs aus gesundheitlichen Gründen, gilt: Zur Beurteilung der Berufsunfähigkeit legen wir die Arbeitszeit und den ausgeübten Beruf, so wie sie vor der Reduzierung der Arbeitszeit ausgestaltet waren, zugrunde.

(12) Reduziert die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit

- aus nicht gesundheitlichen Gründen,

- auf wöchentlich 30 Arbeitsstunden oder weniger

und sind seit der Reduzierung bis zum Eintritt der Berufsunfähigkeit

- weniger als fünf Jahre vergangen sowie

- 30 Arbeitsstunden wöchentlich nicht überschritten worden,

gilt: Zur Beurteilung der Berufsunfähigkeit legen wir Ihre Arbeitszeit und Ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie sie vor der Reduzierung ausgestaltet waren, zugrunde.

Reduziert die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit

- aus nicht gesundheitlichen Gründen,

- auf wöchentlich 30 Arbeitsstunden oder weniger

und sind seit der Reduzierung bis zum Eintritt der Berufsunfähigkeit

- mehr als fünf Jahre vergangen

gilt: Zur Beurteilung der Berufsunfähigkeit legen wir Ihre Arbeitszeit und Ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie sie zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit ausgestaltet sind, zugrunde.

Ausgeübter Beruf nach Ausscheiden aus dem Berufsleben

(13) Wenn

- die versicherte Person aus dem Berufsleben ausscheidet und
- Sie später Leistungen wegen einer nach dem Ausscheiden eingetretenen Berufsunfähigkeit beantragen,

gilt: Für die Frage, ob eine Berufsunfähigkeit im Sinne der Absätze 2 bis 12 vorliegt, ist der beim Ausscheiden ausgeübte Beruf mit der durch diesen geprägten Lebensstellung entscheidend.

Berufsunfähigkeit infolge von voller Erwerbsminderung

(14) Berufsunfähigkeit liegt auch vor, wenn die versicherte Person eine unbefristete Rente der Deutschen Rentenversicherung wegen voller Erwerbsminderung ausschließlich aus medizinischen Gründen erhält.

Dies gilt nur, wenn

- der Vertrag bei Eintritt der vollen Erwerbsminderung mindestens seit zehn Jahren bestand und
- bei Vertragsabschluss kein individueller Leistungsausschluss vereinbart wurde.

Für den Begriff der vollen Erwerbsminderung gilt die Definition nach § 43 Absatz 2 SGB VI in der Fassung vom 01.01.2024.

Berufsunfähigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit

(15) Berufsunfähigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn Art, Schwere und Ausmaß einer Krankheit, einer Körperverletzung oder eines Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, nach allgemein anerkannten medizinischen Erkenntnissen erwarten lassen, dass die versicherte Person ununterbrochen wenigstens sechs Monate pflegebedürftig im Sinne der Absätze 17 bis 19 sein wird.

(16) Wenn ein Zustand der in Absatz 15 beschriebenen Art und Auswirkung mindestens sechs Monate ununterbrochen angedauert hat, gilt dieser Zustand von Beginn an als Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit.

(17) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, so hilflos ist, dass sie für eine der im Folgenden genannten sechs Aktivitäten, auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel, täglich die Hilfe einer anderen Person benötigt und diese Hilfe auch täglich erfolgt.

Bei der Bewertung der Pflegebedürftigkeit legen wir die folgenden Aktivitäten zugrunde:

- Fortbewegen im Zimmer:

  Die versicherte Person ist hilfebedürftig, wenn sie sich zur Fortbewegung durch eine andere Person unterstützen lassen muss - auch wenn sie eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl nutzt.

- Aufstehen und Zubettgehen:

  Die versicherte Person ist hilfebedürftig, wenn sie nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder ins Bett gelangen kann.

- An- und Auskleiden:

  Die versicherte Person ist hilfebedürftig, wenn sie sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann - auch wenn sie krankengerechte Kleidung nutzt.

- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken:

  Die versicherte Person ist hilfebedürftig, wenn sie nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann - auch wenn sie krankengerechte Essbestecke und Trinkgefäße nutzt.

- Waschen, Kämmen oder Rasieren:

  Die versicherte Person ist hilfebedürftig, wenn sie von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, weil sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen - auch wenn sie einen Wannengriff oder Wannenlift nutzt.

- Verrichten der Notdurft:

  Die versicherte Person ist hilfebedürftig, wenn sie die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern, ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten oder weil ihr Darm oder ihre Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

  Besteht allein eine Inkontinenz des Darms oder der Blase, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor.

(18) Pflegebedürftigkeit liegt auch vor, wenn die versicherte Person

- wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf oder
- wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nur unter ständiger Beaufsichtigung Tag und Nacht versorgt werden kann (Bewahrung) oder
- dauernd bettlägerig ist und nur mit Hilfe einer anderen Person aufstehen kann.

(19) Wenn die versicherte Person vorübergehend akut erkrankt ist, stufen wir bei der Bewertung die Pflegebedürftigkeit nicht höher ein. Vorübergehende Besserungen berücksichtigen wir ebenso nicht. Eine Erkrankung oder Besserung gilt nur dann als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten vorbei ist.

Berufsunfähigkeit infolge von Demenz

(20) Die versicherte Person ist berufsunfähig infolge von Demenz, wenn eine Demenz mit mittelschweren Leistungseinbußen

- ab einem Schweregrad 5, ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg oder

- ab einem entsprechenden Schweregrad einer alternativen, anerkannten Demenzbeurteilungsskala

vorliegt.

Berufsunfähigkeit infolge eines Tätigkeitsverbots wegen Infektionsgefahr

(21) Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn und solange

- die versicherte Person wegen eines vollständigen oder teilweisen Tätigkeitsverbots nach Absatz 23 zu mindestens 50 % außer Stande ist, ihre berufliche Tätigkeit, so wie sie vor der Infektionsgefahr ausgestaltet war, auszuüben und
- sie auch nicht ausübt.

Das vollständige oder teilweise Tätigkeitsverbot muss sich voraussichtlich ununterbrochen über mindestens sechs Monate erstrecken oder sechs Monate ununterbrochen bestanden haben.

Bei folgenden Berufen reicht es aus, wenn sich das Tätigkeitsverbot vollständig auf die Tätigkeit bezieht, Patienten zu behandeln, zu versorgen oder zu betreuen:

- Human- oder Zahnmediziner
- Student der Human- oder Zahnmedizin
- Medizinisch behandelnder oder pflegerischer Beruf mit Patientenkontakt. Hierzu zählen beispielsweise Krankenschwestern und Krankenpfleger, Altenpflegerinnen und Altenpfleger, Hebammen und Entbindungspfleger und Arzthelferinnen und Arzthelfer.

(22) Der Anspruch auf Leistungen entsteht frühestens mit dem Datum der Einzelanordnung beziehungsweise dem Datum des Hygieneplans nach Absatz 23.

(23) Ein vollständiges oder teilweises Tätigkeitsverbot im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn einer der folgenden Fälle zutrifft:

- Eine behördliche Einzelanordnung untersagt der versicherten Person ganz oder teilweise die Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit. Die Einzelanordnung ist an die versicherte Person adressiert und erfolgt wegen einer von ihr ausgehenden Infektionsgefahr. Sie beruht auf gesetzlichen Vorschriften beziehungsweise Rechtsverordnungen.
- Von der versicherten Person geht aufgrund eigener Erkrankung eine Infektionsgefahr für andere aus. Dabei kommt es allein auf die Gefahr der Weiterverbreitung des Erregers an. Ob die versicherte Person Erkrankter oder nur Ausscheider ist, ist unerheblich. Über den Hygieneplan eines staatlich anerkannten Hygienikers wird belegt, welche berufliche Tätigkeiten die versicherte Person noch und welche sie nicht mehr ausüben darf.

§ 3 Wann ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Unsere Leistungspflicht besteht grundsätzlich unabhängig davon, warum und wo der Versicherungsfall eintritt. Bitte beachten Sie: Bei folgenden Ursachen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen. Der Nachweis des Leistungsausschlusses ist von uns zu führen.

Kriegerische Ereignisse

(2) Bei Berufsunfähigkeit in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen besteht kein Versicherungsschutz.

Dieser Ausschluss gilt nicht, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig wird,

- denen sie während eines Aufenthalts im Ausland ausgesetzt war und
- an denen sie nicht aktiv beteiligt war,

beispielsweise im Rahmen von humanitären Hilfeleistungen, wie etwa Ärzte ohne Grenzen.

Innere Unruhen

(3) Bei Berufsunfähigkeit in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit inneren Unruhen, an denen die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat, besteht kein Versicherungsschutz.

Straftaten

(4) Bei Berufsunfähigkeit, die der versicherten Person dadurch zustößt, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht, besteht kein Versicherungsschutz.

Dieser Ausschluss gilt nicht bei fahrlässigen und grob fahrlässigen Verstößen. Er gilt ebenfalls nicht bei allen Delikten im Straßenverkehr.

Herbeiführung des Versicherungsfalls

(5) Bei Berufsunfähigkeit, die der versicherten Person dadurch zustößt, dass sie

- Krankheit oder Kräfteverfall absichtlich herbeiführt,
- sich absichtlich verletzt oder
- sich zu töten versucht

besteht kein Versicherungsschutz.

Dieser Ausschluss gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass

- die Tat in einem Zustand der krankhaften Störung der Geistestätigkeit begangen wurde und
- dieser Zustand bewirkt hat, dass die freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.

(6) Bei vorsätzlich herbeigeführter Berufsunfähigkeit durch eine widerrechtliche Handlung von Ihnen als Versicherungsnehmer besteht kein Versicherungsschutz.

Strahlen

(7) Bei Berufsunfähigkeit durch Strahlen infolge Kernenergie besteht kein Versicherungsschutz.

Voraussetzung für diesen Ausschluss: Diese Strahlen gefährden das Leben oder schädigen die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße, dass es zu deren Abwehr und Bekämpfung des Einsatzes der Katastrophenschutzbehörde der Bundesrepublik Deutschland oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf.

II. Leistungsauszahlung

§ 4 Wer erhält die Leistung?

(1) Sie als Versicherungsnehmer können im Rahmen des Absatz 2 bestimmen, wer die Leistung erhalten soll (Bezugsrecht). Gegebenenfalls bedarf es zur Benennung des Bezugsberechtigten zusätzlich einer Zustimmung Dritter. Wenn Sie uns keinen Bezugsberechtigten nennen, gilt:

- Solange Sie leben, erhalten Sie die Leistung.
- Werden nach Ihrem Tod noch Leistungen fällig, erbringen wir diese an Ihre Erben.

Bezugsrecht

(2) Neben der versicherten Person können Sie nur einen der im Folgenden genannten Angehörigen der versicherten Person als Bezugsberechtigten benennen:

- Ehepartner, eingetragener Lebenspartner oder Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerähnlichen Gemeinschaft
- Verwandter in gerader Linie: Das sind Personen, von denen der eine vom anderen abstammt. Dazu gehören insbesondere Eltern, Kinder und Adoptivkinder, Großeltern und Enkelkinder.
- Verschwägerter in gerader Linie: Das sind Personen, mit denen der Ehepartner oder eingetragene Lebenspartner in gerader Linie verwandt ist.
- Stiefmutter oder Stiefvater
- Schwiegertochter oder Schwiegersohn
- Schwester oder Bruder
- Nichte oder Neffe
- Ehepartner oder eingetragener Lebenspartner einer Schwester oder eines Bruders
- Schwester oder Bruder des Ehepartners oder eingetragenen Lebenspartners
- Tante oder Onkel

Einen abweichenden Bezugsberechtigten können Sie nicht benennen.

Ein widerrufliches oder unwiderrufliches Bezugsrecht endet

- mit dem Tod des Bezugsberechtigten oder
- mit dem Ende der eheähnlichen oder lebenspartnerähnlichen Gemeinschaft.

Bei allen anderen Änderungen der Lebenssituation, beispielsweise nach einer Scheidung, bleibt das Bezugsrecht bestehen.

Wenn Sie ein Bezugsrecht **widerruflich** bestimmen, erwirbt der Bezugsberechtigte das Recht auf die Leistung erst mit dem Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls. Deshalb können Sie das Bezugsrecht bis zum Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls jederzeit

ändern. Dabei tritt mit jeder Fälligkeit ein eigener Versicherungsfall ein. Nach dem Tod der versicherten Person kann das Bezugsrecht nicht mehr widerrufen werden.

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

Abtretung und Verpfändung

(3) Ansprüche auf Berufsunfähigkeits-Rente können Sie nicht abtreten oder verpfänden. Soweit darüber hinaus eine Abtretung oder Verpfändung rechtlich möglich ist, gilt Absatz 4.

Anzeige

(4) Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts sowie eine Abtretung und eine Verpfändung sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform (beispielsweise Brief oder E-Mail) angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie. Es können aber auch andere Personen sein, wenn Sie bereits zuvor Verfügungen getroffen haben. Beispiele dafür sind ein unwiderrufliches Bezugsrecht, eine Abtretung und eine Verpfändung.

§ 5 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

(1) Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus Ihrem Vertrag zu verfügen. Dies gilt insbesondere für die Entgegennahme von Leistungen aus dem Vertrag.

(2) Wir können verlangen, dass der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.

§ 6 Welche Pflichten sind zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?

(1) Werden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beansprucht, können wir vom Anspruchsteller Folgendes verlangen:

- Er muss uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder unserer Leistungspflicht erforderlich ist (**Auskunftspflicht**).
- Er muss uns alle Informationen geben, die zur Aufklärung des Sachverhalts dienen, um uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht zu ermöglichen (**Aufklärungspflicht**).
- Er muss uns die Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 nachweisen (**Nachweispflicht**).

Die einzureichenden Unterlagen erkennen wir nur an, wenn sie in deutscher Sprache verfasst sind oder in amtlich beglaubigter Übersetzung vorliegen.

Die entstehenden Kosten für die Nachweise muss der Anspruchsteller tragen.

Bei einer **Berufsunfähigkeit infolge von Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall** (§ 2 Absätze 2 bis 13) muss der Anspruchsteller uns folgende Unterlagen einreichen:

- Eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit
- Ausführliche Berichte der Ärzte, Psychologen und Psychotherapeuten, die die versicherte Person behandeln beziehungsweise behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art und Verlauf der Gesundheitsstörungen, deren Auswirkungen auf die körperlichen, geistigen oder seelischen Funktionen, die bisherige beziehungsweise voraussichtliche Dauer der Gesundheitsstörungen sowie über den Grad der Beeinträchtigung, dem zuletzt bei Eintritt der Berufsunfähigkeit ausgeübten Beruf nachgehen zu können
- Unterlagen über die von der versicherten Person durch Ausbildung und Erfahrung erworbenen beruflichen Fähigkeiten und Kenntnisse, über ihren Beruf, ihre Stellung und Tätigkeit zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen
- Sofern die versicherte Person selbstständig ist: Nachweise über die Betriebsstruktur vor Eintritt der Berufsunfähigkeit und zum Zeitpunkt des Eintritts sowie über die nach Eintritt der Berufsunfähigkeit eingetretenen Veränderungen der betrieblichen und wirtschaftlichen Verhältnisse und der Mitarbeitersituation des Betriebs

Bei einer **Berufsunfähigkeit infolge von voller Erwerbsminderung** (§ 2 Absatz 14) muss der Anspruchsteller uns folgende Unterlagen einreichen:

- Den Bewilligungsbescheid für die unbefristete Rente wegen voller Erwerbsminderung

Bei einer **Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit** (§ 2 Absätze 15 bis 19) muss der Anspruchsteller uns folgende Unterlagen einreichen:

- Eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit
- Ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person behandeln beziehungsweise behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art und Verlauf der Gesundheitsstörungen, deren Auswirkungen auf die körperlichen, geistigen oder seelischen Funktionen, die bisherige beziehungsweise voraussichtliche Dauer der Gesundheitsstörungen sowie über den Umfang der Pflegebedürftigkeit
- Eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die die versicherte Person pflegt, über Beginn, Art, Umfang und Dauer der bisherigen beziehungsweise zu erwartenden künftigen Pflege

Bei einer **Berufsunfähigkeit infolge von Demenz** (§ 2 Absatz 20) muss der Anspruchsteller uns folgende Unterlagen einreichen:

- Unterlagen und Testungen der behandelnden Fachärzte und Psychologen, die eine Demenz mit mittelschweren Leistungseinbußen nach § 2 Absatz 20 belegen

Bei einer **Berufsunfähigkeit infolge eines Tätigkeitsverbots wegen Infektionsgefahr** (§ 2 Absätze 21 bis 23) muss der Anspruchsteller uns folgende Unterlagen einreichen:

- Die Verfügung über das Tätigkeitsverbot oder der Hygieneplan im Original oder amtlich beglaubigt

(2) Darüber hinaus können wir zur Beurteilung unserer Leistungspflicht auf unsere Kosten weitere Auskünfte, Aufklärungen und Nachweise verlangen. Dies gilt für

- die beruflichen und wirtschaftlichen Verhältnisse der versicherten Person sowie über die eingetretenen Veränderungen,
- Beginn, Ursache, Art, Umfang und Verlauf der Gesundheitsstörungen, die zur Berufsunfähigkeit beziehungsweise zur Pflegebedürftigkeit führen sowie
- zur Überprüfung des wirksamen Zustandekommens des Vertrags: die hierfür erforderlichen Auskünfte zu gesundheitlichen, beruflichen und wirtschaftlichen Verhältnissen der versicherten Person vor Abgabe der Erklärung über ihre Gesundheitsverhältnisse oder vor Abgabe möglicher Nacherklärungen zum Erhalt des Versicherungsschutzes.

Dazu müssen Sie uns auf unser Verlangen Auskünfte und Unterlagen von

- Ärzten und Behandlern (beispielsweise Heilpraktiker, Psychotherapeuten, Psychologen, Physiotherapeuten, Masseure oder Krankengymnasten),
- Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen,
- anderen Personenversicherern und gesetzlichen Krankenkassen sowie
- Berufsgenossenschaften und Behörden

zur Verfügung stellen.

(3) Zusätzlich können wir zur Beurteilung unserer Leistungspflicht weitere

- ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte und
- Testungen auf dem Gebiet der Psyche durch von uns beauftragte Psychologen

verlangen. Die Kosten dafür übernehmen wir.

Dafür können wir von der versicherten Person verlangen, dass sie sich in Deutschland oder bei einem Arzt einer deutschen Botschaft untersuchen lässt. Wenn die versicherte Person für die geforderte Untersuchung aus dem Ausland nach Deutschland reisen muss, übernehmen wir neben den Untersuchungskosten auch die üblichen Kosten für Reise und Unterbringung. Unter üblichen Kosten verstehen wir Anreisekosten mit dem Zug 2. Klasse und - wenn erforderlich - Flug in der economy class sowie Unterbringung in einem 4-Sterne-Hotel. Wenn die vor Ort angewendeten Untersuchungsverfahren und -methoden den Grundlagen und Leitlinien zur Beurteilung der sozialmedizinischen Leistungsfähigkeit der deutschen Rentenversicherung entsprechen, gilt: Wir können auf Untersuchungen in Deutschland verzichten.

(4) Die Befolgung von ärztlichen Anordnungen ist nicht Voraussetzung für die Anerkennung der Leistungen wegen Berufsunfähigkeit. Ausgenommen davon sind:

- Der ärztlich empfohlene Einsatz von Hilfsmitteln des täglichen Lebens, wie beispielsweise die Verwendung von Prothesen, Seh- und Hörhilfen
- Ärztlich empfohlene Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und sichere Aussicht auf Besserung des Gesundheitszustands bieten

Lässt die versicherte Person darüber hinausgehende Behandlungen nicht durchführen oder führt ärztlich angeordnete Maßnahmen zur Heilung oder Minderung der Berufsunfähigkeit nicht durch, steht dies einer Anerkennung der Leistungen aus dieser Versicherung nicht entgegen. Dies betrifft beispielsweise Operationen, Diäten und Suchtentzug.

(5) Bei Überweisung von Leistungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums trägt der Empfangsberechtigte die damit verbundene Gefahr.

(6) Sie sind nicht verpflichtet, den Eintritt der Berufsunfähigkeit unverzüglich anzuzeigen.

Sie sind auch nicht verpflichtet, uns von sich aus eine Besserung des Gesundheitszustands oder eine Minderung der Berufsunfähigkeit der versicherten Person mitzuteilen.

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

(1) Nachdem wir alle uns vorliegenden Unterlagen geprüft haben, erklären wir in Textform innerhalb von zehn Arbeitstagen, ob wir eine Leistungspflicht anerkennen. Während der Prüfung werden wir Sie mindestens alle vier Wochen über den Sachstand informieren.

(2) Wir verzichten auf das Recht nach § 173 Absatz 2 VVG, ein einmalig befristetes Anerkenntnis auszusprechen.

Erste-Hilfe-Leistung bei Krebs, Erblindung, Taubheit oder Abhängigkeit vom Rollstuhl

(3) Liegt bei der versicherten Person

- eine Krebserkrankung nach Absatz 4,
- eine vollständige Erblindung nach Absatz 5 oder
- vollständige Taubheit nach Absatz 6 oder
- eine Abhängigkeit vom Rollstuhl nach Absatz 7

vor, gilt: Auf Ihren Antrag hin werden wir ein einmalig auf 15 Monate befristetes Anerkenntnis aussprechen. Den Antrag müssen Sie in Textform (beispielsweise Brief oder E-Mail) stellen.

Voraussetzung für die befristete Anerkennung: Der Vertrag hat zum Zeitpunkt der ersten Diagnose beziehungsweise des ersten Befunds mindestens seit sechs Monaten beitragspflichtig bestanden.

Wird der Antrag später als sechs Monate nach

- der Erstdiagnose der Krebserkrankung beziehungsweise
- dem Erstuntersuchungsbefund der vollständigen Erblindung beziehungsweise
- dem Erstuntersuchungsbefund der vollständigen Taubheit beziehungsweise
- der erstmaligen Klassifikation der kompletten Querschnittslähmung gemäß Grad A nach American Spinal Injury Association-Classification, ASIA-Impairment Scale (Stand 2019)

gestellt, besteht kein Anspruch auf ein befristetes Anerkenntnis. Diese Einschränkung gilt nicht, wenn die verspätete Meldung nicht verschuldet worden ist.

Bis zum Ablauf der Frist sind wir an dieses Anerkenntnis gebunden. Dies bedeutet: Unsere Leistungen enden nicht, wenn sich die Gesundheit der versicherten Person vor Ablauf der 15 Monate verbessern sollte.

Im Anschluss an unsere Erklärung zum befristeten Anerkenntnis führen wir die Leistungsprüfung fort. Spätestens zum Ende des befristeten Anerkenntnisses geben wir nach Absatz 1 endgültig eine Erklärung ab, ob wir die Leistungspflicht unbefristet anerkennen.

