HUK-COBURG
Lebensversicherung

Berufsunfähigkeitsversicherung

Kundeninformation 2

Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung 5

Gebührentabelle 22

Sehr geehrte Kundin,
sehr geehrter Kunde,

die Versicherungsbedingungen bilden die Grundlage für unseren gemeinsamen Vertrag. Der vereinbarte Versicherungsschutz ergibt sich aus dem Antrag, dem Versicherungsschein und seinen Nachträgen.

Dies sind wichtige Vertragsunterlagen!
Die Versicherungsbedingungen bilden zusammen mit dem Versicherungsantrag und dem Versicherungsschein die Grundlage für das Vertragsverhältnis. Bitte bewahren Sie diese Unterlagen auf.

Auf gute Partnerschaft
Ihre HUK-COBURG-Lebensversicherung AG



HUK-COBURG-Lebensversicherung AG
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Prof. Dr. Heinrich R. Schradin. Vorstand: Klaus-Jürgen Heitmann, Stefan Gronbach, Dr. Hans Olav Herøy, Dr. Helen Reck, Dr. Jörg Rheinländer, Thomas Sehn, Daniel Thomas.
Sitz der Aktiengesellschaft: Bahnhofsplatz, 96444 Coburg; eingetragen beim Amtsgericht Coburg unter HRB 30; St.-Nr. 9212/101/00021; E-Mail: info@huk-coburg.de

Kundeninformation

Für einen schnellen und besseren Überblick haben wir Ihnen alle wichtigen Informationen in dieser Kundeninformation zusammengestellt.

I. Allgemeine Informationen nach § 1 VVG-InfoV

Identität des Versicherers

Name: HUK-COBURG-Lebensversicherung AG
Anschrift: Willi-Hussong-Str. 2, 96450 Coburg
Rechtsform: Aktiengesellschaft
Sitz: Bahnhofsplatz, 96444 Coburg;
Handelsregister: Reg.-Gericht Coburg HRB 30; St.-Nr. 9212/101/00021

Identität eines Vertreters des Versicherers

Entfällt.

Ladungsfähige Anschrift des Versicherers

HUK-COBURG-Lebensversicherung AG
Willi-Hussong-Str. 2
96450 Coburg

Ladungsfähige Vertreter sind Stefan Gronbach und Dr. Hans Olav Herøy.

Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

Gegenstand des Unternehmens ist der unmittelbare und mittelbare Betrieb der Lebensversicherung.

Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds

Zur Absicherung der Ansprüche aus Lebensversicherungen besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds (§§ 124 ff. des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG)), der bei der Protektor Lebensversicherungs-AG, Postfach 102411 in 68024 Mannheim, www.protektor-ag.de, eingerichtet ist.

Die HUK-COBURG-Lebensversicherung AG gehört diesem Sicherungsfonds an.

Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

a) Für das Vertragsverhältnis geltende Bedingungen

Mit Abschluss des Vertrags finden die Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung und – sofern beantragt – die Besonderen Bedingungen für die Dynamik Anwendung.

b) Angaben über Art und Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Leistung des Versicherers

Mit der Berufsunfähigkeitsversicherung bieten wir Ihnen eine finanzielle Absicherung bei Verlust des Arbeitseinkommens in Folge Berufsunfähigkeit.

Nähere Einzelheiten zu Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung unserer Leistung sind in den nach Abschnitt a) für Ihren Vertrag maßgeblichen Versicherungsbedingungen geregelt.

Ihrem Versicherungsschein können Sie entnehmen, welche Leistungen Sie abgeschlossen haben.

Gesamtpreis der Versicherung

Den zu zahlenden Beitrag können Sie dem Angebot, dem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten sowie dem Versicherungsschein entnehmen. Müssen nach Prüfung der Antragsangaben vom Antrag abweichende Vertragsbedingungen (Beitragszuschläge, Leistungseinschränkungen, Leistungsausschlüsse) vereinbart werden, erhalten Sie von uns ein neues Angebot. Sie können sich dann entscheiden, ob Sie dieses annehmen.

Gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten

Details entnehmen Sie bitte der jeweils aktuellen Gebührentabelle.

Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlweise der Beiträge

Für Ihre Versicherung sind laufende Beiträge für jede Versicherungsperiode zu entrichten. Versicherungsperiode ist entsprechend der vereinbarten Zahlweise ein Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr.

Zahlen Sie Ihren Beitrag nicht in jährlicher Form, erheben wir für zusätzliche Verwaltungsaufwendungen höhere Verwaltungskosten. Diese sind im Kostenausweis im Informationsblatt zu Versicherungsprodukten entsprechend berücksichtigt.

Bei Fälligkeit der Leistung können wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

Der erste Beitrag ist unverzüglich (das heißt ohne schuldhaftes Zögern) nach Abschluss des Vertrags und Aufforderung zur Zahlung fällig.

Wenn Sie Folgebeiträge zu zahlen haben, richten sich diese nach der vereinbarten Zahlweise, die Sie dem Versicherungsschein entnehmen können. Bei Einzug von Ihrem Konto sorgen Sie bitte für entsprechende Deckung.

Die Beitragszahlung endet bei Tod der versicherten Person, spätestens mit Ablauf der vereinbarten Dauer der Beitragszahlung.

Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen

Die vorliegenden Unterlagen basieren auf der Grundlage unserer aktuellen Beiträge und des genannten Versicherungsbeginns. Wird ein anderer Versicherungsbeginn gewünscht oder wird in der Zwischenzeit ein neuer Tarif eingeführt, können sich bis zum Abschluss des Vertrags Abweichungen ergeben.

Hinweis auf spezielle Risiken der Finanzdienstleistung

Entfällt.

Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll

Der Vertrag kommt endgültig zu Stande, wenn Sie den Versicherungsschein erhalten haben und Sie Ihr Widerrufsrecht nicht ausüben.

Den Versicherungsbeginn können Sie den Angaben im Angebot, im Informationsblatt zu Versicherungsprodukten, im Antrag sowie im Versicherungsschein entnehmen.

Ihr Versicherungsschutz beginnt grundsätzlich mit Abschluss des Vertrags, nicht aber vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Wir sind grundsätzlich nicht zur Leistung verpflichtet, sofern der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt war und Sie diese Nichtzahlung zu vertreten hatten.

Ihr Widerrufsrecht

Die Informationen über Ihr Widerrufsrecht und die vollständige Widerrufsbelehrung finden Sie in Ihrem Versicherungsantrag.

Laufzeit des Vertrags

Die Laufzeit des Vertrags können Sie dem Angebot, dem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten, dem Antrag sowie dem Versicherungsschein entnehmen. Die Mindestvertragslaufzeit beträgt zwei Jahre.

Beendigung des Vertrags, Kündigungsbedingungen

Es besteht die Möglichkeit, jederzeit zum Ende der laufenden Versicherungsperiode Ihren Beitrag zu reduzieren, die Versicherung beitragsfrei zu stellen oder zu kündigen. Die Dauer der Versicherungsperiode ist abhängig von der Beitragszahlung.

Einzelheiten zur Beendigung des Vertrags finden Sie in den beigefügten Versicherungsbedingungen im Paragraph „Wann und mit welchen Folgen können Sie Ihre Versicherung kündigen, Ihren Beitrag reduzieren oder Ihre Versicherung beitragsfrei stellen?“.

Welches Recht legt der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zum Versicherungsnehmer vor Abschluss des Versicherungsvertrages zu Grunde?

Auf die vorvertraglichen Beziehungen findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

Auf den Vertrag anwendbares Recht

Auf das Vertragsverhältnis findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

Sprachen

Sämtliche Kommunikation und Korrespondenz findet in deutscher Sprache statt.

Aufsichtsbehörden, außergerichtliche Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Einzelheiten dazu finden Sie in den entsprechenden Versicherungsbedingungen.

II. Vertragsspezifische Informationen nach § 2 VVG-InfoV

Angaben zur Höhe der in den Beitrag einkalkulierten Kosten

Die einkalkulierten Kosten werden im Rahmen eines individuellen Angebots in dem dort zur Verfügung gestellten Informationsblatt zu Versicherungsprodukten in Euro ausgewiesen.

Angaben zu möglichen sonstigen Kosten, insbesondere zu Kosten, die einmalig oder aus besonderem Anlass entstehen können

Bei Vertragsänderungen, die zu Leistungserhöhungen führen, fallen erneut Abschluss- und Vertriebs- sowie Verwaltungskosten an. Die Kosten werden in den Beitrag eingerechnet.

Bei jeder durchgeführten Dynamikerhöhung entstehen erneut Abschluss- und Vertriebs- sowie Verwaltungskosten für den zusätzlichen Beitrag.

Anlassbezogen entstehen Kosten, die wir nicht im Beitrag berücksichtigen können. Diese entnehmen Sie bitte der jeweils aktuellen Gebührentabelle.

Angaben über die für die Überschussermittlung und Überschussbeteiligung geltenden Berechnungsgrundsätze und Maßstäbe

Wir beteiligen Sie nach § 153 VVG an den Überschüssen und den Bewertungsreserven. Dies nennen wir Überschussbeteiligung.

Im Paragraph „Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?“ in den für Ihre Versicherung gültigen Versicherungsbedingungen erfahren Sie unter anderem

- zu welcher Bestandsgruppe Ihr Vertrag gehört,
- welche Arten von Überschüssen für Ihre Versicherung maßgeblich sind und
- wie die Überschüsse bei Ihrer Versicherung verwendet werden können.

Angabe der in Betracht kommenden Rückkaufswerte

Die in Betracht kommenenden Rückkaufswerte werden im Rahmen eines individuellen Angebots im Abschnitt „Ihre Leistung bei Beitragsfreistellung oder Kündigung“ ausgewiesen.