Unabhängig davon erkennen wir unsere Leistungspflicht unbefristet an, wenn dies nach Aktenlage sachlich geboten ist.

(4) Eine Krebserkrankung liegt vor, wenn bei der versicherten Person

- ein Tumor mit Metastasen in Lymphknoten oder Fernmetastasen vorliegt und zu dessen Behandlung eine systematische Chemotherapie, eine von außen auf den Körper wirkende Strahlentherapie oder Immuntherapie indiziert ist oder
- eine bösartige Erkrankung des Bluts, der blutbildenden Organe oder des Lymphsystems vorliegt und zu deren Behandlung eine regelmäßige und dauerhafte Bluttransfusion, eine systemische Chemotherapie, eine Knochenmarktransplantation oder eine vergleichbare interventionelle Therapie indiziert ist oder
- wegen der Schwere der Erkrankung eine palliative Therapie begonnen wurde.

Den Nachweis müssen Sie durch Vorlage eines onkologischen Facharztberichts führen. Dieser Bericht muss Folgendes enthalten:

- Den Zeitpunkt der Erstdiagnose,
- Art und Ausbreitung der Krebserkrankung mit Angabe des Krankheitsstadiums sowie
- den Behandlungs- beziehungsweise Therapieplan.

(5) Vollständige Erblindung liegt vor, wenn das Sehvermögen auch nach Einsatz von Hilfsmitteln so stark eingeschränkt ist, dass auf jedem Auge

- nur noch ein Restsehvermögen von höchstens 5 % oder
- eine Einschränkung des Gesichtsfelds auf höchstens 15 Grad Abstand vom Zentrum besteht.

Geeignete Hilfsmittel sind beispielsweise eine Brille oder Kontaktlinsen.

Den Nachweis müssen Sie über einen augenärztlich bescheinigten Sehtest beziehungsweise das Ergebnis einer Gesichtsfelduntersuchung erbringen.

(6) Vollständige Taubheit liegt vor, wenn

- auch unter Nutzung von Hilfsmitteln eine Schallempfindungsschwerhörigkeit auf beiden Ohren besteht und
- Sie uns mittels Tonaudiogramm (Knochenleitung) eines Hals-Nasen-Ohrenarztes einen Hörverlust von jeweils mindestens 60 Dezibel nachweisen.

Ein geeignetes Hilfsmittel ist beispielsweise ein Hörgerät.

(7) Eine Abhängigkeit vom Rollstuhl liegt vor, wenn bei der versicherten Person eine komplette Querschnittslähmung vorliegt.

Den Nachweis müssen Sie durch Vorlage eines neurologischen Facharztberichtes führen. Dieser Bericht muss

- eine Anamnese,
- den Zeitpunkt der Erstdiagnose,
- klinische Befunde wie Röntgenbilder, MRT oder CT-Scans,
- Ergebnisse neurophysiologischer Untersuchungen und
- die exakte Bestimmung der Lähmungshöhe

mit Beurteilung der motorischen und sensorischen Funktionen des Krankheitsstadiums gemäß der American Spinal Injury Association-Classification, ASIA-Impairment Scale (Stand 2019) enthalten.

§ 8 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt zu prüfen, ob

- die versicherte Person weiterhin berufsunfähig im Sinne des § 2 ist und
- die versicherte Person noch lebt.

(2) Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte im Sinne des § 6 und einmal jährlich

- umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte und
- Testungen auf dem Gebiet der Psyche durch von uns zu beauftragende Psychologen

verlangen. Die Kosten dafür übernehmen wir. Die Regelungen des § 6 Absätze 2 und 3 gelten entsprechend.

Wir können auch einen Nachweis verlangen, dass die versicherte Person noch lebt.

(3) Liegt eine Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 nicht mehr vor, stellen wir unsere Leistungen ein. Dies teilen wir dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Die Einstellung wird nicht vor Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung wirksam. Ab dem Zeitpunkt der Wirksamkeit müssen Sie die Beiträge - in gleicher Höhe wie vor Eintritt der Berufsunfähigkeit - wieder zahlen.

(4) Bei Berufsunfähigkeit infolge von voller Erwerbsminderung, Pflegebedürftigkeit und Demenz beschränken wir unsere Nachprüfungen auf einen Nachweis, dass die versicherte Person noch lebt.

(5) Wenn eine Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 bei Erhebung des Anspruchs oder bei unserer Erklärung nach § 7 bereits nicht mehr besteht, gilt die in Absatz 3 genannte Frist für die Einstellung der Leistungen nicht. In diesem Fall bestehen Ansprüche längstens für den Zeitraum vom Eintritt bis zum Wegfall der Berufsunfähigkeit.

§ 9 Wann zahlen wir eine Umorganisationshilfe oder beteiligen uns an den Kosten einer Rehabilitationsmaßnahme?

(1) Endet unsere Leistungspflicht im Rahmen der Nachprüfung, weil die versicherte Person ihren Betrieb erstmals zumutbar umorganisiert hat oder umorganisieren könnte, gilt: Wir zahlen zum Ende der Leistungspflicht als besondere Umorganisationshilfe einen einmaligen Betrag von sechs Monatsrenten - insgesamt höchstens 12.000 EUR. Eine Monatsrente entspricht dabei der zuletzt vor Einstellung der Leistung gezahlten

Monatsrente.

(2) Wir zahlen diese Hilfe nur, wenn gilt: Bei Entstehen des Anspruchs auf diese Hilfe beträgt die verbleibende Leistungsdauer für die Berufsunfähigkeits-Rente noch mindestens zwölf Monate.

(3) Wenn bei der versicherten Person innerhalb von sechs Monaten erneut Berufsunfähigkeit aufgrund derselben medizinischen Ursache eintritt, gilt: Wir verrechnen im Fall der Anerkennung unserer Leistungspflicht diese Hilfe mit den Berufsunfähigkeits-Renten.

(4) Die Umorganisationshilfe kann während der Dauer dieser Versicherung mehrmals gezahlt werden.

(5) Wenn unsere Leistungspflicht durch eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme endet, beteiligen wir uns an den Kosten der Rehabilitationsmaßnahme

- bis zu einer Höhe von drei Monatsrenten,
- höchstens jedoch 3.000 EUR,
- soweit die Kosten nicht von Dritten übernommen werden.

Sie müssen uns nachweisen, dass die Kosten nicht von einem Dritten übernommen wurden.

Diese Leistung kann während der Dauer der Versicherung nur einmal in Anspruch genommen werden.

§ 10 Was gilt, wenn die Pflichten verletzt werden?

(1) Solange Sie, die versicherte Person oder der Anspruchsteller eine Pflicht nach § 6 oder § 8 vorsätzlich oder arglistig verletzen, müssen wir keine Leistung erbringen.

Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Pflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass die Pflicht nicht grob fahrlässig verletzt wurde.

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

(2) Der Anspruch auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit bleibt abweichend von Absatz 1 bestehen, soweit die Verletzung die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht nicht beeinflusst. Dies gilt nicht, wenn die Pflicht arglistig verletzt wurde.

(3) Wenn die Pflicht später erfüllt wird, gilt: Wir müssen ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen leisten. Dies gilt jedoch frühestens nach Ablauf einer vereinbarten Karenzzeit.

III. Beitrag und Kosten

§ 11 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

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

Die Beitragszahlweise wirkt sich auch auf die Summe der Beiträge aus, die Sie insgesamt für Ihren Versicherungsschutz zahlen. Das heißt zum Beispiel: Bei jährlichen Beiträgen ist die Beitragssumme insgesamt geringer als bei monatlichen Beiträgen.

(2) Die Beiträge müssen Sie zu Beginn einer jeden Versicherungsperiode zahlen. Die Versicherungsperiode entspricht der vereinbarten Beitragszahlweise. In der beitragsfreien Zeit ist die Versicherungsperiode ein Jahr.

(3) Sie müssen dem Lastschrifteinzug der Beiträge zustimmen oder die Beiträge auf ein von uns benanntes Konto überweisen oder einzahlen. Versicherungsvermittler sind nicht berechtigt, Zahlungen entgegenzunehmen.

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

(5) Bei Fälligkeit einer Leistung werden wir eventuelle Beitragsrückstände verrechnen.

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

Rechtzeitige Zahlung

(1) Sie haben den Beitrag rechtzeitig gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Den Fälligkeitstag finden Sie im Abschnitt "Vertragsübersicht" der Individuellen Kundeninformation.

Wenn Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt haben, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn

- wir den Beitrag am Fälligkeitstag einziehen konnten und
- Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen haben.

Konnten wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn Sie den Beitrag unverzüglich nach unserer Aufforderung zahlen. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

Erstbeitrag

(2) Wenn Sie den ersten Beitrag (Erstbeitrag) nicht rechtzeitig zahlen, können wir - solange die Zahlung nicht bewirkt ist - vom Vertrag zurücktreten. In diesem Fall können wir von Ihnen die Kosten für ärztliche Untersuchungen im Rahmen einer Gesundheitsprüfung verlangen. Wir sind nicht zum Rücktritt berechtigt, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.

(3) Haben Sie den Erstbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, müssen wir nicht leisten. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Wir leisten jedoch, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die ausgebliebene Zahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag

(4) Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform mit einer Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist und haben Sie dies zu vertreten, entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Auf diese und alle weiteren Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

§ 13 Welche Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?

(1) Wir bieten Ihnen bei Zahlungsschwierigkeiten verschiedene Lösungsmöglichkeiten an (Absätze 2 bis 4). Gerne beraten wir Sie, welche in Ihrem konkreten Fall die beste Möglichkeit ist. Bitte nehmen Sie dazu rechtzeitig telefonisch oder in Textform (beispielsweise Brief oder E-Mail) Kontakt zu uns oder Ihrem Berater auf.

Stundung

(2) Sie können zu jedem Beitragszahlungstermin in Textform (beispielsweise Brief oder E-Mail) beantragen, dass wir die Beiträge für höchstens 24 Monate zinslos stunden.

Voraussetzungen für die Stundung:

- Nach Ablauf der Stundung beträgt die Beitragszahlungsdauer noch mindestens ein Jahr.
- Der Vertrag weist zum Ablauf der Stundung mindestens ein Deckungskapital in Höhe der zu stundenden Beiträge auf.

(3) Zum Ablauf der Stundung müssen Sie die gestundeten Beiträge in einer Summe nachzahlen. Sie können mit uns vereinbaren, dass Sie den Betrag innerhalb von höchstens zwölf Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten nachzahlen. Dafür erheben wir keine Zinsen. Wenn Sie die gestundeten Beiträge nicht nachzahlen, verrechnen wir sie mit dem Deckungskapital. Dadurch verringern sich die versicherten Leistungen.

Sie können jedoch auch veranlassen, dass wir die Beiträge so erhöhen, dass die Leistungen gleichbleiben. Die Erhöhung müssen Sie spätestens fünf Werktage vor Ablauf der Stundung in Textform (beispielsweise Brief oder E-Mail) beantragen. Eine erneute Gesundheitsprüfung ist dafür nicht notwendig. Wenn die Berufsunfähigkeits-Rente nach einer Verrechnung nicht den Mindestbetrag erreicht, erlischt der Vertrag, ohne dass ein Rückkaufswert fällig wird. Den Mindestbetrag finden Sie im Abschnitt "Verlaufswerte" der Individuellen Kundeninformation.

Beitragsfreistellung

(4) Sie können Ihren Vertrag vollständig oder teilweise beitragsfrei stellen und dadurch die Beitragszahlung vorzeitig beenden oder die Höhe der Beiträge vermindern. Nach einer Beitragsfreistellung können Sie Ihren Versicherungsschutz später wiederherstellen und die Beiträge auch nachzahlen. Die Regelungen zu diesen Möglichkeiten finden Sie in § 23 bis § 25.

§ 14 Welche Kosten sind in Ihren Vertrag eingerechnet?

(1) Durch den Abschluss und die laufende Verwaltung Ihres Vertrags entstehen Kosten (**Abschluss- und Vertriebskosten** sowie **Verwaltungskosten**). Diese sind von Ihnen zu tragen und bereits in Ihren Vertrag eingerechnet. Wir stellen sie Ihnen daher nicht gesondert in Rechnung. Angaben zur Höhe dieser Kosten finden Sie im Abschnitt

"Kosten" der Individuellen Kundeninformation.

(2) Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehört insbesondere die Abschlussvergütung für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen sie die Aufwendungen für die Aufnahme Ihres Vertrags in den Versicherungsbestand und für ärztliche Untersuchungen im Zusammenhang mit dem Abschluss.

Wir verteilen einen Teil der Abschluss- und Vertriebskosten (einmalige Abschluss- und Vertriebskosten) gleichmäßig über einen Zeitraum von fünf Jahren, jedoch nicht länger als bis zum Ende der vereinbarten Beitragszahlungsdauer. Der auf diese Weise entnommene Betrag ist beschränkt auf 2,5 % der von Ihnen während der Dauer des Vertrags zu zahlenden Beiträge. Den darüber hinausgehenden Teil der Abschluss- und Vertriebskosten (laufende Abschluss- und Vertriebskosten) verteilen wir gleichmäßig auf die von Ihnen vereinbarungsgemäß zu zahlenden Beiträge.

(3) Die Verwaltungskosten beinhalten Aufwendungen für die laufende Bearbeitung Ihres Vertrags. Hierzu gehört die technische Bestandsführung. Einen Teil der Verwaltungskosten entnehmen wir jedem Beitrag. Die restlichen Verwaltungskosten entnehmen wir über die gesamte Versicherungsdauer verteilt dem Deckungskapital.

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

(5) Die beschriebene Kostenverrechnung führt dazu, dass in der Anfangszeit Ihres Vertrags nur geringe Beträge zur Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeits-Rente vorhanden sind.

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

(1) Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir Ihnen die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag gesondert in Rechnung stellen, beispielsweise bei:

- Erstellung von Abschriften
- Erstellung von Bescheinigungen
- Durchführung von Vertragsänderungen
- Durchführung von Zahlungshilfen
- Buchungen außerhalb des SEPA-Zahlungsraums
- Rückläufer im Lastschriftverfahren

Zu den Anlässen kann auch die Ausübung eines Rechts zählen, das wir Ihnen in den Bedingungen einräumen. Dies gilt nicht, wenn wir ausdrücklich darauf verzichtet haben, Ihnen bei Ausübung dieses Rechts Kosten in Rechnung zu stellen.

(2) Die genauen Anlässe und die Höhe der jeweils veranlassten Kosten finden Sie in unserer beiliegenden Kostenübersicht für zusätzlichen Verwaltungsaufwand. Die Höhe der Kosten kann von uns nach billigem Ermessen (§ 315 BGB) für die Zukunft angepasst werden. Die jeweils aktuelle Kostenübersicht können Sie jederzeit bei uns anfordern oder auf unserer Homepage einsehen unter:

www.hdi.de/lv-kosten

Wir behalten uns vor, für besondere Anlässe, die nicht in der Kostenübersicht stehen, Kostenpauschalen zu nehmen. Diese Anlässe müssen zusätzlichen Aufwand in der Verwaltung verursachen. Wir stellen Ihnen dann die durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag gesondert in Rechnung. Die Kosten erheben wir nur, wenn wir sie weder nach dem Gesetz noch, weil wir es mit Ihnen vereinbart haben, tragen müssen.

Wir haben uns bei der Bemessung der Pauschalen an den dabei regelmäßig entstehenden Kosten orientiert und sehen die Kosten als angemessen an. Die Angemessenheit müssen wir darlegen und beweisen. Wenn Sie uns dann nachweisen, dass die Kosten in Ihrem Fall überhaupt nicht angemessen sind, entfallen die Kosten. Wenn Sie uns nachweisen, dass die Kosten in Ihrem Fall nur in geringerer Höhe angemessen sind, setzen wir die Kosten entsprechend herab.

(3) Wenn wir aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen von dritter Seite mit Kosten belastet werden, werden wir Ihnen diese in angefallener Höhe in Rechnung stellen. Dies betrifft beispielsweise:

- Ermittlung einer geänderten Anschrift, falls uns die Änderung nicht mitgeteilt wurde

IV. Überschussbeteiligung

§ 16 Wie ermitteln wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens und was passiert mit ihm?

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

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

(3) Ansprüche auf eine bestimmte Höhe Ihrer Beteiligung am Überschuss ergeben sich aus der Zuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht.

(4) Wir haben gleichartige Versicherungen (beispielsweise Rentenversicherungen, Risiko-Lebensversicherungen, Berufsunfähigkeits-Versicherungen) zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Dies tun wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen.

§ 17 Wie beteiligen wir Sie am Überschuss?

(1) Wir beteiligen Sie am Überschuss und an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Leistung aus der Überschussbeteiligung kann auch Null Euro betragen.

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

Ihre Versicherung gehört dem in Ihrem Versicherungsschein genannten Gewinnverband an.

Wir verteilen den Überschuss in dem Maß, wie die Bestandsgruppen und Gewinnverbände zu seiner Entstehung beigetragen haben. Hat eine Bestandsgruppe oder ein Gewinnverband nicht dazu beigetragen, besteht insoweit kein Anspruch auf Überschussbeteiligung.

(3) Der Vorstand legt jedes Jahr auf Basis eines Vorschlags des Verantwortlichen Aktuars fest, wie der Überschuss auf die Gewinnverbände verteilt wird und setzt die entsprechenden Überschussanteilsätze fest (Überschussdeklaration). Dabei achtet er darauf, dass die Verteilung verursachungsorientiert erfolgt.

Ihre Versicherung erhält auf Grundlage der Überschussdeklaration Anteile an dem auf Ihren Gewinnverband entfallenden Teil des Überschusses. Die Mittel hierfür finanzieren wir bei der Direktgutschrift zulasten des Ergebnisses des Geschäftsjahrs. Ansonsten entnehmen wir sie der Rückstellung für Beitragsrückerstattung.

§ 18 Wie verwenden wir den Überschuss?

(1) Im Abschnitt "Vertragsübersicht" der Individuellen Kundeninformation steht, ob wir mit Ihnen vereinbart haben, den Überschuss während der Beitragszahlungsdauer als

- Bonus-Rente oder
- Beitragsverrechnung

zu verwenden.

Bonus-Rente

(2) Eine Bonus-Rente zahlen wir im Versicherungsfall zusätzlich zur garantierten Berufsunfähigkeits-Rente. Die Bonus-Rente setzen wir im Rahmen der Überschussdeklaration jeweils für ein Versicherungsjahr, erstmals zu Beginn des ersten Versicherungsjahrs, in Prozent der garantierten Berufsunfähigkeits-Rente einschließlich des zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls erreichten Rentenzuwachses fest. Die Bonus-Rente wird zusammen mit der garantierten Berufsunfähigkeits-Rente fällig.

In beitragsfreier Zeit verwenden wir einen Teil des Überschusses zur Bildung oder Erhöhung eines Rentenzuwachses (Absatz 5).

(3) Bei einer Senkung der Überschussbeteiligung werden wir Sie informieren. Während Sie Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beziehen, betrifft Sie eine Änderung jedoch nicht. Die Bonus-Rente bleibt in diesem Fall unverändert.

Wenn Sie von einer Senkung des Anteilsatzes für die Bonus-Rente betroffen sind, bieten wir Ihnen - sofern noch keine Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 eingetreten ist - an, Ihren Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen. Sie müssen die Erhöhung innerhalb von 3 Monaten nach Zugang unserer Mitteilung beantragen. Dabei muss die Summe aus garantierter Berufsunfähigkeits-Rente und Bonus-Rente unverändert bleiben. Diese Erhöhung ist beitragspflichtig.

Beitragsverrechnung

(4) Bei der Beitragsverrechnung rechnen wir den zur Verfügung stehenden Überschuss vor Leistungsbeginn auf die zu zahlenden Beiträge an. Die Beitragsverrechnung setzen wir im Rahmen der Überschussdeklaration jeweils für ein Versicherungsjahr, erstmals zu Beginn des ersten Versicherungsjahrs, in Prozent des Beitrags für die Berufsunfähigkeits-Versicherung fest.

In beitragsfreier Zeit verwenden wir den Überschuss zur Bildung oder Erhöhung eines Rentenzuwachses (Absatz 5).

Rentenzuwachs

(5) Einen Rentenzuwachs zahlen wir im Versicherungsfall zusätzlich zur garantierten Berufsunfähigkeits-Rente und zur Bonus-Rente. Der Rentenzuwachs wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnet. Er kann in der Zukunft noch steigen, aber nicht mehr sinken. In folgenden Fällen bilden oder erhöhen wir einen Rentenzuwachs:

- Haben Sie Ihren Vertrag beitragsfrei gestellt, gilt: Wir bilden oder erhöhen einen Rentenzuwachs erstmals zu Beginn des Versicherungsjahrs, das auf den Termin der Beitragsfreistellung folgt.
- Während Sie Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beziehen, gilt: Wir bilden oder erhöhen einen Rentenzuwachs erstmals zu Beginn des Versicherungsjahrs, das auf den Beginn der Berufsunfähigkeits-Rente folgt. Den Rentenzuwachs beziehungsweise seine Erhöhung setzen wir im Rahmen der Überschussdeklaration in Prozent der Vorjahresrente fest. Die Vorjahresrente setzt sich aus der garantierten Berufsunfähigkeits-Rente, einem Rentenzuwachs und einer Bonus-Rente zusammen. Wenn Sie mit uns eine garantierte Rentensteigerung vereinbart haben, gilt: Zusätzlich zur Vorjahresrente berücksichtigen wir auch die garantierte Rentensteigerung des Berechnungsjahrs.
- Zusätzlich können Überschüsse auf den Rentenzuwachs entstehen, die wir zu seiner Erhöhung verwenden.

(6) Bei der Berechnung des Rentenzuwachses berücksichtigen wir jährliche Verwaltungskosten. Angaben zur Höhe dieser Kosten finden Sie im Abschnitt "Kosten" der Individuellen Kundeninformation.

§ 19 Wie entstehen Bewertungsreserven und wie ordnen wir diese Ihrer Versicherung zu?

(1) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über ihrem jeweiligen handelsrechtlichen Buchwert liegt.

Die Bewertungsreserven, die nach den maßgebenden rechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Versicherungen zu berücksichtigen sind, ermitteln wir regelmäßig. Diese ordnen wir den Versicherungen anteilig rechnerisch zu. Dabei verwenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren.

(2) Bis zum Rentenbeginn entstehen bei Berufsunfähigkeits-Versicherungen keine Bewertungsreserven.

(3) Ab Rentenbeginn beteiligen wir Sie während des Rentenbezugs an den Bewertungsreserven. Die Beteiligung berücksichtigen wir im Rahmen der Überschussdeklaration.