Angaben über den Mindestversicherungsbetrag für eine Umwandlung in eine beitragsfreie oder eine beitragsreduzierte Versicherung und über die Leistungen aus einer beitragsfreien oder beitragsreduzierten Versicherung

Anstatt zu kündigen, können Sie Ihren Beitrag reduzieren oder Ihre Versicherung beitragsfrei stellen.

Einzelheiten dazu finden Sie im Abschnitt „Ihre Leistung bei Beitragsfreistellung oder Kündigung“ in unserem Angebot sowie in den beigefügten Versicherungsbedingungen im Paragraph „Wann und mit welchen Folgen können Sie Ihre Versicherung kündigen, Ihren Beitrag reduzieren oder Ihre Versicherung beitragsfrei stellen?“.

Garantierte Rückkaufswerte und Leistungen aus einer beitragsfreien Versicherung

Nach den Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung beteiligen wir Sie im Falle einer Kündigung an den Überschüssen. Es wird kein Rückkaufswert ausgezahlt.

Anstatt zu kündigen, können Sie unter bestimmten Voraussetzungen Ihren Beitrag reduzieren oder Ihre Versicherung beitragsfrei stellen.

Einzelheiten dazu finden Sie im Abschnitt „Ihre Leistung bei Beitragsfreistellung oder Kündigung“ in unserem Angebot sowie in den beigefügten Versicherungsbedingungen im Paragraph „Wann und mit welchen Folgen können Sie Ihre Versicherung kündigen, Ihren Beitrag reduzieren oder Ihre Versicherung beitragsfrei stellen?“.

Angaben über die der Versicherung zu Grunde liegenden Fonds und die Art der darin enthaltenen Vermögenswerte

Entfällt.

Allgemeine Angaben über die für diese Versicherungsart geltende Steuerregelung

Angaben über die bei Abschluss Ihres Versicherungsvertrags geltenden Steuerregelungen finden Sie auf unserem Merkblatt „Steuerliche Informationen zu Ihrer Arbeitskraftabsicherung".

Bitte beachten Sie, dass alle hier und in den weiteren Angebotsunterlagen von uns gegebenen Informationen auf der bei Abschluss des Vertrags aktuellen Steuergesetzgebung beruhen.

Modellrechnung im Sinne von § 154 Absatz 1 VVG

Entfällt.

Begriff der Berufsunfähigkeit

Der Begriff „Berufsunfähigkeit" im Sinne dieser Versicherung stimmt nicht mit dem Begriff „Berufsunfähigkeit" oder „Erwerbsminderung" im sozialrechtlichen Sinn oder dem Begriff „Berufsunfähigkeit" im Sinne der Krankentagegeldversicherung überein.

HUK-COBURG
Lebensversicherung

Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung

Produktlinien: SBU Classic, SBU Premium, SBU Premium Plus

SBU 2022.01 V3

In diesen Bedingungen beschreiben wir alle Produktlinien. Regelungen ohne besondere Kennzeichnung durch „Premium Schutz“ oder „Premium Plus Schutz“ gelten für alle Produktlinien. Welche Produktlinie für Ihren Vertrag gilt, finden Sie in den Vertragsunterlagen.

Bitte beachten Sie: Zu Gunsten einer besseren Lesbarkeit sehen wir davon ab, die Sprachformen weiblich, männlich und divers (w/m/d) gleichzeitig zu nennen. Mit unseren Formulierungen wenden wir uns gleichermaßen an alle Geschlechter.

Versicherungsmathematischer Hinweis:
Bei der Tarifkalkulation haben wir unternehmensindividuelle, geschlechtsunabhängige Ausscheideordnungen verwendet. Als Rechnungszins haben wir 0,25 % angesetzt.

Inhaltsverzeichnis

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

§ 2 Was sind Berufsunfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit und was ist der versicherte Beruf im Sinne dieser Bedingungen?

§ 3 Welche Leistungen erbringen wir bei schwerer Krankheit?

§ 4 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

§ 5 Wann beginnt und wann endet Ihr Versicherungsschutz?

§ 6 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

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

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

§ 9 Wann teilen wir Ihnen mit, ob wir unsere Leistungspflicht anerkennen?

§ 10 Was gilt nach Anerkennung unserer Leistungspflicht?

§ 11 Was gilt bei Verletzung der Mitwirkungspflicht nach Anerkennung unserer Leistungspflicht?

§ 12 Unter welchen Voraussetzungen können Sie die versicherte Rente ohne erneute Risikoprüfung erhöhen oder den Versicherungsschutz verlängern?

§ 13 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

§ 14 Wer erhält die Leistung?

§ 15 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

§ 16 Was gilt bei Abschluss einer Start Police?

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

§ 18 Wann können Sie Ihren Beitrag überprüfen lassen (Berufswechseloption)?

§ 19 Wann und mit welchen Folgen können Sie Ihre Versicherung kündigen, Ihren Beitrag reduzieren oder Ihre Versicherung beitragsfrei stellen?

§ 20 Wie verrechnen wir die Kosten Ihrer Versicherung?

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

§ 22 Welche Kosten und Gebühren dürfen wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen?

§ 23 Welches Recht gilt für den Vertrag und welche Sprache ist Vertragssprache?

§ 24 Wo ist der Gerichtsstand?

§ 25 Wann können wir Ihre Beiträge oder Leistungen anpassen?

§ 26 Was gilt bei Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen?

§ 27 Welche Regelungen gelten bei Sonderkonditionen auf Grund einer kollektivrechtlichen Vereinbarung?

§ 28 Was gilt für das Beschwerdemanagement?

§ 1 – Welche Leistungen erbringen wir?

(1) Es besteht weltweiter Versicherungsschutz.

Leistungen wegen Berufsunfähigkeit

(2) Wird die versicherte Person während der Dauer dieser Versicherung zu mindestens 50 % berufsunfähig, so erbringen wir folgende Leistungen:

a) Wir befreien Sie von der Pflicht, Beiträge zu zahlen.

b) Wir zahlen eine Berufsunfähigkeitsrente monatlich im Voraus.

(3) Sie haben erstmals Anspruch auf die in Absatz 2 genannten Leistungen

- nach dem Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist, aber
- frühestens nach dem Ablauf des Monats, in dem Sie uns Ihre Berufsunfähigkeit gemeldet haben.

Haben Sie den **Premium Schutz** oder den **Premium Plus Schutz** abgeschlossen, leisten wir abweichend zu Satz 1 bereits nach dem Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist, auch wenn Sie uns diese erst später melden.

(4) Der Anspruch auf die Leistungen erlischt, wenn

- der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % sinkt.
- bei Berufsunfähigkeit als Folge von Pflegebedürftigkeit die Pflegebedürftigkeit nach § 2 Absatz 4 nicht mehr vorliegt.
- bei Berufsunfähigkeit als Folge eines Tätigkeitsverbots das Tätigkeitsverbot nach § 2 Absatz 5 nicht mehr vorliegt.
- bei Berufsunfähigkeit als Folge von Erwerbsminderung die Voraussetzungen nach § 2 Absatz 6 nicht mehr vorliegen.
- die versicherte Person stirbt.
- das Ende der vereinbarten Leistungsdauer der Berufsunfähigkeitsversicherung erreicht wird.

AL7132_SBU2022.01_2023.12_V3

Schutz bei Arbeitsunfähigkeit

(5) Haben Sie den Schutz bei Arbeitsunfähigkeit abgeschlossen, gilt: Wir erbringen folgende Leistungen, wenn die versicherte Person während der Dauer dieser Versicherung nach § 2 Absatz 8 arbeitsunfähig ist:

a) Wir befreien Sie von der Pflicht, Beiträge zu zahlen.

b) Wir zahlen eine Rente wegen Arbeitsunfähigkeit in Höhe der Berufsunfähigkeitsrente. Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus.

(6) Nach dem Ablauf des Monats, in dem die Arbeitsunfähigkeit eingetreten ist, haben Sie erstmals Anspruch auf die in Absatz 5 genannten Leistungen.

Sie können Zeiten der Arbeitsunfähigkeit geltend machen, die bis zu drei Jahre zurückliegen. Wir leisten bei Arbeitsunfähigkeit rückwirkend für maximal 24 Monate. Die drei Jahre gelten rückwirkend ab Ablauf des Monats, in dem Sie uns Ihre Arbeitsunfähigkeit melden. Die Beschränkung auf drei Jahre gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die verspätete Meldung nicht zu vertreten haben.

(7) Der Anspruch auf die Leistungen aus dem Schutz bei Arbeitsunfähigkeit erlischt, wenn eines der folgenden Ereignisse eintritt:

- Die ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person endet.
- Die versicherte Person stirbt.
- Das Ende der vereinbarten Leistungsdauer dieser Versicherung wird erreicht.
- Sie haben während der Laufzeit des Vertrags insgesamt 24 Monate Leistungen aus dem Schutz bei Arbeitsunfähigkeit dieses Vertrags bezogen.
- Die versicherte Person erhält Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aus diesem Vertrag. Weitere Informationen dazu finden Sie in Absatz 9.

Verhältnis der Leistungen wegen Berufsunfähigkeit und wegen Arbeitsunfähigkeit

(8) Leistungen wegen Berufsunfähigkeit und Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit können nicht für den gleichen Zeitraum bezogen werden.

(9) Ergibt unsere Prüfung, dass bei der versicherten Person Berufsunfähigkeit nach § 2 vorliegt, erbringen wir Leistungen wegen Berufsunfähigkeit. Diese Leistungen erbringen wir ab dem Monat, der dem Monat folgt, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Ab diesem Zeitpunkt werden die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit eingestellt. Haben wir für diesen Zeitraum schon Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht, gelten diese als Leistungen wegen Berufsunfähigkeit. Dieser Zeitraum wird nicht auf den maximal 24-monatigen Leistungszeitraum wegen Arbeitsunfähigkeit angerechnet.