(4) Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

(5) Ausführlichere Informationen zur Beteiligung an den Bewertungsreserven veröffentlichen wir jährlich in unserem Geschäftsbericht. Diesen finden Sie unter:

www.hdi.de

§ 20 Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Faktoren ab, die wir nicht vorhersehen und nur begrenzt beeinflussen können. Solche Faktoren sind insbesondere die Entwicklung des Kapitalmarkts, des versicherten Risikos und der Kosten.

Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung können wir daher nicht garantieren. Sie kann auch Null Euro betragen.

§ 21 Wie informieren wir über die Überschussbeteiligung?

Die festgelegten Überschussanteilsätze veröffentlichen wir jährlich in unserem Geschäftsbericht. Diesen finden Sie unter:

www.hdi.de

V. Kündigung und Beitragsfreistellung

§ 22 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen und welche Folgen hat das?

(1) Sie können Ihren Vertrag jederzeit zum Ende des laufenden Monats in Textform (beispielsweise Brief oder E-Mail) kündigen. Wir stellen Ihren Vertrag dann beitragsfrei.

Ist die Voraussetzung für die Beitragsfreistellung nicht erfüllt oder ist der Vertrag bereits beitragsfrei, erlischt der Vertrag, ohne dass ein Rückkaufswert fällig wird. Bei einer Kündigung innerhalb der Versicherungsperiode (§ 11 Absatz 2) erstatten wir den Beitrag anteilig für die noch nicht verstrichene Zeit der Versicherungsperiode.

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

§ 23 Wann können Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen und welche Folgen hat das?

Frist und notwendige Form bei Beitragsfreistellung

(1) Sie können jederzeit zum Ende des laufenden Monats in Textform (beispielsweise Brief oder E-Mail) die vollständige oder teilweise Beitragsfreistellung Ihres Vertrags beantragen. Bei einer Beitragsfreistellung innerhalb der Versicherungsperiode (§ 11 Absatz 2) erstatten wir den Beitrag anteilig für die noch nicht verstrichene Zeit der Versicherungsperiode.

Voraussetzung für die Beitragsfreistellung: Nach der Beitragsfreistellung muss die Berufsunfähigkeits-Rente den Mindestbetrag erreichen. Diesen finden Sie im Abschnitt "Verlaufswerte" der Individuellen Kundeninformation.

Beitragsfreie Berufsunfähigkeits-Rente

(2) Die beitragsfreie Berufsunfähigkeits-Rente berechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation unter Zugrundelegung des Deckungskapitals der Versicherung.

Mindestens legen wir dabei jedoch den Betrag zugrunde, der sich bei Anwendung des in § 14 Absatz 4 beschriebenen Verfahrens zur Verteilung der Abschluss- und Vertriebskosten ergibt. Bei der Berechnung der beitragsfreien Berufsunfähigkeits-Rente berücksichtigen wir den Stornoabzug und eventuelle Beitragsrückstände. Ein zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung vorhandener Rentenzuwachs bleibt erhalten.

Stornoabzug bei Berechnung der beitragsfreien Berufsunfähigkeits-Rente

(3) Bei Beitragsfreistellung vermindern wir das ermittelte Deckungskapital um den Stornoabzug. Den Stornoabzug vereinbaren wir mit Ihnen mit der nachfolgend aufgeführten Begründung in der im Abschnitt "Verlaufswerte" der Individuellen Kundeninformation bezifferten Höhe.

Wir halten den Stornoabzug für angemessen, da eine Beitragsfreistellung für uns und den verbleibenden Versichertenbestand mit Nachteilen verbunden ist. Diese Nachteile sollen verursachungsgerecht und nicht nur vom verbleibenden Versichertenbestand getragen werden. Solche Nachteile ergeben sich aus den folgenden Gründen:

- Bei einer vorzeitigen Beitragsfreistellung entstehen erhöhte Verwaltungskosten, welche wir in der Beitragskalkulation nicht berücksichtigt haben. Diese werden mit dem Stornoabzug ausgeglichen.
- Die Beitragsfreistellung verändert die Risikolage des verbleibenden Versichertenbestands. Der Stornoabzug soll sicherstellen, dass der Risikogemeinschaft durch die vorzeitige Beitragsfreistellung kein Nachteil entsteht.
- Wenn Sie die Beitragsverrechnung als Überschussverwendung (§ 18) vereinbart haben, gilt: Wir beteiligen Sie im Voraus an Überschüssen, die zum Zeitpunkt Ihrer Beitragsfreistellung noch nicht vollständig entstanden sind. Diese gegebenenfalls noch nicht entstandenen Überschüsse gleichen wir mit dem Stornoabzug aus.
- Eine vorzeitige Beitragsfreistellung des Vertrags kann je nach Situation am Kapitalmarkt dazu führen, dass sich Kapitalerträge des verbleibenden Versichertenbestands verringern. Das gleichen wir mit dem Stornoabzug aus.

- Wir bieten Ihnen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes Garantien und Optionen. Dies ist möglich, weil ein Teil des dafür erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) durch den vorhandenen Versichertenbestand zur Verfügung gestellt wird. Bei Neuabschluss Ihres Vertrags partizipieren Sie an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Während der Laufzeit stellt auch Ihr Vertrag Solvenzmittel zur Verfügung. Bei Beitragsfreistellung Ihres Vertrags gehen diese dem verbleibenden Bestand teilweise vorzeitig verloren. Sie werden deshalb im Rahmen des Stornoabzugs ausgeglichen.

Die Beweislast für die Angemessenheit des Stornoabzugs tragen wir. Haben wir im Streitfall diesen Nachweis erbracht und können Sie uns sodann nachweisen, dass die von uns zugrunde gelegten pauschalen Annahmen in Ihrem Einzelfall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder nur teilweise zutreffen beziehungsweise der Stornoabzug in Ihrem Fall der Höhe nach niedriger zu beziffern ist, erheben wir keinen oder nur einen entsprechend reduzierten Stornoabzug.

Folgen der Beitragsfreistellung für die Berufsunfähigkeits-Rente

(4) In der Anfangszeit Ihres Vertrags ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (§ 14) nur ein geringer Betrag zur Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeits-Rente vorhanden. Auch in den Folgejahren sind - wegen der benötigten Risikobeiträge - gemessen an den gezahlten Beiträgen nur geringe oder keine Beträge zur Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeits-Rente vorhanden. Die Höhe der garantierten beitragsfreien Berufsunfähigkeits-Rente finden Sie in der Tabelle im Abschnitt "Verlaufswerte" der Individuellen Kundeninformation.

§ 24 Wann können Sie Ihren Versicherungsschutz nach einer Beitragsfreistellung wiederherstellen (Wiederinkraftsetzung) und welche Folgen hat das?

(1) Welche Möglichkeiten der Wiederinkraftsetzung Sie nach einer Beitragsfreistellung haben, hängt davon ab, wieviel Zeit zwischen der Beitragsfreistellung und der Wiederinkraftsetzung liegt:

- Bei einer Wiederinkraftsetzung innerhalb von sechs Monaten nach einer Beitragsfreistellung verzichten wir auf eine Risikoprüfung. Sie können wählen, ob Sie die Beiträge für den beitragsfrei gestellten Zeitraum nachzahlen oder nicht.
- Bei einer Wiederinkraftsetzung zwischen sechs und zwölf Monaten nach einer Beitragsfreistellung verzichten wir auf eine Risikoprüfung. Sie können die Beiträge für den beitragsfrei gestellten Zeitraum nicht nachzahlen.
- Bei einer Wiederinkraftsetzung zwischen zwölf Monaten und drei Jahren nach einer Beitragsfreistellung machen wir die Wiederinkraftsetzung von einer Risikoprüfung abhängig. Sie können die Beiträge für den beitragsfrei gestellten Zeitraum nicht nachzahlen.
- Eine Wiederinkraftsetzung mehr als drei Jahre nach einer Beitragsfreistellung können Sie nicht verlangen.

Wiederinkraftsetzung ohne Risikoprüfung und mit Nachzahlung

(2) Sie können innerhalb von sechs Monaten nach einer Beitragsfreistellung mit einer Frist von einem Monat zu jedem Monatsersten in Textform (beispielsweise Brief oder E-Mail) beantragen, dass der Versicherungsschutz unter Nachzahlung der Beiträge wiederhergestellt wird.

Voraussetzungen für die Wiederinkraftsetzung ohne Risikoprüfung und mit Nachzahlung:

- Zwischen der Beitragsfreistellung und der Wiederinkraftsetzung darf kein Versicherungsfall im Sinne des § 2 eingetreten sein.
- Ab der Wiederinkraftsetzung zahlen Sie Ihre Beiträge wieder in der ursprünglich vereinbarten Höhe.
- Sie zahlen die Beiträge für den Zeitraum von der Beitragsfreistellung bis zur Wiederinkraftsetzung nach.

(3) Wir setzen dann den Versicherungsschutz so wieder in Kraft, wie er vor der Beitragsfreistellung bestand.

Wiederinkraftsetzung ohne Risikoprüfung und ohne Nachzahlung

(4) Sie können innerhalb von zwölf Monaten nach einer Beitragsfreistellung mit einer Frist von einem Monat zu jedem Monatsersten in Textform (beispielsweise Brief oder E-Mail) beantragen, dass der Versicherungsschutz ohne Nachzahlung der Beiträge wiederhergestellt wird.

Voraussetzungen für die Wiederinkraftsetzung ohne Risikoprüfung und ohne Nachzahlung:

- Zwischen der Beitragsfreistellung und der Wiederinkraftsetzung darf kein Versicherungsfall im Sinne des § 2 eingetreten sein.
- Ab der Wiederinkraftsetzung zahlen Sie Ihre Beiträge wieder in der ursprünglich vereinbarten Höhe.

(5) Wir setzen dann den Versicherungsschutz wieder in Kraft. Durch die zeitweise Einstellung der Beitragszahlung sind die versicherten Leistungen nach der Wiederinkraftsetzung niedriger als vor der Beitragsfreistellung.

Wiederinkraftsetzung mit Risikoprüfung und ohne Nachzahlung

(6) Sie können zwölf Monate bis drei Jahre nach einer Beitragsfreistellung mit einer Frist von einem Monat zu jedem Monatsersten in Textform (beispielsweise Brief oder E-Mail) beantragen, dass der Versicherungsschutz ohne Nachzahlung der Beiträge wiederhergestellt wird.

Voraussetzungen für die Wiederinkraftsetzung mit Risikoprüfung und ohne Nachzahlung:

- Zwischen der Beitragsfreistellung und der Wiederinkraftsetzung darf kein Versicherungsfall im Sinne des § 2 eingetreten sein.
- Ab der Wiederinkraftsetzung zahlen Sie Ihre Beiträge wieder in der ursprünglich vereinbarten Höhe.
- Wir machen die Wiederinkraftsetzung von einer Risikoprüfung abhängig.

(7) Wir setzen dann, abhängig von der Risikoprüfung, den Versicherungsschutz wieder in Kraft. Durch die zeitweise Einstellung der Beitragszahlung sind die versicherten Leistungen nach der Wiederinkraftsetzung niedriger als vor der Beitragsfreistellung.

Wiederherstellen des ursprünglichen Versicherungschutzes bei Wiederinkraftsetzungen ohne Nachzahlung

(8) Wenn Sie eine Wiederinkraftsetzung ohne Nachzahlung der Beiträge beantragen, gilt: Wir bieten Ihnen an, Ihren Versicherungsschutz nach der Wiederinkraftsetzung zu erhöhen. Dabei darf die Höhe der versicherten Berufsunfähigkeits-Rente nach der Erhöhung höchstens so hoch sein wie vor der Beitragsfreistellung. Die Erhöhung ist beitragspflichtig. Sie müssen die Erhöhung zusammen mit der Wiederinkraftsetzung beantragen. Die Erhöhung löst keine Risikoprüfung aus.

Eintritt des Versicherungsfalls zwischen Beitragsfreistellung und Wiederinkraftsetzung

(9) Bitte beachten Sie: Die Höhe der Leistungen richtet sich nach den bei Eintritt der Berufsunfähigkeit vereinbarten Leistungen (§ 1 Absatz 3).

Stellt sich nach einer Wiederinkraftsetzung heraus, dass zwischen der Beitragsfreistellung und der Wiederinkraftsetzung bereits der Versicherungsfall im Sinne des § 2 eingetreten war, gilt: Die Wiederinkraftsetzung entfällt rückwirkend. Es gelten die vor der Wiederinkraftsetzung vereinbarten Leistungen Ihres Vertrags. Die seit der Wiederinkraftsetzung gezahlten Beiträge zahlen wir zurück.

§ 25 Welche günstigeren Regelungen gelten bei einer Beitragsfreistellung aufgrund von Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit, beruflicher Auszeit oder Elternzeit und bei einer Wiederinkraftsetzung nach einer solchen Beitragsfreistellung?

(1) Abweichend von § 23 Absatz 1 verzichten wir bei einer vollständigen Beitragsfreistellung während der beitragsfreien Zeit auf den Mindestbetrag innerhalb der ersten

- 24 Monate wegen eingetretener Arbeitslosigkeit,
- 24 Monate bei behördlich bewilligter Kurzarbeit,
- 24 Monate, wenn eine berufliche Auszeit nach Absatz 3 genommen wird, oder
- 36 Monate bei Elternzeit.

Ihre Berufsunfähigkeits-Versicherung endet dann nach Ablauf dieses Zeitraums, wenn Sie innerhalb dieses Zeitraums keine Wiederinkraftsetzung vornehmen.

Voraussetzung für die Abweichung von § 23 Absatz 1: Den Beginn der Arbeitslosigkeit, der Kurzarbeit, der beruflichen Auszeit oder der Elternzeit der versicherten Person müssen Sie uns bei Beitragsfreistellung nachweisen.

(2) Abweichend von § 24 Absatz 6 verzichten wir nach einer Beitragsfreistellung auf eine Risikoprüfung der versicherten Person bei einer Wiederinkraftsetzung innerhalb von

- 24 Monaten wegen eingetretener Arbeitslosigkeit,
- 24 Monaten bei behördlich bewilligter Kurzarbeit,
- 24 Monaten, wenn eine berufliche Auszeit nach Absatz 3 genommen wird, oder

- 36 Monaten bei Elternzeit.

Voraussetzungen für die Abweichung von § 24 Absatz 6:

- Sie haben uns bei Beitragsfreistellung den Beginn der Arbeitslosigkeit, der Kurzarbeit, der beruflichen Auszeit oder der Elternzeit nachgewiesen.
- Ihr Vertrag bestand bei Beginn der Arbeitslosigkeit, der Kurzarbeit, der beruflichen Auszeit oder der Elternzeit seit mindestens einem Jahr beitragspflichtig.
- Sie weisen uns nach, dass die versicherte Person in einem ungekündigten Arbeitsverhältnis steht oder als Selbstständiger tätig ist.

(3) Eine berufliche Auszeit im Sinne dieser Bedingungen muss mindestens sechs Monate dauern. Während der Auszeit muss der Arbeitsvertrag weiter bestehen. Beispiele sind ein Sabbatical oder Urlaub zur Pflege von Angehörigen.

(4) Die Regelungen zu Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit, beruflicher Auszeit oder Elternzeit können mehrfach in Anspruch genommen werden. Voraussetzung ist, dass die Beiträge wieder mindestens ein Jahr, nachdem der Vertrag wieder in Kraft gesetzt wurde, gezahlt wurden.

VI. Vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten

§ 26 Wann können Sie Ihre Beiträge herabsetzen und welche Folgen hat das?

Eine Herabsetzung der Beiträge entspricht einer teilweisen Beitragsfreistellung. Die Regelungen dazu finden Sie in § 23.

§ 27 Wann können Sie die Leistungs- und Versicherungsdauer verlängern und welche Folgen hat das?

(1) Nach einer Erhöhung der Regelaltersgrenze

- in der Deutschen Rentenversicherung - unabhängig davon, ob die versicherte Person in der Deutschen Rentenversicherung versichert ist - oder
- in einem berufsständigen Versorgungswerk, in dem die versicherte Person versichert ist,

können Sie innerhalb von zwölf Monaten nach Inkrafttreten in Textform (beispielsweise Brief oder E-Mail) beantragen, dass wir

- die Versicherungsdauer und die Leistungsdauer Ihres Vertrags oder
- bei unveränderter Versicherungsdauer die Leistungsdauer Ihres Vertrags

um volle Jahre verlängern. Die Verlängerung darf höchstens um die auf volle Jahre aufgerundete Zeitspanne erfolgen, um die sich die Regelaltersgrenze für die versicherte Person erhöht hat.

Für Ihren Antrag brauchen Sie ein von uns erstelltes Angebot. Wenn Sie diesem zustimmen, führen wir die Änderung durch. Ein solches Angebot können Sie jederzeit bei uns anfordern. Auf eine erneute Risikoprüfung verzichten wir.

Voraussetzungen für die Verlängerung:

- Es besteht noch eine Pflicht zur Beitragszahlung.
- Sie haben aktuell keine Stundung der Beiträge vereinbart.
- Sie sind nicht mit der Beitragszahlung in Rückstand.
- Die versicherte Person ist bei Beantragung der Verlängerung höchstens 55 Jahre alt.
- Vor der Verlängerung ist eine Versicherungsdauer mindestens bis zum Alter von 60 Jahren der versicherten Person vereinbart.
- Das Alter der versicherten Person bei Ablauf der Versicherungsdauer und der Leistungsdauer überschreitet nach der Verlängerung nicht das jeweils festgelegte Höchstalter für den versicherten Beruf.
- Es ist noch kein Versicherungsfall im Sinne des § 2 eingetreten.
- Sie haben noch keine Leistungen aus dem Vertrag bezogen oder beantragt.

(2) Die versicherte Berufsunfähigkeits-Rente bleibt bei der Verlängerung unverändert. Vereinbarte Leistungseinschränkungen und Leistungsausschlüsse gelten auch für die verlängerte Versicherungs- und Leistungsdauer.

Die Beitragszahlungsdauer verlängert sich zusammen mit der Versicherungsdauer. Den Beitrag berechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu. Dabei berücksichtigen wir vereinbarte Risikozuschläge.

(3) Die Verlängerung hat keinen Einfluss auf den Ablauf der unter "Gesonderte Mitteilung für die vorvertragliche Anzeigepflicht" genannten Fristen.

(4) Bitte beachten Sie: Unsere Leistungspflicht richtet sich nach den bei Eintritt der Berufsunfähigkeit vereinbarten Leistungen. Stellt sich nach der Verlängerung heraus, dass der Versicherungsfall im Sinne des § 2 bereits vor der Verlängerung eingetreten war, entfällt die Verlängerung rückwirkend.

§ 28 Was ist der UpgradeJoker, wann können Sie ihn ausüben und welche Folgen hat das?

(1) Nach Eintritt eines der in Absatz 2 beschriebenen Anlässe, bei dem die versicherte Person **jünger als 35 Jahre** alt ist, gilt: Sie können innerhalb von zwölf Monaten eine oder gleichzeitig mehrere der folgenden Optionen ausüben. Dabei verzichten wir auf eine erneute Risikoprüfung. Die Ausübung müssen Sie in Textform (beispielsweise Brief oder E-Mail) beantragen.

- Sie können beantragen, dass wir den Beitrag Ihrer Berufsunfähigkeits-Versicherung überprüfen. Es gelten die Regelungen aus Absatz 3.
- Sie können eine planmäßige Erhöhung von Beitrag und Leistungen (Beitragsdynamik) mit uns vereinbaren oder eine bestehende Beitragsdynamik erhöhen. Den Prozentsatz der Beitragsdynamik können Sie innerhalb der in den Besonderen Bedingungen für die planmäßige Erhöhung von Beitrag und Leistungen beschriebenen Grenzen wählen.
- Sie können eine garantierte Rentensteigerung im Versicherungsfall mit uns vereinbaren. Hierdurch erhöht sich der Beitrag für die Berufsunfähigkeits-Versicherung. Als Prozentsatz für die garantierte Rentensteigerung können Sie 1 %, 2 % oder 3 % wählen.

(2) Anlässe zur Ausübung des UpgradeJokers sind:

- Die versicherte Person ist Schüler und wechselt die Schulart oder wechselt in die gymnasiale Oberstufe oder beginnt nach erfolgreichem Schulabschluss erstmals ein Studium oder duales Studium an einer staatlich anerkannten Bildungseinrichtung oder eine Ausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf.
- Die versicherte Person nimmt nach erfolgreichem Abschluss einer Berufsausbildung oder nach erfolgreichem Abschluss eines staatlich anerkannten Studiums oder dualen Studiums erstmals eine unbefristete Berufstätigkeit auf.

(3) Für die Überprüfung des Beitrags Ihrer Berufsunfähigkeits-Versicherung gilt: Wenn

- die jeweils festgelegten Höchstalter für den neuen Beruf nicht kleiner sind als das Alter der versicherten Person bei Ablauf der Versicherungsdauer und der Leistungsdauer,

berechnen wir den Beitrag bei unveränderter Berufsunfähigkeits-Rente

- unter Berücksichtigung der neuen beruflichen Tätigkeit,
- unter Berücksichtigung der bestehenden Risikozuschläge, Leistungseinschränkungen und Leistungsausschlüsse,
- mit unveränderten Rechnungsgrundlagen und
- mit unveränderter Einteilung der beruflichen Tätigkeiten in Risikogruppen

nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu.

Wenn der neu berechnete Beitrag für die Berufsunfähigkeits-Versicherung niedriger ist als der von Ihnen zu zahlende Beitrag, gilt: Wir setzen Ihren Beitrag für die Berufsunfähigkeits-Versicherung zum nächsten Zahltag nach Eingang Ihres Antrags herab. Andernfalls oder wenn Sie der Änderung widersprechen, führen wir Ihren Vertrag unverändert fort.

(4) Die Ausübung des UpgradeJokers ist nicht möglich, wenn:

- der Vertrag zum Zeitpunkt der Ausübung beitragsfrei oder gestundet ist,
- Sie mit der Beitragszahlung in Rückstand sind,
- der Versicherungsfall zum Zeitpunkt der Ausübung des UpgradeJokers bereits eingetreten ist,
- für die versicherte Person Leistungen aus diesem Vertrag bezogen oder beantragt wurden,
- für die versicherte Person Leistungen aus einer anderen privaten oder gesetzlichen Versicherung wegen Berufsunfähigkeit, Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten (Verlust von Grundfähigkeiten), Erwerbsunfähigkeit, Erwerbsminderung oder Pflegebedürftigkeit bezogen oder beantragt wurden oder
- für die versicherte Person zum Zeitpunkt der Ausübung Leistungen wegen Krankschreibung gezahlt wurden oder werden.

Stellt sich nach Ausübung des UpgradeJokers heraus, dass ein Versicherungsfall zum Zeitpunkt der Ausübung bereits eingetreten war, entfällt die Vertragsanpassung

rückwirkend.

§ 29 Was ist die Berufswechseloption, wann können Sie sie ausüben und welche Folgen hat das?

(1) Nach Eintritt eines der in Absatz 2 beschriebenen Anlässe, bei dem die versicherte Person **jünger als 40 Jahre** alt ist, gilt: Sie können innerhalb von zwölf Monaten beantragen, dass wir den Beitrag Ihrer Berufsunfähigkeits-Versicherung überprüfen. Die Überprüfung müssen Sie in Textform (beispielsweise Brief oder E-Mail) beantragen. Es gelten die Regelungen aus Absatz 4.

(2) Anlässe zur Ausübung der Berufswechseloption sind:

- Die versicherte Person wechselt ihre berufliche Tätigkeit.
- Die versicherte Person erwirbt durch Weiterbildung einen Abschluss, der in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union staatlich anerkannt ist.
- Die versicherte Person ist Schüler und wechselt die Schulart oder wechselt in die gymnasiale Oberstufe oder beginnt eine Ausbildung oder ein Studium.

(3) Die Überprüfung ist mit einer dann gültigen vereinfachten Gesundheitsprüfung verbunden. Dabei stellen wir keine Fragen

- zur Ausübung von gefährlichen Sportarten und Hobbys,
- zu geplanten Auslandsaufenthalten oder
- zum Rauchverhalten.

(4) Für die Überprüfung des Beitrags Ihrer Berufsunfähigkeits-Versicherung gilt: Wenn

- die vereinfachte Gesundheitsprüfung nicht zu neuen Leistungseinschränkungen oder Leistungsausschlüssen führt und
- die jeweils festgelegten Höchstalter für den neuen Beruf nicht kleiner sind als das Alter der versicherten Person bei Ablauf der Versicherungsdauer und der Leistungsdauer,

berechnen wir den Beitrag bei unveränderter Berufsunfähigkeits-Rente

- unter Berücksichtigung der neuen beruflichen Tätigkeit,
- unter Berücksichtigung der bestehenden Risikozuschläge, Leistungseinschränkungen und Leistungsausschlüsse,
- mit unveränderten Rechnungsgrundlagen und
- mit unveränderter Einteilung der beruflichen Tätigkeiten in Risikogruppen

nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu.

Wenn der neu berechnete Beitrag für die Berufsunfähigkeits-Versicherung niedriger ist als der von Ihnen zu zahlende Beitrag, gilt: Wir setzen Ihren Beitrag für die Berufsunfähigkeits-Versicherung zum nächsten Zahltag nach Eingang Ihres Antrags herab. Andernfalls oder wenn Sie der Änderung widersprechen, führen wir Ihren Vertrag unverändert fort.

VII. Mitteilungen, die sich auf das Vertragsverhältnis beziehen

§ 30 Was müssen Sie bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens tun?

(1) Eine Änderung Ihrer Anschrift oder Ihres Namens müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

Ihnen können Nachteile entstehen, wenn Sie von wichtigen Mitteilungen nicht rechtzeitig erfahren. Wir sind berechtigt, eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift unter Ihrem uns zuletzt bekannten Namen zu senden. In diesem Fall gilt unsere Erklärung vier Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie den Vertrag für Ihren Gewerbebetrieb abgeschlossen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

(2) Wenn Sie sich länger als sechs Monate außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums aufhalten, müssen Sie uns einen Zustellungsbevollmächtigten nennen, der in der Bundesrepublik Deutschland ansässig ist. Diese Person ist zur Entgegennahme von Zustellungen besonders ermächtigt.

§ 31 Wer ist unser rechtlicher Ansprechpartner?

(1) Die Ausübung unserer Rechte erfolgt durch Erklärungen, die wir Ihnen gegenüber abgeben.

(2) Wenn Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Tod ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärungen entgegenzunehmen. Ist auch ein solcher nicht vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärungen als bevollmächtigt ansehen.

§ 32 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?

(1) Wenn wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen

- bei Abschluss des Vertrags,
- bei Änderung nach Abschluss des Vertrags oder
- auf Nachfrage

unverzüglich zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, für die Erhebung von Daten und Meldungen maßgeblich ist.

(2) Notwendige Informationen sind beispielsweise Angaben über Umstände, die für die Beurteilung

- Ihrer steuerlichen Ansässigkeit,
- der steuerlichen Ansässigkeit dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben und
- der steuerlichen Ansässigkeit des Leistungsempfängers

maßgebend sein können.

Dazu zählen insbesondere der Wohnsitz, das Geburtsdatum, der Geburtsort sowie deutsche oder ausländische Steueridentifikationsnummern.

(3) Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, gilt: Bei einer entsprechenden gesetzlichen Verpflichtung melden wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden. Dies gilt auch dann, wenn Sie nicht im Ausland steuerlich ansässig sind.

(4) Eine Verletzung Ihrer Auskunftspflichten kann dazu führen, dass wir keine Leistung zahlen. Dies gilt so lange, bis Sie uns die für die Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt haben.

VIII. Allgemeine Vereinbarungen und Informationen

§ 33 Welches Recht und welche Sprache gelten bei Ihrem Vertrag?

(1) Auf Ihren Vertrag wird das Recht der Bundesrepublik Deutschland angewendet.

(2) Die Vertragsgestaltung sowie die Kommunikation während der Dauer des Vertrags erfolgen in deutscher Sprache.

§ 34 Wo ist der Gerichtsstand?

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

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

(3) Verlegen Sie nach Abschluss des Vertrags Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland, sind für Klagen aus dem Vertrag die Gerichte des Staats zuständig, in dem wir unseren Sitz haben. Wenn Sie eine juristische Person sind und Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung ins Ausland verlegen, gilt dies ebenso.

§ 35 Wie können Sie ein außergerichtliches Verfahren zur Streitschlichtung in Anspruch nehmen oder sich beschweren?

(1) Sollten Sie mit einer unserer Leistungen oder Entscheidungen nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte zunächst direkt an uns.

(2) Wir haben uns als Mitglied des Versicherungsombudsmann e. V. dazu verpflichtet, an einem Verfahren zur Streitbeilegung vor einer Verbraucherschlichtungsstelle teilzunehmen. Die zuständige Verbraucherschlichtungsstelle ist:

Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 080632
10006 Berlin
Telefon: 0800 369 6000
Fax: 0800 369 9000
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Internet: www.versicherungsombudsmann.de

(3) Unabhängig davon können Sie sich mit einer Beschwerde auch an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
- Bereich Versicherungen -
Graurheindorfer Str. 108
53117 Bonn
Verbrauchertelefon: 0800 2100 500
E-Mail: poststelle@bafin.de
Internet: www.bafin.de

(4) Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt von den vorstehenden Absätzen unberührt.

§ 36 Wie sind Ihre Ansprüche zusätzlich abgesichert?

Zur Absicherung der Ansprüche aus der Lebensversicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds (§§ 221 ff. VAG). Dieser ist errichtet bei:

Protektor Lebensversicherungs-AG
Wilhelmstraße 43 G
10117 Berlin
www.protektor-ag.de

Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Personen, der Bezugsberechtigten und sonstiger aus dem Vertrag begünstigter Personen. Wir gehören dem Sicherungsfonds an.

ERL-BU: Erläuterungen zum Versicherungsschutz bei Berufsunfähigkeit

(ERL_HBU_250701)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Mit den folgenden Erläuterungen geben wir Ihnen zu unseren Bedingungen für Versicherungen gegen Berufsunfähigkeit weitere ergänzende Informationen. Wir stellen Ihnen die wichtigsten Voraussetzungen für unsere Leistungen noch transparenter dar. Die Informationen sind auf verschiedene berufliche Verhältnisse und Situationen ausgerichtet. Einzelne Informationen werden daher entweder gar nicht oder erst später für Sie oder eine Berufsunfähigkeit der versicherten Person wichtig. Berufsunfähigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit oder infolge eines Tätigkeitsverbots wegen Infektionsgefahr behandeln wir in diesen Erläuterungen nicht. Die Erläuterungen sind Bestandteil Ihres Vertrags und bieten Ihnen zusätzliche Rechtssicherheit für den Leistungsfall. In den Erläuterungen nutzen wir folgende Abkürzungen:

- BGB: Bürgerliches Gesetzbuch
- VVG: Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz)

Inhalt

§ 1 Welche Ursachen müssen zur Berufsunfähigkeit geführt haben?
§ 2 Beinhaltet eine gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit auch den Nachweis einer Berufsunfähigkeit?
§ 3 Welche Kriterien gelten für den Grad der Berufsunfähigkeit und wer stellt ihn fest?
§ 4 Wie lange muss der Zustand der Berufsunfähigkeit anhalten?
§ 5 Welche Anforderungen stellen wir an den versicherten Beruf?
§ 6 Welche Kriterien sind bei der Feststellung einer Berufsunfähigkeit Selbstständiger zusätzlich zu berücksichtigen?
§ 7 Welche Bedeutung hat die Umorganisation des Betriebs auf die Feststellung einer Berufsunfähigkeit?
§ 8 Wann spielt die Umorganisation bei der Feststellung einer Berufsunfähigkeit keine Rolle?
§ 9 Spielt die Umorganisation des Arbeitsplatzes auch bei der Feststellung einer Berufsunfähigkeit eines Arbeitnehmers eine Rolle?
§ 10 Welcher Beruf ist für die Feststellung einer Berufsunfähigkeit, auch nach Reduzierung der Arbeitszeit, entscheidend?
§ 11 Können wir die versicherte Person bei Eintritt einer Berufsunfähigkeit auf einen anderen Beruf verweisen?
§ 12 Welcher Beruf ist bei einer Unterbrechung der beruflichen Tätigkeit, bei Reduktion auf Teilzeit während der Unterbrechung oder nach Ausscheiden aus dem Berufsleben entscheidend?
§ 13 Welche Bedeutung hat ein vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit vorgenommener Berufswechsel?
§ 14 Welche medizinischen Nachweise brauchen wir für die Feststellung einer Berufsunfähigkeit?
§ 15 Was ist nach Beginn unserer Leistungspflicht zu beachten?
§ 16 Wie wirkt sich die Fortsetzung der bisherigen Berufsausübung nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit aus?
§ 17 Wie wirkt sich eine nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit aufgenommene neue berufliche Tätigkeit aus?
§ 18 Wie wirkt sich eine Einstellung der Leistungen bei Wegfall einer Berufsunfähigkeit aus?
§ 19 Wie unterstützen wir Sie im Leistungsfall?
§ 20 Warum müssen Sie die Antragsfragen beantworten und was passiert, wenn Sie falsch antworten?
Anhang: Erläuterung von Fachbegriffen

§ 1 Welche Ursachen müssen zur Berufsunfähigkeit geführt haben?

Entscheidendes Merkmal der Berufsunfähigkeit ist: Die Ausübung des Berufs wird durch Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall beeinträchtigt. Der Krankheitszustand und die Funktionsbeeinträchtigungen müssen medizinisch objektiviert sein und von den behandelnden Ärzten durch ausführliche Behandlungs- sowie Befundberichte nachgewiesen werden. Für unsere Leistungsentscheidung können wir weitere Nachweise anfordern.

§ 2 Beinhaltet eine gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit auch den Nachweis einer Berufsunfähigkeit?

Nein. Arbeitsunfähigkeit ist ein Begriff aus dem Sozial- und Krankenversicherungsrecht.

Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist Voraussetzung für den Anspruch auf Entgeltfortzahlung und für den Anspruch auf Krankengeld.

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die berufliche Tätigkeit auf Grund von Krankheit

- nicht mehr oder
- nur unter der Gefahr der Verschlimmerung einer Erkrankung

ausgeführt werden kann.

Arbeitsunfähigkeit im sozial- und krankenversicherungsrechtlichen Sinne liegt auch vor, wenn auf Grund eines bestimmten Krankheitszustands absehbar ist, dass

- aus der Fortführung der beruflichen Tätigkeit eine Gesundung gefährdet wird und
- eine Weiterarbeit unmittelbar zu einer Arbeitsunfähigkeit führt.

Dies gilt auch, wenn der Krankheitszustand für sich allein noch keine Arbeitsunfähigkeit bedingt.

Ein bestimmter Grad der Arbeitsunfähigkeit muss dabei vom Vertragsarzt der Krankenversicherung nicht festgestellt werden. So kann auch eine Einschränkung von weniger als 50 % zur Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit führen.

Die Definition der Arbeitsunfähigkeit ist mit dem Begriff der Berufsunfähigkeit nicht identisch. Eine ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit beinhaltet demzufolge nicht automatisch den Nachweis für eine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit.

Dies schließt aber nicht aus, dass die zur Arbeitsunfähigkeit führenden Gesundheitsstörungen und Funktionseinbußen auch Ursache einer bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit sein können. Wenn über einen Zeitraum von voraussichtlich sechs Monaten ununterbrochen eine Arbeitsunfähigkeit erwartet wird, sollten Sie vorsorglich Ansprüche wegen Berufsunfähigkeit anmelden. Dafür sollten Sie uns die notwendigen Nachweise vorlegen.

§ 3 Welche Kriterien gelten für den Grad der Berufsunfähigkeit und wer stellt ihn fest?

Der Grad der Berufsunfähigkeit muss mindestens 50 % betragen. Um diesen feststellen zu können, müssen wir klären,

- wie sich die ärztlich nachgewiesenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die Fähigkeit zur Ausübung des konkreten Berufs auswirken,
- in welchem Umfang diese Auswirkungen die den Beruf prägenden Haupttätigkeiten und -aufgaben betreffen und
- welche Nebentätigkeiten des Berufs davon ebenfalls betroffen sind.

Wir ordnen die gesundheitsbedingten Beeinträchtigungen jeder einzelnen beruflichen Tätigkeit, Aufgabe und Anforderung zu. Dazu müssen wir das konkrete berufliche Belastungsprofil mit all seinen Einzeltätigkeiten und -anforderungen im Detail kennen. Die nach dieser Methode festgestellte Beeinträchtigung führt zu einem Gesamtbild der beruflichen Einschränkungen und damit zu dem Grad der Berufsunfähigkeit. Den Grad der Berufsunfähigkeit legen wir fest. Dabei berücksichtigen wir die uns bekannten gesundheitlichen Beeinträchtigungen und die uns im Einzelnen nachgewiesenen beruflichen Anforderungsprofile. In Einzelfällen holen wir berufskundlichen und weiteren medizinischen Rat ein.

§ 4 Wie lange muss der Zustand der Berufsunfähigkeit anhalten?

Die Berufsunfähigkeit muss nach Art der Gesundheitsstörungen und nach Ausmaß der Funktionseinbußen voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen zu erwarten sein. Um sie zu beurteilen, brauchen wir ausführliche Behandlungs- sowie Befundberichte der behandelnden Ärzte, Psychologen und Psychotherapeuten. Wenn die behandelnden Ärzte diese Prognose nicht stellen wollen oder können, gilt: Es reicht aus, wenn die Berufsunfähigkeit tatsächlich mindestens sechs Monate ununterbrochen bestanden hat. Dies müssen Sie uns nachweisen. Wir stellen dann eine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit fest.

Für unsere Leistungsentscheidung können wir weitere Nachweise anfordern. Wenn wir die Berufsunfähigkeit aufgrund einer Prognose für sechs Monate anerkannt haben, gilt: Sie müssen uns die erbrachten Leistungen selbst dann nicht erstatten, wenn sich durch unsere Nachprüfung herausstellt, dass die Berufsunfähigkeit tatsächlich nicht mindestens sechs Monate ununterbrochen vorgelegen hat.

§ 5 Welche Anforderungen stellen wir an den versicherten Beruf?

Bei dem versicherten Beruf muss es sich um eine im Rahmen der geltenden Rechtsordnung ausgeübte Erwerbstätigkeit handeln, die

- auf die für sie geltende Ausübungsdauer angelegt und
- auf den Erwerb der Lebenshaltungskosten ausgerichtet ist.

Diese Erwerbstätigkeit sowie die hieraus bezogene Vergütung prägen in aller Regel die wirtschaftlich-soziale Lebensstellung und den Status in der Gesellschaft.

§ 6 Welche Kriterien sind bei der Feststellung einer Berufsunfähigkeit Selbstständiger zusätzlich zu berücksichtigen?

Die Berufsunfähigkeit des Selbstständigen beurteilt die Rechtsprechung nach

- der konkreten Gestaltung seines Betriebs,
- seinen bisher im Betrieb wahrgenommenen Tätigkeits- und Aufgabenfeldern und
- der im Betrieb bestehenden Möglichkeiten einer Umorganisation der Arbeit oder Umverteilung der Aufgaben.

Die herausragende berufliche Stellung des Selbstständigen in seinem Betrieb und seine besonderen Rechte sind Bestandteile seines Berufs und prägen diesen. Daher berücksichtigen wir zusätzliche Prüfkriterien, um seine Berufsunfähigkeit festzustellen.

§ 7 Welche Bedeutung hat die Umorganisation des Betriebs auf die Feststellung einer Berufsunfähigkeit?

Die Voraussetzungen für eine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit liegen nicht vor, wenn ein Selbstständiger im Rahmen seines unternehmerischen Freiraums und seines Direktionsrechts durch eine mögliche und zumutbare betriebliche Umorganisation für sich neue oder andere Tätigkeitsfelder in seinem Betrieb schaffen kann, die alle folgenden Voraussetzungen erfüllen:

- Sie sind gegenüber seinen bisherigen Tätigkeiten gleichwertig und seiner beruflichen Stellung im Betrieb angemessen.
- Er besitzt die notwendigen Fähigkeiten und Kenntnisse zu ihrer Ausübung.
- Er kann sie mit seinen gesundheitlichen Beeinträchtigungen ausüben.

Die neuen Tätigkeitsfelder resultieren allein aus dem zum Bestandteil des Berufs des Selbstständigen gehörenden Direktionsrecht. Sie sind nicht Folge einer Verweisung durch unsere Gesellschaft. Weitere Informationen dazu finden Sie in § 11.

Die Zumutbarkeit einer Umorganisation ist nicht davon abhängig, ob sie völlig kostenneutral ist. Kostenbedingte Minderungen des Einkommens muss ein Selbstständiger hinnehmen, wenn sein erzieltes Einkommen aus Erwerbstätigkeit nach Umorganisation nicht spürbar unter das Niveau des zuletzt erzielten Einkommens aus Erwerbstätigkeit bei Eintritt der Berufsunfähigkeit sinkt. Über die Zumutbarkeit solcher Kosten bei einer Umorganisation kann nur im Einzelfall entschieden werden. Dabei sind die bei Eintritt der Berufsunfähigkeit vorliegenden betrieblichen Verhältnisse und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen.

Zumutbar sind:

- Laufende Minderungen des Einkommens von weniger als 20 % des Einkommens aus Erwerbstätigkeit vor Abzug von Steuern
- Zusätzlich einmalige Kosten von 25 % aller versicherten jährlichen Leistungen wegen Berufsunfähigkeit (Bruttobeiträge und Berufsunfähigkeits-Renten bei uns und anderen Versicherern)

Wenn sich aus der Rechtsprechung der Oberlandesgerichte oder des Bundesgerichtshofs geringere Grenzen der Zumutbarkeit ergeben, werden wir diese berücksichtigen.

§ 8 Wann spielt die Umorganisation bei der Feststellung einer Berufsunfähigkeit keine Rolle?

Eine Umorganisation spielt für die Feststellung einer Berufsunfähigkeit keine Rolle, wenn sie aus einem der folgenden Gründe nicht möglich oder nicht zumutbar ist:

- Die Betriebsstruktur oder die Betriebsgröße lassen keine Umorganisation zu.
- Die Zahl der Mitarbeiter oder die Mitarbeiterstruktur erlauben keine Umorganisation.
- Die Umorganisation ist betriebswirtschaftlich unsinnig oder rechtlich unzulässig.
- Die Umorganisation erfordert einen erheblichen Kapitaleinsatz.
- Die Umorganisation ist mit unzumutbar hohen Kosten verbunden, die das Einkommen spürbar und nachhaltig mindern.
- Durch eine Umorganisation bleiben nur Tätigkeitsfelder übrig oder werden geschaffen, für deren Ausübung die notwendigen Fähigkeiten und Kenntnisse oder die gesundheitlichen Voraussetzungen fehlen.
- Durch eine Umorganisation bleiben keine der Position angemessenen Tätigkeitsfelder, sondern nur noch Verlegenheitsarbeiten übrig.

Weitere Informationen dazu finden Sie in § 7.

Sie müssen uns nachweisen, dass die Umorganisation im Einzelfall nicht möglich oder nicht zumutbar ist. Auf Wunsch unterstützen wir Sie dabei, die Nachweise zu beschaffen und inhaltlich auszugestalten.

§ 9 Spielt die Umorganisation des Arbeitsplatzes auch bei der Feststellung einer Berufsunfähigkeit eines Arbeitnehmers eine Rolle?

Nein. Arbeitnehmer unterliegen in der Regel der Fremdbestimmung durch ihren Arbeitgeber. Zu den Bestandteilen der Berufsausübung als Arbeitnehmer zählen weder ein unternehmerisches Gestaltungsrecht noch das Direktionsrecht. Daher haben Arbeitnehmer auch nicht das Recht zur Umorganisation ihres Arbeitsplatzes. An diesem rechtlichen Status ändert auch eine Zustimmung des Arbeitgebers zur Umorganisation des Arbeitsplatzes nichts. Wir gehen daher der Frage einer möglichen Umorganisation des Arbeitsplatzes nicht nach.

Wir verlangen auch keinen Nachweis, dass

- eine Umorganisation nicht möglich ist oder
- der Arbeitgeber einer möglichen Umorganisation nicht zustimmt.

§ 10 Welcher Beruf ist für die Feststellung einer Berufsunfähigkeit, auch nach Reduzierung der Arbeitszeit, entscheidend?

Um eine Berufsunfähigkeit festzustellen, legen wir den zuletzt bei Eintritt der Berufsunfähigkeit ausgeübten Beruf zugrunde. Wir berücksichtigen ihn dabei so, wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung konkret ausgestaltet war. Dadurch stellen wir sicher, dass sich die Bewertung der Auswirkungen gesundheitsbedingter Funktionsbeeinträchtigungen nicht nur auf die Tätigkeitsverhältnisse bei Eintritt der Berufsunfähigkeit beschränkt. Auch zuvor aus gesundheitlichen Gründen aufgegebene oder eingeschränkte Aufgaben und Tätigkeiten beziehen wir mit ein. Neben der Ausübung einer beruflichen Tätigkeit werden Tätigkeiten als Hausfrau / Hausmann nicht berücksichtigt.