(10) Soweit in den einzelnen Paragraphen nichts anderes geregelt ist, gelten die Regelungen bei Berufsunfähigkeit auch für die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit.

Regelungen für Berufsunfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit

(11) Bis wir über unsere Leistungspflicht entscheiden, müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiterzahlen. Wir werden diese bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen. Wenn gewünscht, stunden wir Ihnen die Beiträge unverzinst bis zur endgültigen Entscheidung über unsere Leistungspflicht. Lehnen wir es ab zu leisten, müssen Sie uns die gestundeten Beiträge nachzahlen. Sie haben dafür die folgenden Möglichkeiten:

- Sie zahlen die gestundeten Beiträge in einem Betrag nach.
- Sie vereinbaren mit uns die Rückzahlung der gestundeten Beiträge in Raten innerhalb eines Zeitraums von maximal 24 Monaten. Die Ratenzahlung kann dabei monatlich, vierteljährlich, oder halbjährlich erfolgen.

Wenn Sie die gestundeten Beiträge nicht nachzahlen, entnehmen wir sie Ihrem Vertrag. Dadurch reduziert sich die Leistung Ihres Vertrags, während die Beiträge unverändert bleiben. Die Leistung wird zum nächsten Termin der Beitragsfälligkeit neu ermittelt. Liegt der Jahresbetrag der Berufsunfähigkeitsrente nach der Reduzierung unter 300 Euro, endet die Versicherung.

(12) Ansprüche, die durch den Eintritt einer Berufsunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit vor Ablauf der Dauer dieser Versicherung entstanden sind, können auch nach deren Ablauf geltend gemacht werden. Lesen Sie dazu Absatz 3 beziehungsweise Absatz 6.

(13) Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.

(14) Bei Vereinbarung einer garantierten Rentensteigerung erhöht sich die Rente im Leistungsbezug jährlich. Die erste Erhöhung führen wir zu Beginn des Versicherungsjahres durch, das auf den Beginn der Rentenzahlung folgt.

Werden wir mehrfach leistungspflichtig, erhalten Sie zum jeweiligen Beginn des Leistungsbezugs die zu Beginn vereinbarte Rente. Davon ausgehend beginnt die garantierte Rentensteigerung im darauffolgenden Versicherungsjahr von Neuem.

Haben Sie das **Notfallpaket Kind** nach § 3 Absätze 7 bis 9 eingeschlossen, ändert die garantierte Rentensteigerung nichts an der Höhe der Leistungen aus dem Notfallpaket Kind. Das heißt, das Verhältnis der jeweiligen Kapitalleistung und der Rente ändert sich während des Leistungsbezugs jährlich.

(15) Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen beteiligen wir Sie an Überschüssen. Dadurch können zusätzliche Leistungen entstehen. Weitere Informationen dazu finden Sie in § 4.

Premium Schutz oder Premium Plus Schutz

Haben Sie den Premium Schutz oder den Premium Plus Schutz abgeschlossen, gilt zusätzlich:

(16) **Hilfe zur Umorganisation**

Sind Sie Selbständiger, gilt:

Wir zahlen eine einmalige Hilfe zur Umorganisation in Höhe einer halben Jahresrente. Dies gilt nur, wenn die versicherte Person ihren Betrieb nach § 2 Absatz 13 umorganisieren könnte und wir deswegen keine Leistung wegen Berufsunfähigkeit zahlen.

Diese Hilfe zur Umorganisation zahlen wir nur unter folgender Voraussetzung: Zum Zeitpunkt, zu dem Sie den Antrag auf Leistungen stellen, beträgt die verbleibende vertraglich vereinbarte Leistungsdauer für die Rente noch mindestens zwölf Monate. Wenn Sie innerhalb von sechs Monaten erneut einen Antrag auf Leistung aus Berufsunfähigkeit wegen derselben medizinischen Ursache stellen, gilt: Wenn wir unsere Leistungspflicht anerkennen, verrechnen wir die Zahlung aus der Hilfe zur Umorganisation mit den ausstehenden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit.

Diese Hilfe können Sie für jeden Antrag auf Leistungen erneut erhalten.

(17) **Wechseloption**

Sie können von Ihrer Versicherung ohne erneute vollständige Risikoprüfung in eine selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung mit Einschluss des Dienstunfähigkeitsrisikos wechseln. Dabei wird Ihre bisherige Versicherung beendet und für die neue Versicherung ein neuer Vertrag geschlossen.

Für das Ausüben der Wechseloption müssen die folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

- Für die Versicherung werden laufende Beiträge gezahlt.
- Für die versicherte Person wurden bis zum Zeitpunkt des Wechsels keine Leistungen auf Grund
  - einer Berufsunfähigkeit,
  - einer Arbeitsunfähigkeit oder
  - einer sonstigen Invalidität

  erbracht, anerkannt oder von Ihnen verlangt.

  Dies gilt für Leistungen
  - aus entsprechenden Versicherungen bei uns,
  - eines anderen Versicherungsunternehmens oder
  - eines Sozialversicherungsträgers.

Die versicherte Person kann die Wechseloption nur wahrnehmen, wenn sie

- in ein Beamtenverhältnis eintritt und
- die Wechseloption innerhalb von 12 Monaten danach in Textform beantragt.

Die neuen versicherten Leistungen dürfen

- die vor dem Wechsel vereinbarten Leistungen und
- die maximal versicherbaren Leistungen der neuen Berufsunfähigkeitsversicherung mit Einschluss des Dienstunfähigkeitsrisikos

nicht übersteigen.

Das zum Zeitpunkt des Wechsels vereinbarte Ende der Versicherungs- und Leistungsdauer gilt grundsätzlich auch für die neue Berufsunfähigkeitsversicherung.

Lassen unsere Annahmerichtlinien für die die neue Berufsunfähigkeitsversicherung nur ein frühzeitigeres Ende der Versicherungs- oder Leistungsdauer zu, gilt nach dem Wechsel jeweils dieses frühzeitigere Ende.

Für die neue Berufsunfähigkeitsversicherung mit Einschluss des Dienstunfähigkeitsrisikos gilt:

- Der Wechsel erfolgt durch Neuabschluss in einen für das Neugeschäft offenen Tarif. Entsprechend gelten dessen Rechnungsgrundlagen und Versicherungsbedingungen.

  Im Rahmen dessen übernehmen wir die individuelle Gestaltung Ihrer bisherigen Versicherung auch für die neue Berufsunfähigkeitsversicherung, soweit dies möglich ist. Unter individueller Gestaltung verstehen wir beispielsweise Beitragszahlung, Überschussverwendung, Optionen und ähnliches.
- Für den Wechsel benötigen wir von Ihnen Angaben zu den für die Tarifierung relevanten Merkmalen. Dazu zählen zum Beispiel Größe, Gewicht und Rauchverhalten. Auf eine erneute vollständige Risikoprüfung verzichten wir.
- Wir ermitteln den Beitrag der neuen Versicherung nach dem Tarif, dem Alter der versicherten Person und dem zu versichernden Beruf zum Zeitpunkt des Wechsels.
- Ein in Ihrer Versicherung zum Zeitpunkt des Wechsels gegebenenfalls vorhandenes Deckungskapital rechnen wir für die neue Berufsunfähigkeitsversicherung nicht an beziehungsweise übertragen es nicht.
- Die Kosten für die neue Versicherung können Sie dem neuen Versicherungsschein entnehmen.

Premium Plus Schutz

Haben Sie den Premium Plus Schutz abgeschlossen, gilt zusätzlich:

(18) **Hilfe zur Rehabilitation**

Wird die versicherte Person

- während der Dauer dieser Versicherung berufsunfähig und
- nimmt sie deswegen auf ihren eigenen Wunsch hin eine Dienstleistung zur beruflichen Rehabilitation auf eigene Kosten in Anspruch,

übernehmen wir auf Antrag 80 % der Kosten für

- eine Online-Psychotherapie oder
- eine andere Rehabilitationsmaßnahme.

Die Hilfe zur Rehabilitation können Sie einmalig oder mehrfach nutzen. Insgesamt darf die Summe aller in Anspruch genommenen Hilfen zur Rehabilitation einen Betrag

- in Höhe des Vierfachen der Monatsrente und
- von höchstens 2.000 Euro

nicht übersteigen.

Dabei berücksichtigen wir alle bei der HUK-COBURG-Lebensversicherung AG auf die versicherte Person abgeschlossenen Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherungen.

Sie können aus allen am Markt verfügbaren entsprechenden Dienstleistern frei wählen. Ob die Maßnahmen tatsächlich den angestrebten Erfolg erzielen, ist für unsere Leistung ohne Bedeutung.

Wir zahlen die Hilfe nur dann, wenn die Dienstleistung nach unserer Einschätzung geeignet ist, dazu beizutragen, Ihre Berufsfähigkeit schneller wiederherzustellen. Dies prüfen wir gerne vorab.

(19) **Wiedereingliederungshilfe**

Wir zahlen Ihnen eine einmalige Wiedereingliederungshilfe in Höhe von sechs Monatsrenten, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Unsere Leistungspflicht endet, weil die versicherte Person einen Verweisungsberuf nach § 2 Absatz 11 ausübt.
- Zum Ende der Leistungspflicht hätte die Leistungsdauer der Rente noch mindestens zwölf Monate betragen.
- Wir leisteten auf Grund einer anerkannten Berufsunfähigkeit nach § 2 Absätze 1 bis 3.