Zur Beurteilung der Berufsunfähigkeit legen wir abweichend Ihre Arbeitszeit und Ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie sie vor der Reduzierung ausgestaltet waren, zugrunde, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit

- aus nicht gesundheitlichen Gründen,
- auf wöchentlich 30 Arbeitsstunden oder weniger

reduziert hat und seit der Reduzierung bis zum Eintritt der Berufsunfähigkeit

- weniger als fünf Jahre vergangen sind sowie
- 30 Arbeitsstunden wöchentlich nicht überschritten wurden.

§ 11 Können wir die versicherte Person bei Eintritt einer Berufsunfähigkeit auf einen anderen Beruf verweisen?

Nein. Bei Eintritt der Berufsunfähigkeit spielt es keine Rolle, ob die versicherte Person

- aufgrund vorhandener Fähigkeiten und Kenntnisse oder aufgrund von Ausbildung und Erfahrung einen anderen Beruf ausüben kann (abstrakte Verweisung) oder
- einen derartigen anderen Beruf bereits ausübt (konkrete Verweisung).

Es bestehen also keine Verweisungsrechte, die eine Anerkennung einer Berufsunfähigkeit verhindern können.

Dieser Verzicht auf Verweisung gilt auch für Selbstständige. Jedoch ist für diese eine mögliche weitere Ausübung des Berufs im eigenen Betrieb mit einem anderen Tätigkeits- oder Aufgabenfeld nicht Gegenstand einer Verweisung. Weitere Informationen dazu finden Sie in § 6 bis § 8 sowie unter "Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?" im Abschnitt "Leistungsbeschreibung" der Bedingungen.

§ 12 Welcher Beruf ist bei einer Unterbrechung der beruflichen Tätigkeit, bei Reduktion auf Teilzeit während der Unterbrechung oder nach Ausscheiden aus dem Berufsleben entscheidend?

Eine Unterbrechung der beruflichen Tätigkeit kann wegen

- Mutterschutz mit Bezug von Mutterschaftsleistungen,
- gesetzlicher Elternzeit mit Bezug von Elterngeld,
- Pflege von nahen Angehörigen im häuslichen Umfeld mit vollständiger oder teilweiser Freistellung von der Arbeit,
- Betreuung von minderjährigen, pflegebedürftigen nahen Angehörigen außerhalb des häuslichen Umfeldes mit vollständiger oder teilweiser Freistellung von der Arbeit,
- Sabbatjahr beziehungsweise Sabbatical mit ruhendem Arbeitsverhältnis,
- behördlich bewilligter Kurzarbeit oder
- Arbeitslosigkeit

eintreten.

Während einer Unterbrechung oder nach Ausscheiden aus dem Berufsleben ist für die Feststellung einer Berufsunfähigkeit der zuletzt ausgeübte Beruf entscheidend. Dabei berücksichtigen wir die konkreten Anforderungs- und Tätigkeitsprofile unmittelbar vor der Unterbrechung oder dem Ausscheiden. Wurde vor der Unterbrechung eine Vollzeittätigkeit ausgeführt, dann wird diese auch bei einer während der Unterbrechung ausgeübten Teilzeittätigkeit zugrunde gelegt. Bei einer Unterbrechung wegen Pflege oder Betreuung werden die mit der Pflege und Betreuung verbundenen Tätigkeiten bei der Feststellung einer Berufsunfähigkeit nicht berücksichtigt. Bei einer Teilzeittätigkeit werden Tätigkeiten als Hausfrau / Hausmann ebenfalls nicht berücksichtigt.

Wie in § 10 beschrieben, gilt auch hier: Wir berücksichtigen vor der Unterbrechung oder dem Ausscheiden aus gesundheitlichen Gründen aufgegebene oder geänderte Tätigkeiten und Aufgaben.

§ 13 Welche Bedeutung hat ein vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit vorgenommener Berufswechsel?

Sie sind nicht verpflichtet, uns einen Berufswechsel mitzuteilen. Ein Berufswechsel liegt vor, wenn alle folgenden Voraussetzungen zutreffen:

- Der Beruf oder die beruflichen Aufgaben- und Tätigkeitsfelder haben gewechselt oder sich wesentlich geändert.
- Diese berufliche Neuorientierung ist auf Dauer angelegt.
- Sie ist auf den Erwerb der Lebenshaltungskosten ausgerichtet.

Der neue Beruf beziehungsweise die neue berufliche Tätigkeit ist dann entscheidend für die Feststellung einer Berufsunfähigkeit im Sinne von § 10. Dies gilt auch, wenn die versicherte Person den neuen Beruf nur kurze Zeit ausgeübt hat, bevor sie berufsunfähig wird.

§ 14 Welche medizinischen Nachweise brauchen wir für die Feststellung einer Berufsunfähigkeit?

Um eine Berufsunfähigkeit medizinisch zu prüfen, benötigen wir ausführliche Behandlungs- und Befundberichte der behandelnden Ärzte, Psychologen und Psychotherapeuten. Dabei besteht freie Arztwahl. Bei der medizinischen Auswertung der ärztlichen Unterlagen beraten wir uns mit unseren Gesellschaftsärzten. Es kann vorkommen, dass uns die ärztlichen Unterlagen nicht ausreichen oder wir dazu Fragen haben. Dies kann der Fall sein, weil

- wir aus den Unterlagen das Ausmaß der gesundheitlichen Funktionseinbußen und damit die beruflichen Leistungseinschränkungen nicht exakt bewerten können oder
- die von den Ärzten erhobenen Diagnosen nicht ausreichend begründet sind.

In solchen Fällen können wir unter Einbeziehung der versicherten Person folgende weitere Schritte vornehmen und dabei zeitnah über deren Grund informieren:

- Rückfragen bei den behandelnden Ärzten
- Ergänzende Untersuchungen auf unsere Kosten, mit denen wir nach Abstimmung mit der versicherten Person in der Regel nur die behandelnden Ärzte beauftragen
- In Einzelfällen eine Begutachtung auf unsere Kosten durch Fachärzte

§ 15 Was ist nach Beginn unserer Leistungspflicht zu beachten?

Sie sind nicht verpflichtet, uns von sich aus die Aufnahme einer Berufstätigkeit nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit mitzuteilen. Dies gilt unabhängig davon, ob die Berufstätigkeit im bisherigen oder in einem anderen, neuen Beruf aufgenommen wird. Erst wenn wir Sie bei einer bedingungsgemäß vorgesehenen Nachprüfung der Berufsunfähigkeit fragen,

- ob nach Eintritt der Berufsunfähigkeit eine berufliche Tätigkeit ausgeübt wird,
- in welchem Beruf dies geschieht und
- wie die Tätigkeit ausgestaltet ist,

sind Sie und die versicherte Person zur Auskunft verpflichtet.

Die Nachprüfung umfasst auch die medizinische Seite der Berufsunfähigkeit. Einzelheiten zur Nachprüfung finden Sie unter "Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?" im Abschnitt "Leistungsauszahlung" der Bedingungen.

Den Zeitpunkt der Nachprüfung legen wir individuell nach Sachverhalt fest. Wir berücksichtigen dabei beispielsweise Beruf, Alter und Krankheitsbild der versicherten Person. Wir kommen dann auf Sie zu.

Wir stellen die Leistungen wegen einer Nachprüfung frühestens sechs Monate nach Beginn unserer Leistungspflicht ein.

§ 16 Wie wirkt sich die Fortsetzung der bisherigen Berufsausübung nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit aus?

Eine völlige Aufgabe der Berufstätigkeit ist nicht Voraussetzung für den Eintritt bedingungsgemäßer Berufsunfähigkeit. Sie verlieren Ihren Anspruch auf die anerkannten Leistungen in der Regel auch dann nicht, wenn die versicherte Person die Berufstätigkeit

- unter Einsatz übermäßiger Anstrengungen oder unter Aufzehrung verbliebener gesundheitlicher Substanz mit dem bisherigen vollständigen beruflichen Belastungsprofil oder
- nur mit den durch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht betroffenen Tätigkeitsfeldern

fortsetzt. Voraussetzung ist: Der ärztlich festgestellte Grad der Berufsunfähigkeit beträgt mindestens 50 %.

Beachten Sie bitte: Wenn der bisherige Beruf über einen längeren Zeitraum in vollem Umfang weiter uneingeschränkt ausgeübt wird, kann das als Wiederherstellung der Berufsfähigkeit angesehen werden. Die volle Ausübung des Berufs kann als Nachweis wieder erlangter Berufsfähigkeit höher bewertet werden als eine entgegenstehende ärztliche Aussage über die Berufsunfähigkeit. Wenn wir bei einer Nachprüfung auf einen solchen Sachverhalt treffen, werden wir eine eingehende medizinische Überprüfung der Berufsunfähigkeit veranlassen.

§ 17 Wie wirkt sich eine nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit aufgenommene neue berufliche Tätigkeit aus?

Wenn sich die versicherte Person nach Eintritt der Berufsunfähigkeit beruflich neu orientiert hat und dazu eine neue berufliche Tätigkeit aufgenommen hat, können wir bei Fortdauer der Berufsunfähigkeit im früheren Beruf die Leistungen mit künftiger Wirkung nicht beenden.

Die Beendigung der Leistungen ist nur möglich, wenn wir im Rahmen einer Nachprüfung feststellen, dass bei der versicherten Person eine gesundheitliche Besserung eingetreten ist und in deren Folge die Voraussetzungen der Berufsunfähigkeit in dem zuletzt bei Eintritt der Berufsunfähigkeit ausgeübten Beruf nicht mehr vorliegen.

§ 18 Wie wirkt sich eine Einstellung der Leistungen bei Wegfall einer Berufsunfähigkeit aus?

Liegt eine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit nicht mehr vor, werden wir unsere Leistungen einstellen. Dies teilen wir dem Anspruchsberechtigten mit.

Die Einstellung wird frühestens zu dem Rentenzahlungstermin wirksam, der auf den Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung folgt. Ab diesem Zeitpunkt müssen Sie auch die Beiträge wieder zahlen.

Ist nach Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung keine Berufsunfähigkeits-Rente mitversichert, gilt: Ab dem auf den Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung folgenden Beitragszahlungsabschnitts müssen Sie die Beiträge wieder zahlen.

§ 19 Wie unterstützen wir Sie im Leistungsfall?

Wenn Sie Leistungen aus dieser Versicherung beantragen, haben Sie Anspruch auf Unterstützung: Wir helfen beispielsweise gerne bei Fragen

- zum Verfahren der Leistungsprüfung,
- zum genauen Versicherungsumfang und zu den Leistungsvoraussetzungen,
- zur Beschreibung der bisherigen Berufstätigkeit,
- zur Umorganisation bei Selbstständigen,
- zum Nachweis der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und
- zu Ansprechpartnern für medizinische und berufliche Rehabilitation.

Wir unterstützen Sie auch gerne telefonisch. Im Einzelfall nehmen wir auf Wunsch die für die Prüfung notwendigen Informationen auch in einem Gespräch bei Ihnen vor Ort auf (Vor-Ort-Kunden-Service).

§ 20 Warum müssen Sie die Antragsfragen beantworten und was passiert, wenn Sie falsch antworten?

Beim Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung wollen wir von Ihnen wissen, wie es um Ihre Gesundheit bestellt ist. Nur so können wir einschätzen, wie hoch das Risiko ist, dass Sie irgendwann einmal berufsunfähig werden und in Abhängigkeit davon die Prämie berechnen. Unsere Fragen müssen Sie wahrheitsgemäß beantworten. Versichern Sie jemand anderes, besteht diese Verpflichtung auch für die zu versichernde Person.

Wenn Sie falsche Angaben machen oder die versicherte Person falsche Angaben macht, können wir

- vom Vertrag zurücktreten (§ 19 Absatz 2 VVG),
- den Vertrag kündigen (§ 19 Absatz 3 VVG),
- den Vertrag anpassen (§ 19 Absatz 4 VVG) oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten (§ 123 Absatz 1, Alternative 1 BGB in Verbindung mit § 22 VVG).

Über die Voraussetzungen und den Umfang Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht sowie über die jeweiligen Rechtsfolgen bei einer Verletzung der Anzeigepflicht informieren wir Sie ausführlich in der "Gesonderten Mitteilung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht". Diese finden Sie in Ihrem Antrag beziehungsweise in Ihrer Gesundheitserklärung.

Bitte beachten Sie: Wenn Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht unverschuldet verletzt haben oder wenn die versicherte Person die Anzeigepflicht unverschuldet verletzt hat, gilt: Wir verzichten auf die Ausübung unserer Rechte auf Kündigung (§ 19 Absatz 3 VVG) oder Vertragsanpassung (§ 19 Absatz 4 VVG).

Anhang: Erläuterung von Fachbegriffen

Nachstehend möchten wir Ihnen einige wichtige Fachbegriffe näher erläutern:

- Bezugsberechtigter: Das ist die Person, die die Leistung erhält. Sie bestimmen den Begünstigten im Versicherungsvertrag.
- Fahrlässig: Sie handeln fahrlässig, wenn Sie die erforderliche Sorgfalt nicht beachten.
- Karenzzeit: Wenn Sie eine Karenzzeit vereinbaren, zahlen Sie für Ihren Vertrag eine geringere Prämie. Während der Karenzzeit erbringen wir keine Leistung wegen Berufsunfähigkeit.
- Rechnungsmäßiges Alter: Das rechnungsmäßige Alter ist die Differenz aus dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem jeweils betrachteten Kalenderjahr.
- Risikogruppe: Die Prämie hängt wesentlich von dem bei Abschluss des Vertrags ausgeübten Beruf der versicherten Person ab. Hierzu ordnen wir die Berufe in verschiedene Risikogruppen ein. Übt die versicherte Person einen gefährlichen Beruf aus, ist die Prämie höher als in einem ungefährlichen Beruf.
- Überschussbeteiligung: Überschüsse sind die Erträge, die wir erwirtschaften abzüglich unserer Aufwendungen. In der Lebensversicherung gibt es im Wesentlichen drei Überschussarten: Zins-, Risiko- und Kostenüberschüsse. An unseren Überschüssen beteiligen wir Sie nach den gesetzlichen Vorschriften.
- Versicherungsdauer: Die Versicherungsdauer ist die Zeitspanne, während der Ihr Versicherungsvertrag besteht.
- Versicherungsnehmer: Der Versicherungsnehmer ist derjenige, der die Versicherung beantragt hat. Er wird als solcher im Versicherungsschein genannt. Die in den Versicherungsbedingungen festgelegten Rechte und Pflichten betreffen vorrangig den Versicherungsnehmer als Vertragspartner.
- Wohnsitz: Der Wohnsitz ist der Ort, an dem eine Person den Mittelpunkt ihrer Lebensverhältnisse hat.

BB-KS: Besondere Bedingungen für die Leistungen wegen Krankschreibung

(BB_HKS_250701)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Für unser Vertragsverhältnis gelten die folgenden Bedingungen. In den Bedingungen nutzen wir folgende Abkürzungen:

- EntgFG: Gesetz über die Zahlung des Arbeitsentgelts an Feiertagen und im Krankheitsfall (Entgeltfortzahlungsgesetz)

Diese Besonderen Bedingungen für die Leistungen wegen Krankschreibung gelten ergänzend zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung (AVB), wenn Sie mit uns Leistungen wegen Krankschreibung vereinbart haben.

Inhalt

§ 1 Was ist versichert?
§ 2 Wann endet der Anspruch auf Leistungen wegen Krankschreibung?
§ 3 Was ist eine Krankschreibung im Sinne dieser Bedingungen?
§ 4 Wann ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
§ 5 Welche Pflichten sind zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?
§ 6 Was gilt, wenn die Pflichten verletzt werden?
§ 7 Was gilt für die Nachprüfung der Krankschreibung?
§ 8 Wie ist das Verhältnis zur Berufsunfähigkeits-Versicherung?

§ 1 Was ist versichert?

(1) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer dieser Berufsunfähigkeits-Versicherung im Sinne des § 3 krankgeschrieben, erbringen wir für die in Absatz 3 genannte Dauer folgende Leistungen:

- **Beitragsbefreiung:** Sie müssen für den gesamten Vertrag keine weiteren Beiträge mehr zahlen. Dies gilt, soweit eine Verpflichtung zur Beitragszahlung bei Beginn des Leistungsanspruchs noch besteht.
- **Rente wegen Krankschreibung:** Wir zahlen eine garantierte Rente wegen Krankschreibung jeweils zu den vereinbarten Zahlungsterminen. Wenn der Rentenbeginn nach Absatz 2 nicht mit einem der vereinbarten Zahlungstermine zusammenfällt, zahlen wir die erste Rente anteilig bis zum nächsten Zahlungstermin.

Haben Sie für die Berufsunfähigkeits-Rente mit uns eine garantierte Rentensteigerung im Versicherungsfall vereinbart, gilt: Die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung beschriebenen Regelungen gelten auch für die Rente wegen Krankschreibung.

Der Anspruch auf Leistungen wegen Krankschreibung besteht jedoch nur, wenn für den geltend gemachten Zeitraum noch keine Leistung wegen Berufsunfähigkeit erbracht worden ist.

Ein gleichzeitiger Bezug von Leistungen wegen Krankschreibung und Leistungen wegen Berufsunfähigkeit ist ausgeschlossen.

(2) Der Anspruch auf Leistungen wegen Krankschreibung entsteht

- frühestens an dem Tag des Beginns der ersten Krankschreibung

- frühestens jedoch zum vereinbarten Versicherungsbeginn.

(3) Die Leistungen wegen Krankschreibung erbringen wir für insgesamt maximal 36 Monate, solange uns nachgewiesen wird, dass eine Krankschreibung im Sinne des § 3 vorliegt und alle folgenden Voraussetzungen zutreffen:

- Die vertragliche Leistungsdauer der Berufsunfähigkeits-Versicherung ist nicht abgelaufen.
- Wir erbringen keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit.
- Die versicherte Person lebt.

Ist die versicherte Person mehrfach nach § 3 krankgeschrieben, gilt die Beschränkung auf **36 Monate** für alle eintretenden Krankschreibungen zusammen.

(4) Wenn aus dieser Versicherung kein Anspruch auf Leistungen wegen Krankschreibung mehr besteht, gilt: Sie müssen die Beitragszahlung - in gleicher Höhe wie vor Eintritt des Versicherungsfalls - wieder aufnehmen.

(5) Leistungen wegen Krankschreibung werden jeweils befristet für den Zeitraum erbracht, für den Sie uns ärztliche Bescheinigungen wegen Krankschreibung nach § 3 vorlegen.

(6) Wenn Sie bei Abschluss der Versicherung mit uns Ausschlüsse und besondere Vereinbarungen zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes bei Berufsunfähigkeit geschlossen haben, gelten diese entsprechend auch für die Leistungen wegen Krankschreibung. Informationen hierzu entnehmen Sie Ihrem Versicherungsschein.

(7) Sie müssen uns die Krankschreibung in Textform (beispielsweise Brief oder E-Mail) mitteilen. Wird uns die Krankschreibung später als einen Monat nach ihrem Ende mitgeteilt, besteht kein Anspruch auf Leistungen wegen Krankschreibung. Dieser Leistungsausschluss gilt nicht, wenn die verspätete Mitteilung nicht verschuldet worden ist.

§ 2 Wann endet der Anspruch auf Leistungen wegen Krankschreibung?

Der Anspruch auf Leistungen wegen Krankschreibung endet, wenn eines der folgenden Ereignisse eintritt:

- Wir erbringen Leistungen wegen Berufsunfähigkeit. Der Anspruch endet dann mit Beginn des Monats, in dem wir Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erbringen.
- Wir haben bereits für insgesamt 36 Monate Leistungen wegen Krankschreibung erbracht.
- Die versicherte Person ist nicht mehr im Sinne von § 3 krankgeschrieben.
- Durch einen Dritten wurde im Rahmen einer Nachprüfung ein Amts- bzw. Schularzt oder der Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) beauftragt, die Arbeitsunfähigkeit zu überprüfen und diese konnte nicht bestätigt werden.
- Die versicherte Person stirbt.
- Die Leistungsdauer Ihres Vertrags endet.

§ 3 Was ist eine Krankschreibung im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Eine Krankschreibung im Sinne dieser Bedingungen liegt von Beginn der ersten Krankschreibung an vor, wenn alle folgenden Voraussetzungen zutreffen:

- Die versicherte Person ist für einen ununterbrochenen Zeitraum von mindestens sechs Monaten krankgeschrieben.
- Der Beginn dieser Krankschreibung liegt nicht vor dem Beginn dieser Versicherung.
- Sie weisen uns die Krankschreibung mit den in § 5 Absatz 1 genannten ärztlichen Bescheinigungen nach.

(2) Krankschreibungen in die Zukunft akzeptieren wir höchstens über einen Zeitraum von fünf Wochen.

(3) Für die ersten sechs Monate der Krankschreibung gilt abweichend von Absatz 2: Wir akzeptieren auch eine auf die versicherte Person ausgestellte fachärztliche Bescheinigung, aus der sich eine voraussichtliche Dauer ab Beginn der Krankschreibung von mindestens sechs Monaten ergibt. Nach Ablauf von sechs Monaten liegt eine Krankschreibung nur vor, wenn eine aktuelle Bescheinigung nach Absatz 2 vorgelegt wird, wonach die versicherte Person ununterbrochen weiter krankgeschrieben ist.

(4) Arbeitsversuche im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung stellen keine Unterbrechung der Krankschreibung dar.

Zum Nachweis eines durchgeführten Wiedereingliederungsversuchs muss uns auf Ihre Kosten ein auf die versicherte Person ausgestellter Wiedereingliederungsplan oder eine entsprechende ärztliche Bescheinigung eingereicht werden.

Der Wiedereingliederungsplan oder die entsprechende Bescheinigung müssen alle folgenden Kriterien erfüllen:

- Sie wurden vom behandelnden Arzt ausgestellt.
- Sie enthalten das Datum des Beginns und des Endes der stufenweisen Wiedereingliederung der beruflichen Tätigkeit.
- Sie enthalten eine Beschreibung des Ablaufs / der Intervalle der stufenweisen Wiedereingliederung.
- Sie enthalten die tägliche Arbeitszeit und diejenigen Tätigkeiten, die die versicherte Person während der Phase der Wiedereingliederung ausüben kann.
- Sie sind von der versicherten Person und dem Arbeitgeber zum Zeichen des Einverständnisses unterschrieben.

§ 4 Wann ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Unsere Leistungspflicht besteht grundsätzlich unabhängig davon, warum und wo der Versicherungsfall eintritt. Bitte beachten Sie: Bei folgenden Ursachen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen. Der Nachweis des Leistungsausschlusses ist von uns zu führen.

Kriegerische Ereignisse

(2) Bei einem Versicherungsfall in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit

kriegerischen Ereignissen besteht kein Versicherungsschutz.

Dieser Ausschluss gilt nicht, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen krankgeschrieben wird,

- denen sie während eines Aufenthalts im Ausland ausgesetzt war und
- an denen sie nicht aktiv beteiligt war,

beispielsweise im Rahmen von humanitären Hilfeleistungen, wie etwa Ärzte ohne Grenzen.

Innere Unruhen

(3) Bei einem Versicherungsfall in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit inneren Unruhen, an denen die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat, besteht kein Versicherungsschutz.

Straftaten

(4) Bei einem Versicherungsfall, welcher bei der versicherten Person dadurch eintritt, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht, besteht kein Versicherungsschutz.

Dieser Ausschluss gilt nicht bei fahrlässigen und grob fahrlässigen Verstößen. Er gilt ebenfalls nicht bei allen Delikten im Straßenverkehr.

Herbeiführung des Versicherungsfalls

(5) Bei einem Versicherungsfall, welcher bei der versicherten Person dadurch eintritt, dass sie

- eine Krankheit absichtlich herbeiführt,
- sich absichtlich verletzt oder
- sich zu töten versucht

besteht kein Versicherungsschutz.

Dieser Ausschluss gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass

- die Tat in einem Zustand der krankhaften Störung der Geistestätigkeit begangen wurde und
- dieser Zustand bewirkt hat, dass die freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.

(6) Bei vorsätzlich herbeigeführter Krankschreibung der versicherten Person durch eine widerrechtliche Handlung von Ihnen als Versicherungsnehmer besteht kein Versicherungsschutz.

Strahlen

(7) Bei einem Versicherungsfall durch Strahlen infolge Kernenergie besteht kein Versicherungsschutz.

Voraussetzung für diesen Ausschluss: Diese Strahlen gefährden das Leben oder schädigen die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße, dass es zu deren Abwehr und Bekämpfung des Einsatzes der Katastrophenschutzbehörde der Bundesrepublik Deutschland oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf.

§ 5 Welche Pflichten sind zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?

(1) Werden Leistungen wegen Krankschreibung verlangt, muss der Anspruchsteller uns Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen oder entsprechende ärztliche Atteste einreichen. Die Bescheinigungen oder Atteste müssen auf die versicherte Person ausgestellt sein und alle folgenden Kriterien erfüllen:

- Sie wurden von einem zugelassenen und praktizierenden Arzt ausgestellt.
- Sie enthalten Angaben zu Beginn, Dauer und Ende der Krankschreibung sowie zu den zugrunde liegenden Diagnosen. Die Diagnosen werden entsprechend den aktuellen in Deutschland gültigen gesetzlichen Bestimmungen und Richtlinien der Krankenkassen (Diagnoseschlüssel entsprechend der jeweils geltenden internationalen Klassifikation – ICD) erstellt.
- Mindestens eine Bescheinigung beziehungsweise ein Attest über eine zusammenhängende Krankschreibung von mindestens vier Wochen muss von einem Facharzt ausgestellt worden sein, der auf die führende, die Krankschreibung begründende Erkrankung spezialisiert ist. Der Facharzt darf nicht zugleich Versicherungsnehmer oder versicherte Person dieser Versicherung sein oder in einem Verwandtschaftsverhältnis zu diesen stehen.

Praktiziert der Arzt nicht in dem Land, in dem Sie ihren Wohnsitz oder Ihren Arbeitsplatz haben, behalten wir uns vor, eine Bescheinigung von einem unabhängigen, dort ansässigen Arzt zu verlangen.

Sofern amts- oder schulärztliche Bescheinigungen oder Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse vorliegen, müssen Sie diese ebenfalls einreichen.

Die entstehenden Kosten für die Nachweise muss der Anspruchsteller tragen.

Sie müssen uns unverzüglich informieren

- sobald keine Krankschreibung mehr vorliegt oder
- sobald durch einen Dritten im Rahmen einer Nachprüfung ein Amts- bzw. Schularzt oder der Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) beauftragt wurde, die Arbeitsunfähigkeit zu überprüfen und diese nicht bestätigt werden konnte.

(2) Zur Prüfung, ob der Vertrag rechtmäßig zustande gekommen ist (Prüfung der vorvertraglichen Anzeigepflicht) und ob allgemeine oder individuell vereinbarte Ausschlüsse greifen, können wir zusätzlich auf unsere Kosten weitere sachdienliche Auskünfte (Auskunftspflicht und Aufklärungspflicht) verlangen. Der Anspruchsteller muss uns folgende Unterlagen einreichen:

- Eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Krankschreibung
- Ausführliche Berichte der Ärzte, Psychologen und Psychotherapeuten, die die versicherte Person behandeln beziehungsweise behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art und Verlauf der Gesundheitsstörungen, deren Auswirkungen auf die körperlichen, geistigen oder seelischen Funktionen, die bisherige beziehungsweise voraussichtliche Dauer der Gesundheitsstörung

§ 6 Was gilt, wenn die Pflichten verletzt werden?

(1) Solange Sie, die versicherte Person oder der Anspruchsteller eine Pflicht nach § 5 vorsätzlich oder arglistig verletzen, müssen wir keine Leistung erbringen.

Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Pflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass die Pflicht nicht grob fahrlässig verletzt wurde.

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

(2) Der Anspruch auf Leistungen wegen Krankschreibung bleibt abweichend von Absatz 1 bestehen, soweit die Verletzung die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht nicht beeinflusst. Dies gilt nicht, wenn die Pflicht arglistig verletzt wurde.

(3) Wenn die Pflicht später erfüllt wird, gilt: Wir müssen ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen leisten.

§ 7 Was gilt für die Nachprüfung der Krankschreibung?

Erbringen wir Leistungen wegen Krankschreibung, sind wir berechtigt nachzuprüfen, ob die Krankschreibung der versicherten Person fortbesteht. Dazu können wir entsprechende Nachweise gemäß § 5 verlangen, die dies belegen. Die Kosten dafür übernehmen wir.

§ 8 Wie ist das Verhältnis zur Berufsunfähigkeits-Versicherung?

(1) Erbringen wir Leistungen wegen Krankschreibung, bedeutet dies nicht automatisch, dass auch ein Anspruch auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit besteht. Beide Leistungen werden unabhängig voneinander geprüft und bewilligt.

(2) Sie müssen nicht gleichzeitig einen Antrag auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit stellen. Eine Leistung wegen Berufsunfähigkeit erbringen wir nicht automatisch, wenn die Leistungen wegen Krankschreibung enden. Leistungen wegen Berufsunfähigkeit müssen Sie gesondert beantragen.

(3) Während wir Leistungen wegen Krankschreibung erbringen, dürfen wir auf Antrag prüfen, ob die versicherte Person berufsunfähig im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung ist. Ist letzteres der Fall, erbringen wir Leistungen wegen Berufsunfähigkeit nach Maßgabe der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung.

(4) Wenn wir Leistungen wegen Krankschreibung erbringen und nach Abschluss der Leistungsprüfung wegen Berufsunfähigkeit feststellen, dass Berufsunfähigkeit vorliegt, gilt:

- Liegt der Eintritt der Berufsunfähigkeit vor oder auf dem Beginn der ersten Krankschreibung, erbringen wir Leistungen wegen Berufsunfähigkeit ab dem Eintritt der Berufsunfähigkeit.
- Liegt der Eintritt der Berufsunfähigkeit nach dem Beginn der ersten Krankschreibung, erbringen wir Leistungen wegen Berufsunfähigkeit ab dem auf den Eintritt der Berufsunfähigkeit folgenden Monatsersten.

(5) Wurden für einen Zeitraum, für den gemäß Absatz 4 Leistungen wegen Berufsunfähigkeit gezahlt werden, bereits Leistungen wegen Krankschreibung erbracht, gilt: Wir werden die für diesen Zeitraum zu zahlenden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit mit den bereits erbrachten Leistungen wegen Krankschreibung verrechnen. Den Zeitraum,

für den wir die Leistungen verrechnen, rechnen wir nicht auf die maximale Leistungsdauer von insgesamt 36 Monaten (§ 1 Absatz 3) an.

(6) Darüber hinaus gilt: Sofern in diesen Bedingungen nichts anderes vereinbart ist, gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung.

BB-NVG: Besondere Bedingungen für die Nachversicherungsgarantie und die KarrierePlus Option auf Erhöhung des Versicherungsschutzes

(BB_HNVG_BU_250701)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Für unser Vertragsverhältnis gelten die folgenden Bedingungen.

Inhalt

§ 1 Welches Recht bieten Ihnen die Nachversicherungsgarantie und die KarrierePlus Option?
§ 2 Wann können Sie die Nachversicherungsgarantie frei von bestimmten Anlässen ausüben?
§ 3 Wann können Sie die Nachversicherungsgarantie gebunden an bestimmte Anlässe ausüben?
§ 4 Wann können Sie die KarrierePlus Option ausüben?
§ 5 Wann bestehen die Nachversicherungsgarantie und die KarrierePlus Option nicht oder wann können Sie diese nicht ausüben?
§ 6 Wie erfolgt die Erhöhung im Rahmen der Nachversicherungsgarantie?
§ 7 Wie erfolgt die Erhöhung im Rahmen der KarrierePlus Option?
§ 8 Welche Höchstgrenzen gelten für die Erhöhung der Berufsunfähigkeits-Rente im Rahmen der Nachversicherungsgarantie?
§ 9 Welche Höchstgrenzen gelten für die Erhöhung der Berufsunfähigkeits-Rente im Rahmen der KarrierePlus Option?
§ 10 Wie prüfen wir, ob Bedarf für die Erhöhung der Berufsunfähigkeits-Rente besteht?

§ 1 Welches Recht bieten Ihnen die Nachversicherungsgarantie und die KarrierePlus Option?

(1) Mit der Nachversicherungsgarantie und der KarrierePlus Option haben Sie das Recht, Ihre bestehende Berufsunfähigkeits-Rente ohne erneute Risikoprüfung zu erhöhen. Der Verzicht auf erneute Risikoprüfung beinhaltet nicht den Verzicht auf die Prüfung, ob ein Bedarf für die Erhöhung besteht (§ 10).

Dafür gelten die Regelungen dieser Besonderen Bedingungen.

(2) Wenn Sie die Nachversicherungsgarantie oder die KarrierePlus Option ausüben möchten, gilt: Sie müssen dies in Textform (beispielsweise Brief oder E-Mail) beantragen.

§ 2 Wann können Sie die Nachversicherungsgarantie frei von bestimmten Anlässen ausüben?

Die ersten fünf Jahre nach Versicherungsbeginn nennen wir **freie Phase**. Wenn der Vertrag aus einem Umtausch- oder Umwandlungsrecht beziehungsweise einer BU-Option hervorgegangen ist, gilt: Die freie Phase endet fünf Jahre nach dem Versicherungsbeginn des ursprünglichen Vertrags.

Die freie Phase endet jedoch spätestens, wenn die versicherte Person das 40. Lebensjahr vollendet hat.

In dieser Phase können Sie die Nachversicherungsgarantie sowohl frei von bestimmten Anlässen als auch gebunden an bestimmte Anlässe gemäß § 3 ausüben.

Bitte beachten Sie: Wenn Ihr Vertrag mit vereinfachter Gesundheitsprüfung zustande gekommen ist, finden die Regelungen zur freien Phase für Ihren Vertrag keine Anwendung. Davon unberührt bleibt ihr Recht die Nachversicherungsgarantie ab Vertragsbeginn gebunden an bestimmte Anlässe gemäß § 3 auszuüben.

§ 3 Wann können Sie die Nachversicherungsgarantie gebunden an bestimmte Anlässe ausüben?

(1) Sie können die Nachversicherungsgarantie ab Versicherungsbeginn gebunden an bestimmte Anlässe ausüben. Voraussetzungen für die Ausübung:

- Sie weisen uns einen der folgenden Anlässe innerhalb von zwölf Monaten nach dessen Eintritt nach.
- Der Anlass muss nach Versicherungsbeginn eingetreten sein.

Dazu können Sie uns beispielsweise eine Urkunde oder ein amtliches Zeugnis vorlegen. Die Anlässe beziehen sich alle auf die versicherte Person:

- Geburt eines Kindes oder Adoption eines minderjährigen Kindes
- Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit nach Elternzeit oder 18 Monate nach Geburt eines Kindes, sofern die Nachversicherungsgarantie nicht schon bei Geburt oder Adoption dieses Kindes ausgeübt wurde
- Heirat
- Ehescheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, wenn die Ehe oder eingetragene Lebenspartnerschaft mindestens zwölf Monate bestand
- Tod des Ehepartners, des eingetragenen Lebenspartners oder eines in demselben Haushalt lebenden Partners
- Pflegefall des Ehepartners, des eingetragenen Lebenspartners oder eines in demselben Haushalt lebenden Partners
- Erreichen der Volljährigkeit
- Erstmalige Aufnahme eines Studiums oder dualen Studiums an einer staatlich anerkannten Bildungseinrichtung oder erstmalige Aufnahme einer Berufsausbildung
- Erfolgreicher Abschluss eines Studiums oder dualen Studiums an einer staatlich anerkannten Bildungseinrichtung oder erfolgreicher Abschluss einer Berufsausbildung
- Erfolgreiche Absolvierung einer Meisterprüfung
- Erfolgreiche Absolvierung einer Facharztprüfung
- Übergang aus einem mindestens ein Jahr laufenden Teilzeit-Arbeitsverhältnis oder befristeten Arbeitsverhältnis in eine unbefristete Vollzeitstelle
- Erstmalige Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit nach Abschluss eines Studiums oder dualen Studiums an einer staatlich anerkannten Bildungseinrichtung oder nach Abschluss einer Berufsausbildung, die nicht nur nebenberuflich ausgeübt wird
- Bestellung zum Wirtschaftsprüfer oder Steuerberater
- Erstmaliger Wechsel von einer nicht selbstständigen Tätigkeit in eine selbstständige oder freiberufliche Tätigkeit, die nicht nur nebenberuflich ausgeübt wird
- Erstmaliger Wechsel in einen Beruf, der eine Mitgliedschaft in einer öffentlich rechtlichen Körperschaft erfordert und nicht nur nebenberuflich ausgeübt wird
- Ernennung zum Prokuristen
- Steigerung des monatlichen Bruttoeinkommens aus nicht selbstständiger beruflicher Tätigkeit um mehr als 10 % gegenüber dem durchschnittlichen monatlichen Bruttoeinkommen der letzten 12 Monate (jeweils einschließlich Weihnachts- und Urlaubsgeld, aber ohne Bonuszahlungen, variable Gehaltsteile, Tantiemen oder Sonderzahlungen)
- Steigerung der Summe der Bruttoeinkommen aus selbstständiger beruflicher Tätigkeit der beiden letzten Kalenderjahre (im Vergleich zu den beiden davor liegenden Kalenderjahren) um mehr als 20 %
- Wegfall der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung
- Wegfall oder Kürzung (um mindestens 15 %) einer berufsständischen Altersversorgung
- Wegfall oder Kürzung (um mindestens 25 %) einer betrieblichen Altersversorgung
- Erstmaliges Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung
- Aufnahme eines Darlehens von mindestens 50.000 EUR zur Neugründung oder Übernahme einer (bestehenden) Praxis oder Kanzlei oder Einstieg als Partner in eine bestehende Praxis oder Kanzlei
- Aufnahme eines Darlehens von mindestens 50.000 EUR zur Finanzierung im gewerblichen Bereich oder zur Finanzierung einer Immobilie

Weisen Sie den Eintritt des Anlasses nicht fristgerecht nach, können Sie die Nachversicherungsgarantie für diesen Anlass nicht ausüben.

(2) Die Kosten für die Nachweise tragen Sie.

§ 4 Wann können Sie die KarrierePlus Option ausüben?

(1) Sie können die KarrierePlus Option ausüben, wenn gilt: Die insgesamt bei uns versicherten Berufsunfähigkeits-, Grundfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Erwerbsminderungs-Renten (einschließlich einer Erhöhung durch die Überschussbeteiligung) betragen vor Ausübung der Option mindestens 36.000 EUR pro Jahr.

KarrierePlus Option bei Arbeitnehmern

(2) Ist die versicherte Person als Arbeitnehmer in einem unbefristeten oder auf mindestens ein Jahr befristeten Arbeitsverhältnis beschäftigt, so können Sie die KarrierePlus Option ausüben, sofern folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Das regelmäßige Bruttomonatsgehalt aus nicht selbständiger beruflicher Tätigkeit der versicherten Person erhöht sich vertraglich um mindestens 5 % im Vergleich zum Vormonat.

- Sie weisen uns die Gehaltserhöhung innerhalb von zwölf Monaten nach deren Eintritt nach.
- Die Gehaltserhöhung muss nach Versicherungsbeginn eingetreten sein.

Sofern alle Voraussetzungen erfüllt sind, können Sie diese Option auch mehrfach ausüben, wenn das Bruttomonatsgehalt erneut steigt.

KarrierePlus Option bei Freiberuflern und Selbständigen

(3) Übt die versicherte Person seit mindestens fünf Jahren eine freiberufliche oder selbständige Tätigkeit aus, so können Sie die KarrierePlus Option ausüben, sofern folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Das durchschnittliche Bruttojahreseinkommen der letzten zwei Kalenderjahre der versicherten Person aus freiberuflicher oder selbständiger Tätigkeit hat sich im Vergleich zum Durchschnitt der beiden davor liegenden Jahre um mindestens 10 % erhöht.

  Als Stichtag für eine Erhöhung des durchschnittlichen Bruttojahreseinkommens gilt der 31.12. des zweiten der beiden Jahre, in denen sich das Bruttojahreseinkommen entsprechend erhöht hat.
- Sie weisen uns die Gehaltserhöhung innerhalb von achtzehn Monaten nach dem oben genannten Stichtag nach.
- Die Erhöhung des durchschnittlichen Bruttojahreseinkommens muss nach Versicherungsbeginn eingetreten sein.

Bei Selbständigen und Freiberuflern gilt der Gewinn vor Steuern als Bruttojahreseinkommen.

Bei Ausübung müssen Sie Folgendes einreichen:

- Nachweise zum Bruttojahreseinkommen aus freiberuflicher oder selbständiger Tätigkeit der zu vergleichenden Jahre.

Sofern alle Voraussetzungen erfüllt sind, können Sie diese Option auch mehrfach ausüben, frühestens jedoch drei Jahre nach dem letzten Erhöhungstermin.

§ 5 Wann bestehen die Nachversicherungsgarantie und die KarrierePlus Option nicht oder wann können Sie diese nicht ausüben?

(1) Die Nachversicherungsgarantie besteht nicht, wenn gilt:

- Der ursprüngliche Vertrag ist mit einer vereinfachten Risikoprüfung in Form einer Dienstfähigkeitserklärung oder ohne Gesundheitsprüfung zustande gekommen.

(2) Die KarrierePlus Option besteht nicht, wenn gilt:

- Der ursprüngliche Vertrag ist mit einer vereinfachten Gesundheitsprüfung oder ohne Gesundheitsprüfung zustande gekommen. Dies gilt nicht für FUTURE 2 Go.
- Dieser Vertrag ist aus einem Umtausch- oder Umwandlungsrecht beziehungsweise einer BU-Option hervorgegangen.

(3) Die Ausübung der Nachversicherungsgarantie und der KarrierePlus Option ist nicht möglich, wenn

- der Vertrag zum Zeitpunkt der Ausübung beitragsfrei oder gestundet ist,
- Sie mit der Beitragszahlung in Rückstand sind,
- eine Höchstgrenze nach § 8 beziehungsweise § 9 bereits erreicht ist,
- zum Zeitpunkt der Ausübung kein Bedarf für die erhöhte Berufsunfähigkeits-Rente besteht (§ 10),
- die versicherte Person zum Erhöhungstermin (§ 6 Absatz 3 beziehungsweise § 7 Absatz 3) das 50. Lebensjahr vollendet hat,
- der Versicherungsfall zum Zeitpunkt der Ausübung der Nachversicherungsgarantie oder der KarrierePlus Option bereits eingetreten ist,
- für die versicherte Person Leistungen aus diesem Vertrag bezogen oder beantragt wurden,
- für die versicherte Person Leistungen aus einer anderen privaten oder gesetzlichen Versicherung wegen Berufsunfähigkeit, Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten (Verlust von Grundfähigkeiten), Erwerbsunfähigkeit, Erwerbsminderung oder Pflegebedürftigkeit bezogen oder beantragt wurden oder
- für die versicherte Person zum Zeitpunkt der Ausübung von uns Leistungen wegen Krankschreibung gezahlt wurden oder werden.

Stellt sich nach Ausübung der Nachversicherungsgarantie heraus, dass ein Versicherungsfall zum Zeitpunkt der Ausübung bereits eingetreten war, entfällt die Erhöhung rückwirkend.

Stellt sich nach Ausübung der Nachversicherungsgarantie oder der KarrierePlus Option heraus, dass eine bedingungsgemäße Krankschreibung gemäß dem Paragraphen "Was ist eine Krankschreibung im Sinne dieser Bedingungen?" der Besonderen Bedingungen für die Leistungen wegen Krankschreibung zum Erhöhungstermin im ursprünglichen Vertrag bereits bestand, entfällt die Erhöhung rückwirkend. Dies gilt auch, wenn eine zum Erhöhungstermin bestehende Krankschreibung nach dem Erhöhungstermin zu einer bedingungsgemäßen Krankschreibung führt.

§ 6 Wie erfolgt die Erhöhung im Rahmen der Nachversicherungsgarantie?

(1) Die Erhöhung erfolgt durch den Abschluss eines eigenständigen Vertrags. Diesen Vertrag nennen wir **Erhöhungsvertrag**. Für diesen gelten die dann gültigen Tarife mit den dann gültigen Rechnungsgrundlagen. Der Erhöhungsvertrag bildet eine Einheit mit der bestehenden Berufsunfähigkeits-Versicherung. Erklären wir zu dieser - wegen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung - einen Rücktritt, eine Anfechtung, eine Kündigung oder eine Vertragsänderung, wird der Erhöhungsvertrag von der entsprechenden Erklärung miterfasst.

(2) Den Beitrag für die Erhöhung berechnen wir unter Berücksichtigung des Alters der versicherten Person zum Zeitpunkt der Erhöhung. Wir berücksichtigen dabei auch die verbleibende Versicherungs-, Beitragszahlungs- und Leistungsdauer. Im bestehenden Vertrag vereinbarte Leistungseinschränkungen und Risikozuschläge gelten auch für die Erhöhung.

Für die Erhöhung gelten die dann gültigen

- Tarife,
- Versicherungsbedingungen und
- Steuerregelungen.

Zudem gilt für die Erhöhung der zum Zeitpunkt der Erhöhung ausgeübte Beruf. Alternativ berücksichtigen wir auf Ihren Wunsch den zu Vertragsbeginn ausgeübten Beruf. Ist der ausgeübte Beruf zum Zeitpunkt der Erhöhung in den dann für das Neugeschäft gültigen Tarifen nicht mehr versicherbar, gilt: Für den Erhöhungsvertrag berechnen wir den Beitrag auf Basis der Risikogruppe für Berufe mit dem höchsten Berufsunfähigkeitsrisiko.

Sie können mit uns für den Erhöhungsvertrag - soweit tariflich vorgesehen - alle Tarifeigenschaften vereinbaren, die bereits für den bestehenden Vertrag gelten. Das können beispielsweise die Vereinbarung planmäßiger Erhöhungen von Beitrag und Leistungen (Beitragsdynamik), die Vereinbarung zur Verwendung des Überschusses oder Leistungen wegen Krankschreibung sein.

Wurde der bestehende Vertrag als Schüler, Student oder Auszubildender abgeschlossen, gilt: Bei Erhöhungen innerhalb der ersten 5 Jahre nach Versicherungsbeginn des bestehenden Vertrags kann für den Erhöhungsvertrag eine Leistung wegen Krankschreibung auch unabhängig vom bestehenden Vertrag vereinbart werden. Dies gilt nur, wenn zum Erhöhungstermin im Neugeschäft ein gültiger Tarif mit Leistungen wegen Krankschreibung angeboten wird.

(3) Wir führen die Erhöhung des Versicherungsschutzes frühestens zur nächsten Beitragsfälligkeit nach Erhalt Ihrer Mitteilung durch. Die Erhöhung erfolgt spätestens zu Beginn des folgenden Versicherungsjahrs. Wenn Sie uns keinen Termin nennen, erfolgt die Erhöhung zu Beginn des folgenden Versicherungsjahrs. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt zum Zeitpunkt der Erhöhung. Die zum Zeitpunkt der Erhöhung auf volle Jahre aufgerundete verbleibende Versicherungs-, Beitragszahlungs- und Leistungsdauer des bereits bestehenden Vertrags darf nicht überschritten werden.

§ 7 Wie erfolgt die Erhöhung im Rahmen der KarrierePlus Option?

(1) Die Erhöhung erfolgt innerhalb dieses Vertrags.

(2) Den Beitrag für die Erhöhung berechnen wir unter Berücksichtigung des Alters der versicherten Person zum Zeitpunkt der Erhöhung. Wir berücksichtigen dabei auch die verbleibende Versicherungs-, Beitragszahlungs- und Leistungsdauer. Im bestehenden Vertrag vereinbarte Leistungseinschränkungen und Risikozuschläge gelten auch für die Erhöhung. Zudem gilt für die Erhöhung die dem Vertrag zugrunde liegende berufliche Tätigkeit.

(3) Wir führen die Erhöhung des Versicherungsschutzes frühestens zur nächsten Beitragsfälligkeit nach Erhalt Ihrer Mitteilung durch. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt zum Zeitpunkt der Erhöhung.

§ 8 Welche Höchstgrenzen gelten für die Erhöhung der Berufsunfähigkeits-Rente im Rahmen der Nachversicherungsgarantie?

(1) Alle in den folgenden Absätzen genannten Höchstgrenzen gelten einschließlich einer Erhöhung durch die Überschussbeteiligung.

(2) Gebunden an einen bestimmten Anlass gemäß § 3 dürfen Sie pro Erhöhung eine Berufsunfähigkeits-Rente um höchstens 100 % der zu Versicherungsbeginn vereinbar-

ten Berufsunfähigkeits-Rente erhöhen.

Ist die Berufsunfähigkeits-Rente zum Zeitpunkt der Ausübung der Nachversicherungsgarantie niedriger als zu Versicherungsbeginn vereinbart, gilt zusätzlich: Es dürfen höchstens 100 % der zum Zeitpunkt der Ausübung der Nachversicherungsgarantie versicherten Berufsunfähigkeits-Rente zusätzlich versichert werden.

(3) Innerhalb der freien Phase (§ 2) dürfen Sie die Berufsunfähigkeits-Rente ohne bestimmten Anlass insgesamt um höchstens 100 % der zu Versicherungsbeginn vereinbarten Berufsunfähigkeits-Rente erhöhen. Diese Grenze gilt nur, wenn zu Versicherungsbeginn eine jährliche Berufsunfähigkeits-Rente von weniger als 9.000 EUR vereinbart wurde.

(4) Nimmt die versicherte Person

- nach Bestellung zum Wirtschaftsprüfer oder Steuerberater eine entsprechende Berufstätigkeit beziehungsweise
- nach Abschluss eines Studiums oder dualen Studiums an einer staatlich anerkannten Bildungseinrichtung erstmalig eine dem Studium entsprechende Berufstätigkeit auf,

gelten die Grenzen nach den Absätzen 2 und 3 nicht für eine Erhöhung, auf die alle folgenden Voraussetzungen zutreffen:

- Die zu Vertragsbeginn vereinbarte Berufsunfähigkeits-Rente beträgt mindestens 6.000 EUR jährlich.
- Die versicherte Person hat das 30. Lebensjahr noch nicht vollendet.

(5) Ist dieser Vertrag aus dem Umtausch einer Erwerbsunfähigkeits- oder Erwerbsminderungs-Versicherung hervorgegangen, gilt: Die insgesamt bei uns versicherten, aus einem Umtausch hervorgegangenen Berufsunfähigkeits-Renten dürfen durch eine Erhöhung innerhalb der freien Phase ohne bestimmten Anlass eine Jahresrente von 12.000 EUR nicht übersteigen.

(6) Ist dieser Vertrag aus einer BU-Option hervorgegangen, gilt: Die insgesamt bei uns versicherten, aus einer BU-Option hervorgegangenen Berufsunfähigkeits-Renten dürfen durch eine Erhöhung innerhalb der freien Phase ohne bestimmten Anlass eine Jahresrente von 30.000 EUR nicht übersteigen.

(7) Die insgesamt bei uns versicherten Berufsunfähigkeits-, Grundfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Erwerbsminderungs-Renten der versicherten Person dürfen eine Jahresrente von

- 36.000 EUR beziehungsweise
- 60.000 EUR, sofern die zum Versicherungsbeginn vereinbarte Berufsunfähigkeits-Rente jährlich 36.000 EUR übersteigt und dieser Vertrag auf Basis eines ärztlichen Zeugnisses zustande gekommen ist,

nicht übersteigen. Wenn für den Beruf der versicherten Person eine niedrigere Jahresrente als höchstens zulässige Berufsunfähigkeits-Rente tariflich festgelegt ist, gilt: Durch die Erhöhung darf dieser niedrigere Wert nicht überschritten werden. Dies kann dazu führen, dass Sie die Nachversicherungsgarantie nicht ausüben können.

(8) Erfolgt die Erhöhung durch den Abschluss eines Altersvorsorgevertrags mit Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, gilt: Der jährliche Beitrag der Altersvorsorge darf bis zu 1.800 EUR betragen.

§ 9 Welche Höchstgrenzen gelten für die Erhöhung der Berufsunfähigkeits-Rente im Rahmen der KarrierePlus Option?

(1) Alle in den folgenden Absätzen genannten Höchstgrenzen gelten einschließlich einer Erhöhung durch die Überschussbeteiligung.

(2) Für Arbeitnehmer (§ 4 Absatz 2) gilt: Sie können die versicherte Berufsunfähigkeits-Rente (einschließlich aller aus diesem Vertrag entstandenen Erhöhungen) maximal im selben prozentualen Verhältnis erhöhen, in dem sich das Bruttomonatsgehalt aus nicht selbständiger beruflicher Tätigkeit der versicherten Person erhöht hat.

(3) Für Freiberufler und Selbständige (§ 4 Absatz 3) gilt: Sie können die versicherte Berufsunfähigkeits-Rente (einschließlich aller aus diesem Vertrag entstandenen Erhöhungen) maximal im selben prozentualen Verhältnis erhöhen, wie sich das durchschnittliche Bruttojahreseinkommen der letzten zwei Jahre aus freiberuflicher oder selbständiger Tätigkeit im Vergleich zum Durchschnitt der beiden davor liegenden Jahre erhöht hat, höchstens aber um 20 %.

(4) Die insgesamt bei uns versicherten Berufsunfähigkeits-, Grundfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Erwerbsminderungs-Renten der versicherten Person dürfen eine Jahresrente von 72.000 EUR pro Jahr nicht übersteigen. Wenn für den Beruf der versicherten Person eine niedrigere Jahresrente als höchstens zulässige Berufsunfähigkeits-Rente tariflich festgelegt ist, gilt: Durch die Erhöhung darf dieser niedrigere Wert nicht überschritten werden. Dies kann dazu führen, dass Sie die KarrierePlus Option nicht ausüben können.

§ 10 Wie prüfen wir, ob Bedarf für die Erhöhung der Berufsunfähigkeits-Rente besteht?

(1) Voraussetzung für die Erhöhung ist, dass ein Bedarf der versicherten Person besteht.

Ein **Bedarf** besteht nur, wenn zum Zeitpunkt der Ausübung der Nachversicherungsgarantie oder der KarrierePlus Option die Leistungen in einem angemessenen Verhältnis zum Einkommen stehen. Unter Leistungen verstehen wir die im Falle

- der Berufsunfähigkeit,
- der Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten (Verlust von Grundfähigkeiten)
- der Erwerbsunfähigkeit oder
- der Erwerbsminderung

für die versicherte Person insgesamt zu erwartenden Leistungen. Unter Einkommen verstehen wir das letzte jährliche Bruttoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit der versicherten Person vor Ausübung der Nachversicherungsgarantie oder der KarrierePlus Option. Als Bruttoeinkommen gelten regelmäßige Einkünfte aus Arbeitstätigkeit einschließlich Weihnachts- und Urlaubsgeld. Tantiemen, variable Gehaltsteile, Bonus- oder Sonderzahlungen werden grundsätzlich nicht berücksichtigt. Bei Selbstständigen im Sinne dieser Bedingungen gilt der Gewinn aus Gewerbebetrieb, aus selbstständiger Arbeit oder aus Land- und Forstwirtschaft als Bruttoeinkommen im Sinne dieser Bedingungen.

(2) Um den Bedarf zu prüfen, verwenden wir als Rechengröße die gewichtete jährliche Gesamtleistung. Die **gewichtete jährliche Gesamtleistung** ist die Summe

- aller zum Zeitpunkt der Ausübung der Nachversicherungsgarantie oder der KarrierePlus Option für die versicherte Person versicherten jährlichen Leistungen für den Fall der Berufsunfähigkeit, der Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten (Verlust von Grundfähigkeiten), der Erwerbsunfähigkeit oder der Erwerbsminderung bei privaten Versicherern sowie
- der versicherten jährlichen Leistungen aus der Erhöhung im Rahmen der Nachversicherungsgarantie oder der KarrierePlus Option.

Dabei berücksichtigen wir

- Versicherungen der privaten Altersversorgung zu 100 %,
- Versicherungen der Basisversorgung zu 80 % und
- Direktversicherungen, Pensionskassen- sowie Rückdeckungsversicherungen zu 67 %.

Privat fortgeführte Direkt- oder Pensionskassenversicherungen gelten dabei als private Altersversorgung.

Durch die Ausübung der Nachversicherungsgarantie oder der KarrierePlus Option darf die gewichtete jährliche Gesamtleistung einen **Höchstbetrag** nicht überschreiten. Dieser beträgt

- 60 % des letzten jährlichen Bruttoeinkommens aus beruflicher Tätigkeit bis zu einem Bruttoeinkommen von 100.000 EUR zuzüglich
- 30 % des Teils des letzten jährlichen Bruttoeinkommens, der 100.000 EUR übersteigt.

Wir haben das Recht, den Bedarf vor jeder Ausübung der Nachversicherungsgarantie oder der KarrierePlus Option zu prüfen. Wir können von Ihnen verlangen, dass Sie uns

- jede Auskunft erteilen, die zur Prüfung des Bedarfs erforderlich ist, und
- alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Sachverhalts dienlich sind, um uns die sachgerechte Prüfung des Bedarfs zu ermöglichen.

Wir informieren Sie darüber, welche Auskünfte und Informationen wir von Ihnen für die Prüfung benötigen. Sie sind verpflichtet, Ihre Angaben nachzuweisen. Die Kosten für die Nachweise tragen Sie. Erbringen Sie diese Nachweise nicht oder nicht fristgerecht, können Sie die Nachversicherungsgarantie oder die KarrierePlus Option zu diesem Zeitpunkt nicht ausüben.

Im Rahmen der Prüfung des Bedarfs sind Sie gesetzlich verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben. Sonst riskieren Sie den Verlust Ihres erhöhten Versicherungsschutzes. Über diese Pflicht und die Rechtsfolgen einer Pflichtverletzung werden wir Sie bei der Prüfung schriftlich informieren und belehren.

Sind Sie nicht die versicherte Person, gelten diese Bestimmungen für die versicherte Person entsprechend.

BB-DYN: Besondere Bedingungen für die planmäßige Erhöhung von Beitrag und Leistungen

(BB_HDYN_250701)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Für unser Vertragsverhältnis gelten die folgenden Bedingungen.

Inhalt

I. Regelungen, die Ihren Vertrag allgemein betreffen

§ 1 Wann erhöhen wir Beitrag und Leistungen?
§ 2 Wie erhöhen wir den Beitrag?
§ 3 Wie erhöhen wir die Leistungen?
§ 4 Welche sonstigen Regelungen gelten für die Erhöhungen?
§ 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

II. Regelungen, die spezielle Bestandteile Ihres Vertrags betreffen

§ 6 Was gilt speziell für Fondsgebundene Rentenversicherungen?
§ 7 Was gilt speziell für Grundfähigkeits-Versicherungen?
§ 8 Was gilt speziell für Berufsunfähigkeits-Versicherungen?
§ 9 Was gilt speziell für Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen?
§ 10 Wie prüfen wir, ob ein Bedarf für die Erhöhung besteht?

I. Regelungen, die Ihren Vertrag allgemein betreffen

§ 1 Wann erhöhen wir Beitrag und Leistungen?

(1) Jeweils einmal im Jahr, zum Erhöhungstermin, erhöhen wir Beitrag und Leistungen. Dies gilt, solange eine Pflicht zur Beitragszahlung besteht. Die Termine der ersten sowie letzten Erhöhung finden Sie im Abschnitt "Vertragsübersicht" der Individuellen Kundeninformation.

Sie haben die Möglichkeit, einer Erhöhung zu widersprechen. Einzelheiten dazu finden Sie in § 5.

(2) Sie erhalten rechtzeitig vor jedem Erhöhungstermin eine Mitteilung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

§ 2 Wie erhöhen wir den Beitrag?

(1) Wir erhöhen jeweils den aktuell zu zahlenden Beitrag für die Versicherung einschließlich eingeschlossener Zusatzversicherungen nach dem mit Ihnen vereinbarten Anpassungsmodus (Beitragsdynamik).

Den mit Ihnen vereinbarten Anpassungsmodus und die Regelung zur Erhöhung finden Sie im Abschnitt "Vertragsübersicht" der Individuellen Kundeninformation.

Haben Sie "Anpassungsmodus P(x %)" oder "Anpassungsmodus P(x %)-BBG" vereinbart, gilt: Den Prozentsatz können Sie zu Vertragsbeginn festlegen. Er kann grundsätzlich

- zwischen 1 % und 5 % bei Berufsunfähigkeits-Versicherungen (bei Schülern zwischen 1 % und 3 %),
- zwischen 1 % und 5 % bei Einschluss einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit Wartezeit (bei Schülern zwischen 1 % und 3 %),
- zwischen 1 % und 2 % bei Grundfähigkeits-Versicherungen für versicherte Personen, die bei Vertragsabschluss höchstens 14 Jahre alt sind,
- zwischen 1 % und 5 % bei Grundfähigkeits-Versicherungen für versicherte Personen, die bei Vertragsabschluss mindestens 15 Jahre alt sind, und
- zwischen 1 % und 10 % bei anderen Versicherungen

betragen.

Den mit Ihnen vereinbarten Prozentsatz der Erhöhung finden Sie im Abschnitt "Vertragsübersicht" der Individuellen Kundeninformation.

(2) Im Rahmen einer Erhöhung kann sich das Verhältnis zwischen der Höhe des Beitrags für die Hauptversicherung und den Beitragsanteilen eingeschlossener Zusatzversicherungen ändern.

(3) Vereinbarte Risikozuschläge werden bei jeder Erhöhung berücksichtigt. Geleistete Zuzahlungen werden nicht berücksichtigt.

(4) Erhöhungen des Beitrags gelten jeweils für die restliche Beitragszahlungsdauer.

§ 3 Wie erhöhen wir die Leistungen?

(1) Durch jede Erhöhung des Beitrags erhöhen sich die vereinbarten Leistungen.

Die Erhöhungen der Leistungen berechnen wir nach versicherungsmathematischen Grundsätzen.

Einzelheiten zur Erhöhung der versicherten Leistungen Ihres Vertrags können Sie dem entsprechenden Paragraphen im Abschnitt II entnehmen.

(2) Durch jede Erhöhung des Beitrags erhöht sich die Leistung einer eingeschlossenen Beitragsbefreiung im Fall von Berufsunfähigkeit.

(3) Die vereinbarte Regelung zur Erhöhung bezieht sich ausschließlich auf die Erhöhung des Beitrags. Die Leistungen erhöhen sich in der Regel um einen anderen Prozentsatz als der Beitrag.

(4) Vereinbarte Leistungseinschränkungen gelten auch für jede Erhöhung.

§ 4 Welche sonstigen Regelungen gelten für die Erhöhungen?

Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, wenden wir alle Regelungen Ihres Vertrags auch für die Erhöhungen sinngemäß an. Dies gilt insbesondere für die Versicherungsbedingungen sowie die Bezugsrechtsverfügung.

Entsprechendes gilt auch für die Verteilung der in Ihren Vertrag eingerechneten Abschluss- und Vertriebskosten. Weitere Informationen finden Sie unter "Welche Kosten sind in Ihren Vertrag eingerechnet?" im Abschnitt "Beitrag und Kosten" der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

§ 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

(1) Eine Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie

- ihr bis zum Ende des zweiten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder
- den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem jeweiligen Erhöhungstermin zahlen.

(2) Sie können den Erhöhungen beliebig oft widersprechen, ohne Ihr Recht auf zukünftige Erhöhungen zu verlieren.

(3) Haben Sie eine Stundung der Beiträge vereinbart, so erfolgen in dieser Zeit keine Erhöhungen.

(4) Handelt es sich bei Ihrem Vertrag um eine Grundfähigkeits-Versicherung, beachten Sie bitte auch § 7.

(5) Handelt es sich bei Ihrem Vertrag um eine Berufsunfähigkeits-Versicherung, beachten Sie bitte auch § 8.

(6) Ist zum Zeitpunkt der Erhöhung eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen, beachten Sie bitte auch § 9.

II. Regelungen, die spezielle Bestandteile Ihres Vertrags betreffen

§ 6 Was gilt speziell für Fondsgebundene Rentenversicherungen?

Den Sparbeitrag aus der Erhöhung führen wir entsprechend der zum Erhöhungstermin vereinbarten Fondsaufteilung dem Fondsguthaben zu.

Die erhöhten Beiträge berücksichtigen wir bei der Mindestleistung im Todesfall. Die Mindestrente je 10.000 EUR Fondsguthaben ändert sich durch die Erhöhung des Beitrags nicht.

§ 7 Was gilt speziell für Grundfähigkeits-Versicherungen?

(1) Die Erhöhungen erfolgen ohne erneute Gesundheitsprüfung.

(2) Voraussetzung für die Erhöhung ist, dass ein Bedarf der versicherten Person nach § 10 besteht.

(3) Wenn Sie mit uns Versicherungsschutz aus dem Baustein Schwere Erkrankungen vereinbart haben, gilt: Das Verhältnis zwischen Grundfähigkeits-Rente und Kapitalleistung bei schwerer Erkrankung bleibt bei der Erhöhung unverändert.

(4) Die Erhöhungen haben keinen Einfluss auf den Ablauf der unter "Gesonderte Mitteilung für die vorvertragliche Anzeigepflicht" genannten Fristen.

Erhöhungen nach Eintritt eines Versicherungsfalls wegen einer Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten

(5) Nach Eintritt eines Versicherungsfalls wegen einer Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten im Sinne der AVB gilt: Solange Sie von der Verpflichtung zur Beitragszahlung befreit sind, erfolgen keine Erhöhungen.

Erhöhungen, die nach Eintritt eines Versicherungsfalls durchgeführt werden, entfallen rückwirkend. Nachdem Sie uns einen Leistungsfall gemeldet haben, stehen Erhöhungen ab Eintritt des Versicherungsfalls unter Vorbehalt. Sobald verbindlich und abschließend festgestellt ist, dass ein Versicherungsfall nicht eingetreten ist, entfällt der Vorbehalt. Die Erhöhungen sind dann endgültig vereinbart.

§ 8 Was gilt speziell für Berufsunfähigkeits-Versicherungen?

(1) Die Erhöhungen erfolgen ohne erneute Gesundheitsprüfung.

(2) Voraussetzung für die Erhöhung ist, dass ein Bedarf der versicherten Person nach § 10 besteht.

(3) Für die Berufsunfähigkeits-Versicherung mit Leistungen wegen Krankschreibung gilt: Die Leistungen bei Krankschreibung erhöhen sich im gleichen Verhältnis wie die Leistungen bei Berufsunfähigkeit.

(4) Die Erhöhungen haben keinen Einfluss auf den Ablauf der unter "Gesonderte Mitteilung für die vorvertragliche Anzeigepflicht" genannten Fristen.

Erhöhungen nach Eintritt eines Versicherungsfalls wegen Berufsunfähigkeit oder Krankschreibung

(5) Nach Eintritt eines Versicherungsfalls wegen Berufsunfähigkeit im Sinne der AVB oder wegen Krankschreibung im Sinne der Besonderen Bedingungen für die Leistungen wegen Krankschreibung gilt:

- Innerhalb einer vereinbarten Karenzzeit erfolgen keine Erhöhungen.
- Solange Sie von der Verpflichtung zur Beitragszahlung befreit sind, erfolgen keine Erhöhungen.

Erhöhungen, die nach Eintritt eines Versicherungsfalls durchgeführt werden, entfallen rückwirkend. Nachdem Sie uns einen Leistungsfall gemeldet haben, stehen Erhöhungen ab Eintritt des Versicherungsfalls unter Vorbehalt. Sobald verbindlich und abschließend festgestellt ist, dass ein Versicherungsfall nicht eingetreten ist, entfällt der Vorbehalt. Die Erhöhungen sind dann endgültig vereinbart.

§ 9 Was gilt speziell für Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen?

(1) Die Erhöhungen erfolgen ohne erneute Gesundheitsprüfung.

(2) Voraussetzung für die Erhöhung ist, dass ein Bedarf der versicherten Person nach § 10 besteht. Handelt es sich um eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit Wartezeit erfolgt keine Bedarfsprüfung.

(3) Die Erhöhungen haben keinen Einfluss auf den Ablauf der unter "Gesonderte Mitteilung für die vorvertragliche Anzeigepflicht" genannten Fristen.

Erhöhungen nach Eintritt des Versicherungsfalls wegen Berufsunfähigkeit

(4) Nach Eintritt des Versicherungsfalls wegen Berufsunfähigkeit im Sinne unserer Bedingungen für Versicherungen gegen Berufsunfähigkeit gilt: Solange Sie von der Verpflichtung zur Beitragszahlung befreit sind, erfolgen keine Erhöhungen. Vereinbarte Erhöhungen nach Abschnitt "Weiterführung der Beitragsdynamik bei Berufsunfähigkeit" bleiben davon unberührt.

Erhöhungen, die nach Eintritt des Versicherungsfalls durchgeführt werden, entfallen rückwirkend. Nachdem Sie uns einen Leistungsfall gemeldet haben, stehen Erhöhungen ab Eintritt des Versicherungsfalls unter Vorbehalt. Sobald verbindlich und abschließend festgestellt ist, dass der Versicherungsfall nicht eingetreten ist, entfällt der Vorbehalt. Die Erhöhungen sind dann endgültig vereinbart.

Weiterführung der Beitragsdynamik bei Berufsunfähigkeit

(5) Unter "Beitragszahlung" im Abschnitt "Vertragsübersicht" der Individuellen Kundeninformation finden Sie einen Hinweis, wenn Sie mit uns eine Weiterführung der Beitragsdynamik bei Berufsunfähigkeit vereinbart haben. Ist dies der Fall, erfolgen Erhöhungen des Beitrags und der Leistungen nach Eintritt von Berufsunfähigkeit nach den Absätzen 6 bis 9.

(6) Wir erhöhen alle vereinbarten Leistungen. Solange Sie aufgrund von Berufsunfähigkeit von der Verpflichtung zu Beitragszahlung befreit sind, sind Sie auch von den Zahlungen des Beitrags für diese Erhöhungen befreit.

(7) Die Erhöhung der Beiträge und Leistungen erfolgt

- jährlich jeweils zu Beginn eines neuen Versicherungsjahrs,
- frühestens zu dem in § 1 Absatz 1 genannten Erhöhungstermin und
- längstens bis ein Jahr vor Ablauf der für die Beitragsbefreiung vereinbarten Leistungsdauer.

Die Erhöhung der Leistungen erfolgt nicht, wenn die Beitragszahlung nach Paragraph "Wann können Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen und welche Folgen hat das?" im Abschnitt "Kündigung und Beitragsfreistellung" der AVB eingestellt wurde.

(8) Die Erhöhungen erfolgen abweichend von der Beitragsdynamik (§ 2 Absatz 1) auf Basis der vereinbarten prozentualen Steigerung der Bezugsgröße. Die Bezugsgröße ist der Gesamtbeitrag ohne die Beitragsanteile der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung. Diese Beiträge und den mit Ihnen vereinbarten Prozentsatz für die Erhöhung im Fall von Berufsunfähigkeit nennen wir Ihnen im Abschnitt "Vertragsübersicht" der Individuellen Kundeninformation.

(9) Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin. Die Bestimmungen des § 3 Absatz 1 sowie des § 4 gelten entsprechend.

§ 10 Wie prüfen wir, ob ein Bedarf für die Erhöhung besteht?

(1) Ein **Bedarf** besteht nur, wenn zum Zeitpunkt der Erhöhung die Leistungen in einem angemessenen Verhältnis zum Einkommen stehen. Unter Leistungen verstehen wir die im Falle

- der Berufsunfähigkeit,
- der Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten (Verlust von Grundfähigkeiten),
- der Erwerbsunfähigkeit oder
- der Erwerbsminderung

für die versicherte Person insgesamt zu erwartenden Leistungen. Unter Einkommen verstehen wir das letzte jährliche Bruttoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit der versicherten Person vor der Erhöhung. Als Bruttoeinkommen gelten regelmäßige Einkünfte aus Arbeitstätigkeit einschließlich Weihnachts- und Urlaubsgeld. Tantiemen, Bonus- oder Sonderzahlungen werden grundsätzlich nicht berücksichtigt. Bei Selbstständigen im Sinne dieser Bedingungen gilt der Gewinn aus Gewerbebetrieb, aus selbstständiger Arbeit oder aus Land- und Forstwirtschaft als Bruttoeinkommen im Sinne dieser Bedingungen.

(2) Um den Bedarf zu prüfen, verwenden wir als Rechengröße die gewichtete jährliche Gesamtleistung. Die **gewichtete jährliche Gesamtleistung** ist die Summe

- aller zum Zeitpunkt der Erhöhung für die versicherte Person versicherten jährlichen Leistungen für den Fall der Berufsunfähigkeit, der Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten (Verlust von Grundfähigkeiten), der Erwerbsunfähigkeit oder der Erwerbsminderung bei privaten Versicherern sowie
- der jährlichen Erhöhungsrente.

Dabei berücksichtigen wir

- Versicherungen der privaten Altersversorgung zu 100 %,
- Versicherungen der Basisversorgung zu 80 % und
- Direktversicherungen, Pensionskassen- sowie Rückdeckungsversicherungen zu 67 %.

Privat fortgeführte Direkt- oder Pensionskassenversicherungen gelten dabei als private Altersversorgung.

(3) Einen Bedarf nehmen wir immer dann an, wenn die gewichtete jährliche Gesamtleistung einen **Höchstbetrag** nicht überschreitet. Dieser beträgt

- 65 % des letzten jährlichen Bruttoeinkommens aus beruflicher Tätigkeit bis zu einem Bruttoeinkommen von 100.000 EUR zuzüglich
- 32,5 % des Teils des letzten jährlichen Bruttoeinkommens, der 100.000 EUR übersteigt.

(4) Sofern wir nach unseren Unterlagen feststellen, dass durch eine kommende Erhöhung die gewichtete jährliche Gesamtleistung den Höchstbetrag überschreiten würde, werden wir Ihnen dies mitteilen. Weitere Erhöhungen sind in diesem Fall nur möglich, wenn Sie uns nachweisen, dass dennoch ein Bedarf besteht. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn sich das jährliche Bruttoeinkommen der versicherten Person erhöht hat.

Zusätzlich haben wir das Recht, den Bedarf vor jeder Erhöhung zu prüfen. Wir können von Ihnen verlangen, dass Sie uns

- jede Auskunft erteilen, die zur Prüfung des Bedarfs erforderlich ist und
- alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Sachverhalts dienlich sind, um uns die sachgerechte Prüfung des Bedarfs zu ermöglichen.

Wir informieren Sie darüber, welche Auskünfte und Informationen wir von Ihnen für die Prüfung benötigen. Sie sind verpflichtet, Ihre Angaben nachzuweisen. Die Kosten für die Nachweise tragen Sie. Erbringen Sie diese Nachweise nicht oder nicht fristgerecht, gilt: Weitere Erhöhungen sind ab dem Zeitpunkt der Prüfung durch unsere Gesellschaft ausgeschlossen.

Im Rahmen der Prüfung des Bedarfs sind Sie gesetzlich verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben. Sonst riskieren Sie den Verlust Ihres erhöhten Versicherungsschutzes. Über diese Pflicht und die Rechtsfolgen einer Pflichtverletzung werden wir Sie bei der Prüfung schriftlich informieren und belehren.

Sind Sie nicht die versicherte Person, gelten die vorstehenden Bestimmungen für die versicherte Person entsprechend.

(5) Sofern die Erhöhung durchgeführt wurde, ohne dass

- wir Ihnen mitgeteilt haben, dass der Höchstbetrag überschritten ist, oder
- wir von unserem Recht auf Überprüfung Gebrauch gemacht haben

gilt der Nachweis des Bedarfs für diese Erhöhung als erbracht.

(6) Ist nach unserer Prüfung die Erhöhung ausgeschlossen gilt: Wir führen die Erhöhung nicht durch und das Recht auf zukünftige Erhöhungen entfällt.

(7) Das Recht auf Erhöhungen lebt auf Ihren Antrag wieder auf, sofern Sie nachweisen, dass ein Bedarf im Sinne von Absatz 1 wieder besteht.

Kostenübersicht für zusätzlichen Verwaltungsaufwand

(KOSTEN_H_260101)

Werden aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen zusätzliche Kosten verursacht, können wir Ihnen diese als pauschalen Betrag gesondert in Rechnung stellen. Die Höhe der Kosten können wir nach billigem Ermessen (§ 315 BGB) künftig anpassen. Weitere Informationen finden Sie im Paragraphen „Welche anlassbezogenen Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?“ der Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Die aktuelle Kostenübersicht erhalten Sie jederzeit bei uns oder auf unserer Homepage unter www.hdi.de/lv-kosten.

Anlass	Betrag (je Vorgang)
Abschriften	
- Abschriften der Erklärungen, die Sie mit Bezug auf Ihren Vertrag abgegeben haben (z. B. Schriftwechsel mit einem Rechtsanwalt)	8 EUR
- Ausstellen einer Abschrift des Versicherungsscheins	10 EUR
- Ausstellen eines Ersatzversicherungsscheines (Ersatzpolice)	20 EUR
Drittrechte	
- Abtretung/Verpfändung an gewerbliche Händler von Gebrauchtpolicen	50 EUR
- Abtretung und Verpfändung	25 EUR
In-/Exkasso	
- Beitragsübermittlung durch Sie aus einem Ort außerhalb des SEPA-Zahlungsraums	10 EUR
- Leistungsübermittlung durch uns an einen Ort außerhalb des SEPA-Zahlungsraums	10 EUR
- Mahngebühr (*)	5 EUR
- Vom Zahlungspflichtigen zu vertretende fehlgeschlagene Lastschriftabbuchung (*) (**)	5 EUR
Leistung	
- Einholung einer individuellen Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht	15 EUR
Vertragsänderungen	
- Wechsel des Versicherungsnehmers (außer bei Verträgen der betrieblichen Altersversorgung)	max. 100 EUR
- Wiederinkraftsetzung des Vertrags	0 EUR
- Wiederinkraftsetzung eines beitragsfreigestellten Vertrags ohne Nachzahlung der Beiträge	0 EUR
- Durchführung einer vom Versicherungsnehmer gewünschten Vertragsänderung, der der Versicherer zustimmen muss	max. 100 EUR
Zahlungshilfen	
- Einrichtung eines Stundungskontos	20 EUR
- Bearbeitung von Zahlungsrückständen (z. B. Verrechnung von Rückständen)	20 EUR
Sonstiges	
- Kapitalübertragungen (inkl. Deckungskapital)	98 EUR
- Ausübung des Kapitalwahlrechts mit Übertragung von Fondsanteilen	max. 150 EUR
- Umwandlung zur Erlangung eines Pfändungsschutzes	10 EUR
- Adressen-Recherche aufgrund nicht angezeigter Änderung der Anschrift	10 EUR
Bescheinigungen	
- Erstellung von zusätzlichen Kontoauszügen	0 EUR
- Anfragen zum Policenzweitmarkt	0 EUR
- Zusätzliche Bescheinigung des Rückkaufwerts	0 EUR
- Ämterbescheinigung	0 EUR
- Bescheinigung für das Finanzamt	5 EUR
- Bescheinigung über eingezahlte Beiträge	5 EUR
- Zusätzliche Mitteilung über den Stand Ihrer Versicherung	5 EUR
- Bestätigung des Bezugsrechts	5 EUR
- Bescheinigung über eine Schuldenbereinigung	5 EUR

(*) Bei Basisrentenverträgen nach dem Altersvorsorgeverträge-Zertifizierungsgesetz (AltZertG) erheben wir nur diese Kosten.
(**) Neben diesem pauschalen Betrag zur Abgeltung uns von dritter Seite in Rechnung gestellter Kosten erheben wir keine weiteren Kosten.

VVS: Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz

(VVS_H_250701)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Sie erhalten von uns vorläufigen Versicherungsschutz zu dem von Ihnen gewünschten Vertrag. Der "gewünschte Vertrag" ist der von Ihnen beantragte Vertrag oder der Vertrag, zu dem Sie unverbindlich oder im Rahmen einer Direktpolicierung einen Vorschlag angefragt haben. Für den vorläufigen Versicherungsschutz gelten die folgenden Bedingungen. In den Bedingungen nutzen wir die Abkürzung VVG: Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz).

Inhalt

§ 1 Was ist vorläufig versichert?
§ 2 Was sind die Voraussetzungen für den vorläufigen Versicherungsschutz?
§ 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?
§ 4 Wann endet die Leistungspflicht aus dem vorläufigen Versicherungsschutz und wann ist sie ausgeschlossen?
§ 5 Was kostet der vorläufige Versicherungsschutz?
§ 6 Wie ist das Verhältnis zum gewünschten Vertrag?
§ 7 Wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

§ 1 Was ist vorläufig versichert?

(1) Wenn Sie

- einen Antrag auf Abschluss eines Vertrags (Antrag) gestellt oder
- unverbindlich oder im Rahmen einer Direktpolicierung eine Anfrage für einen Vertragsvorschlag (Anfrage) an uns gerichtet haben,

leisten wir aus dem vorläufigen Versicherungsschutz, wenn

- der Versicherungsfall während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes (§ 3) eintritt und
- die in § 2 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

Dies gilt auch, wenn erst nach Ende des vorläufigen Versicherungsschutzes feststeht, dass der Versicherungsfall während seiner Dauer eingetreten ist.

Wenn Sie ein Recht auf Anpassung eines bestehenden Versicherungsschutzes ausüben und in diesem Zusammenhang einen zusätzlichen oder neuen Vertrag abschließen, gilt: Der vorläufige Versicherungsschutz ist für den zusätzlichen oder neuen Vertrag ausgeschlossen. Das kann zum Beispiel die Ausübung einer Nachversicherungsgarantie oder eines Umtauschrechts betreffen.

Der vorläufige Versicherungsschutz ist ausgeschlossen, wenn gilt: Der Vertrag ist mit einer vereinfachten Risikoprüfung in Form einer Dienstfähigkeitserklärung oder ohne Gesundheitsprüfung zustande gekommen.

(2) Art und Umfang des vorläufigen Versicherungsschutzes richten sich nach den Angaben in Ihrem Antrag oder Ihrer Anfrage. Auch wenn Ihr gewünschter Vertrag höhere Leistungen vorsieht, begrenzen wir diese wie folgt:

- Kapitalleistungen für den Todesfall sind auf 125.000 EUR beschränkt. Mögliche Leistungen aus einer Unfalltod-Zusatzversicherung sind in diesem Betrag enthalten.
- Überlebens- und Waisenrenten sind auf insgesamt jährlich 5.000 EUR beschränkt.
- Berufsunfähigkeits-, Grundfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Erwerbsminderungs-Renten sind auf insgesamt jährlich 12.000 EUR beschränkt.
- Leistungen aus einer Beitragsbefreiung sind auf die Befreiung von insgesamt jährlich 6.000 EUR Beitrag beschränkt. Wir zahlen sie nur, wenn der gewünschte Vertrag zustande gekommen ist und solange er noch besteht.
- Stirbt die versicherte Person vor Vollendung des 7. Lebensjahrs, leisten wir höchstens die gewöhnlichen Beerdigungskosten. Diese betragen zurzeit 8.000 EUR.

(3) Wenn mehrere Verträge über vorläufigen Versicherungsschutz für die versicherte Person bei uns bestehen, gelten die Höchstbeträge nach Absatz 2 für alle Verträge zusammen. Wenn die Summe der Leistungen aus den gewünschten Verträgen einen der Höchstbeträge übersteigt, gilt: Diesen Höchstbetrag teilen wir in dem Verhältnis auf die einzelnen Verträge über vorläufigen Versicherungsschutz auf, in dem die Leistungen der einzelnen gewünschten Verträge zur Summe ihrer Leistungen stehen.

Dies gilt auch, wenn mehrere Verträge über vorläufigen Versicherungsschutz für die versicherte Person bei verschiedenen Versicherungsunternehmen bestehen.

(4) Der vorläufige Versicherungsschutz umfasst die folgenden Leistungen **nicht**:

- Leistungen im Erlebensfall, dies gilt sowohl für Kapitalleistungen als auch für Altersrenten
- Leistungen wegen Krankschreibung
- Kapitalleistungen bei schwerer Erkrankung
- Leistungen aus der Überschussbeteiligung

Dies gilt auch, wenn der gewünschte Vertrag solche Leistungen vorsieht.

§ 2 Was sind die Voraussetzungen für den vorläufigen Versicherungsschutz?

Voraussetzungen für den vorläufigen Versicherungsschutz sind:

- Der für den gewünschten Vertrag vorgesehene Versicherungsbeginn liegt spätestens zwei Monate nach Unterzeichnung des Antrags, der unverbindlichen Anfrage oder des Vertrags im Rahmen einer Direktpolicierung.
- Sie haben im Antrag oder der Anfrage die persönlichen Daten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person vollständig genannt. Ihre Angaben zum Umfang der Versicherung und zum Gesundheitszustand der versicherten Person sind ebenfalls vollständig.
- Sie haben es nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht, dass der gewünschte Vertrag zustande kommt.
- Ihr Antrag oder Ihre Anfrage weicht nicht von den von uns angebotenen Versicherungsleistungen und Bedingungen ab.

§ 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

(1) Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag, an dem

- Ihr Antrag oder Ihre Anfrage bei uns eingeht und
- die in § 2 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

(2) Der vorläufige Versicherungsschutz endet, wenn eine der folgenden Voraussetzungen zutrifft:

- Ein gleichartiger Versicherungsschutz hat aus einer Versicherung begonnen. Wenn die Versicherung bei einem anderen Versicherungsunternehmen zustande gekommen ist, müssen Sie uns unverzüglich informieren.
- Sie haben Ihren Antrag oder Ihre Anfrage zurückgenommen oder angefochten.
- Sie oder wir haben den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz nach den Absätzen 3 und 4 gekündigt.
- Der gewünschte Vertrag kommt nicht zustande, weil Sie Ihre Vertragserklärung nach § 8 VVG widerrufen oder einer Abweichung des gewünschten Vertrags von Ihrem Antrag nach § 5 Absätze 1 und 2 VVG widersprochen haben.
- Sie haben nach Zustandekommen des gewünschten Vertrags den ersten Beitrag für den gewünschten Vertrag nicht rechtzeitig gezahlt. Wenn Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt haben, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn wir den Beitrag am Fälligkeitstag einziehen konnten und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen haben.

  Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Wir leisten jedoch, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die ausgebliebene Zahlung nicht zu vertreten haben.

(3) Sie können den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz jederzeit kündigen.

(4) Auch wir können den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz jederzeit kündigen. Wir kündigen vor allem in den folgenden Fällen:

- Wir können Ihren Antrag nicht annehmen oder können Ihnen auf Ihre Anfrage keinen Vertragsvorschlag unterbreiten.
- Sie haben unseren Vertragsvorschlag nicht innerhalb der dort gesetzten Frist angenommen.

Unsere Kündigung wird jedoch erst zwei Wochen, nachdem Ihnen diese zugegangen ist, wirksam.

(5) Wenn unsere Leistungspflicht während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eingetreten ist, gilt: Diese endet in den Fällen des Absatzes 2 Spiegelstriche 2 und 4 und des Absatzes 3 mit dem vorläufigen Versicherungsschutz. In den übrigen Fällen bestimmt sich das Ende unserer Leistungspflicht nach § 4.

§ 4 Wann endet die Leistungspflicht aus dem vorläufigen Versicherungsschutz und wann ist sie ausgeschlossen?

(1) Wenn unsere Leistungspflicht nicht mit der Beendigung des vorläufigen Versicherungsschutzes endet (§ 3 Absatz 5), gilt: Sie besteht fort bis zum Eintritt der Leistungsfreiheit oder bis zum Wegfall der Leistungsvoraussetzungen, längstens jedoch bis die für den gewünschten Vertrag vorgesehene Leistungsdauer endet. Dabei sind jeweils die Voraussetzungen des gewünschten Vertrags entscheidend.

Darüber hinaus leisten wir nicht, wenn wir infolge einer Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht berechtigt sind, eine Anfechtung, Kündigung oder den Rücktritt von dem gewünschten Vertrag oder dem Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz zu erklären.

Weitere Informationen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht finden Sie im Abschnitt "Gesonderte Mitteilung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht" der Individuellen Kundeninformation.

(2) Wir leisten auch nicht bei Versicherungsfällen aufgrund von Umständen,

- nach denen wir in den Antragsunterlagen oder den Unterlagen zu einer Anfrage oder den zugehörigen Dokumenten gefragt haben und
- von denen Sie oder die versicherte Person vor der Unterzeichnung des Antrags oder der Anfrage Kenntnis hatten,

auch wenn Sie diese Umstände im Antrag oder in der Anfrage angegeben haben. Dies gilt nicht, wenn die betreffenden Umstände nach unseren Grundsätzen der Risikobewertung einer Annahme des gestellten Antrags oder einem Vertragsabschluss aufgrund Ihrer Anfrage nicht entgegengestanden hätten.

(3) Darüber hinaus gelten die Einschränkungen und Ausschlüsse unter "Wann ist der Versicherungsschutz eingeschränkt oder ausgeschlossen?" im Abschnitt "Leistungsbeschreibung" der Bedingungen des gewünschten Vertrags.

§ 5 Was kostet der vorläufige Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir grundsätzlich keinen Beitrag. Leisten wir aber aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes, behalten wir

- bei Verträgen gegen laufende Beiträge den Beitrag für das erste Versicherungsjahr und
- bei Verträgen gegen Einmalbeitrag den Einmalbeitrag

des gewünschten Vertrags ein.

Wenn die Höhe unserer Leistungen nach § 1 Absätze 2 und 3 begrenzt ist, gilt: Wir berechnen den Beitrag auf Basis des Versicherungsschutzes in Höhe des dort festgelegten Höchstbetrags.

§ 6 Wie ist das Verhältnis zum gewünschten Vertrag?

Wenn in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, wenden wir

- die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und
- die Besonderen Bedingungen sowie
- die weiteren Vertragsbestimmungen

des gewünschten Vertrags an. Dies gilt insbesondere für Einschränkungen und Ausschlüsse.

§ 7 Wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

Wenn Sie in Ihrem Antrag oder Ihrer Anfrage eine dritte Person als Bezugsberechtigten angegeben haben, gilt: Diese ist auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz anspruchsberechtigt.