Wird die versicherte Person innerhalb von sechs Monaten aus gleichem Grund nach § 2 Absätze 1 bis 3 berufsunfähig, verrechnen wir im Fall der Anerkennung die gewährte Wiedereingliederungshilfe mit den dann fälligen Rentenleistungen.

Die Wiedereingliederungshilfe können Sie während der Vertragslaufzeit erneut erhalten, wenn die Voraussetzungen erneut erfüllt sind.

(20) **Leistungen bei schwerer Krankheit**

Wir erbringen eine Leistung, wenn die versicherte Person beziehungsweise ein Kind der versicherten Person nach § 3 erkrankt. Näheres dazu finden Sie in § 3.

Ausschlüsse

(21) Wenn wir mit Ihnen Ausschlüsse vereinbart haben und besondere Vereinbarungen zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes getroffen wurden, gelten diese für die Leistungen bei

- Berufsunfähigkeit nach § 2 Absätze 1 bis 7,
- Arbeitsunfähigkeit nach § 2 Absatz 8 und
- schwerer Krankheit nach § 3.

§ 2 – Was sind Berufsunfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit und was ist der versicherte Beruf im Sinne dieser Bedingungen?

Berufsunfähigkeit

(1) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die versicherte Person
  - ist außerstande, Ihren Beruf auszuüben und
  - dieser Zustand wird voraussichtlich für mindestens drei Jahre ab Beginn ununterbrochen andauern.

  Diese Voraussetzung gilt ab Beginn des Zustands als erfüllt.

  Alternativ gilt: Die versicherte Person
  - war während der Dauer dieser Versicherung sechs Monate ununterbrochen außerstande, ihren Beruf auszuüben und
  - dieser Zustand dauert fort.

  Diese Voraussetzung gilt zum Ende dieses Sechs-Monats-Zeitraums als erfüllt.
- Die Ursache für die Berufsunfähigkeit ist eine Krankheit, eine Verletzung des Körpers oder ein mehr als altersentsprechender Kräfteverfall. Die Ursache ist ärztlich nachgewiesen.
- Die versicherte Person übt keinen Verweisungsberuf nach Absatz 11 aus.

(2) Haben Sie den **Premium Schutz** oder den **Premium Plus Schutz** abgeschlossen, gilt abweichend von Absatz 1:

Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die versicherte Person
  - ist außerstande, Ihren Beruf auszuüben und
  - dieser Zustand wird voraussichtlich für mindestens sechs Monate ab Beginn ununterbrochen andauern.

  Alternativ gilt: Die versicherte Person
  - war während der Dauer dieser Versicherung sechs Monate ununterbrochen außerstande, ihren Beruf auszuüben und
  - dieser Zustand dauert fort.

  Diese Voraussetzung gilt in beiden Fällen ab Beginn des Zustands als erfüllt.
- Die Ursache für die Berufsunfähigkeit ist eine Krankheit, eine Verletzung des Körpers oder ein mehr als altersentsprechender Kräfteverfall. Die Ursache wurde ärztlich nachgewiesen.
- Die versicherte Person übt keinen Verweisungsberuf nach Absatz 11 aus.

(3) Teilweise Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die oben genannten Voraussetzungen nur in einem bestimmten Grad erfüllt sind. Die Mindestzeiträume (sechs Monate beziehungsweise drei Jahre) gelten auch für die teilweise Berufsunfähigkeit.

Premium Schutz und Premium Plus Schutz

Haben Sie den Premium Schutz oder den Premium Plus Schutz abgeschlossen, gelten zusätzlich folgende Auslöser für die Berufsunfähigkeit:

(4) **Berufsunfähigkeit als Folge von Pflegebedürftigkeit**

Berufsunfähigkeit als Folge von Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die Ursache der Hilflosigkeit ist eine Krankheit, eine Verletzung des Körpers oder ein mehr als altersentsprechender Kräfteverfall.
- Die Hilfe wird
  - in erheblichem Umfang,
  - täglich,
  - auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel und
  - voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen

  benötigt.
- Die versicherte Person ist so hilflos, dass sie für mindestens drei der nachfolgenden Verrichtungen die Hilfe einer anderen Person benötigt:
  - **Fortbewegen im Zimmer**

    Die versicherte Person ist hilfebedürftig, wenn sie sich nur mit Hilfe einer anderen Person fortbewegen kann. Dies muss auch bei Verwendung einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls gelten.
  - **Aufstehen und Zubettgehen**

    Die versicherte Person ist hilfebedürftig, wenn sie nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.
  - **An- und Auskleiden**

    Die versicherte Person ist hilfebedürftig, wenn sie sich nur mit Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann. Dies muss auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung gelten.
  - **Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken**

    Die versicherte Person ist hilfebedürftig, wenn sie nur mit Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann. Dies muss auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße gelten.
  - **Waschen, Kämmen oder Rasieren**

    Die versicherte Person ist hilfebedürftig, wenn sie von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss. Die dafür erforderlichen Körperbewegungen kann sie nicht mehr ausführen.
  - **Verrichten der Notdurft**

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

    Dies gilt nicht, wenn allein eine Inkontinenz des Darms beziehungsweise der Blase besteht, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann.

Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

(5) **Berufsunfähigkeit als Folge eines Tätigkeitsverbots – Infektionsklausel**

Berufsunfähigkeit als Folge eines Tätigkeitsverbots liegt vor, wenn bei der versicherten Person folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Von ihr geht eine Infektionsgefahr aus, weil bei ihr eine Infektion, Krankheit oder Ausscheidung festgestellt wurde.
- Das Tätigkeitsverbot wurde nicht ausschließlich wegen eines Verdachts auf eine Infektion, Krankheit oder Ausscheidung ausgestellt.
- Die zuständige Behörde hat ihr nach § 31 Bundesinfektionsschutzgesetz (IfSG) die berufliche Tätigkeit ganz oder teilweise untersagt. Bitte beachten Sie: Ein Tätigkeitsverbot allein auf Grund einer präventiven Allgemeinverfügung erfüllt die Voraussetzung der hier versicherten Infektionsklausel nicht.
- Sie darf ihre Tätigkeit zu mindestens 50 % nicht mehr ausüben.
- Das Tätigkeitsverbot muss sich über mindestens sechs Monate erstrecken.
- Ihr Arbeitgeber betraut sie für die Dauer des Verbots nicht mit einer anderen Tätigkeit.
- Sie übt keinen Verweisungsberuf nach Absatz 11 aus.

(6) **Berufsunfähigkeit als Folge von voller Erwerbsminderung – Erwerbsminderungsklausel**

Berufsunfähigkeit als Folge von voller Erwerbsminderung liegt vor, wenn bei der versicherten Person folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Sie erhält eine unbefristete Rente wegen voller Erwerbsminderung von der Deutschen Rentenversicherung nach § 43 Absatz 2 Sozialgesetzbuch VI (SGB VI) in der Fassung vom 22.04.2021. Das bedeutet: Eine volle Erwerbsminderung liegt vor, wenn die versicherte Person wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein.
- Diese Rente erhält sie allein aus medizinischen Gründen.
- Der Vertrag besteht bei Eintritt der vollen Erwerbsminderung seit mindestens zehn Jahren.
- Es wurden keine Leistungsausschlüsse vereinbart.

Premium Plus Schutz

Haben Sie den Premium Plus Schutz abgeschlossen, gilt zusätzlich folgender Auslöser für die Berufsunfähigkeit:

(7) **Berufsunfähigkeit bei Beschäftigung in Teilzeit – Teilzeitklausel**

Vollständige Berufsunfähigkeit liegt auch vor, wenn die versicherte Person

- nach dem Gesetz über Teilzeitarbeit und befristete Arbeitsverträge (TzBfG) in Teilzeit beschäftigt ist und
- die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen nur noch an weniger als drei Stunden pro Arbeitstag ausüben kann.

Arbeitsunfähigkeit

(8) Für den Schutz bei Arbeitsunfähigkeit gilt zusätzlich folgender Auslöser: Die versicherte Person gilt als arbeitsunfähig im Sinne dieser Bedingungen, wenn sie eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt:

- Sie ist seit mindestens sechs Monaten ununterbrochen von einem Arzt krankgeschrieben.
- Sie ist seit mindestens vier Monaten ununterbrochen von einem Arzt krankgeschrieben. Zusätzlich bescheinigt ein Facharzt der entsprechenden Fachrichtung, dass dieser Zustand voraussichtlich ununterbrochen bis zum Ende eines insgesamt sechsmonatigen Zeitraums anhält.

Diese Voraussetzung gilt in beiden Fällen ab Beginn der Krankschreibung als erfüllt.

Die Krankschreibung muss mit einer auf die versicherte Person ausgestellten Bescheinigung entsprechend § 5 Entgeltfortzahlungsgesetz (EntgFG) nachgewiesen werden.

Ist die versicherte Person kein Arbeitnehmer im Sinne des EntgFG, müssen Sie uns entsprechende Bescheinigungen einreichen.

Arbeitsversuche im Rahmen einer ärztlich verordneten stufenweisen Wiedereingliederung nach § 74 SGB V, stellen keine Unterbrechung der Arbeitsunfähigkeit dar.

Versicherter Beruf

(9) Als versicherter Beruf im Sinne von Absatz 1 gilt der zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübte Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war. Bei Hausfrauen oder Hausmännern ist deren hauswirtschaftliche Tätigkeit versichert.

(10) Als versicherter Beruf im Sinne von Absatz 1 gilt bei

- **Studenten** das zuletzt ausgeübte Studium. Als Studium gilt ein Studium an einer Hochschule. Der angestrebte Studienabschluss muss in Deutschland staatlich anerkannt sein.

  Haben Sie den **Premium Plus Schutz** abgeschlossen, gilt zusätzlich: Studenten sind auch berufsunfähig, wenn sie das mit dem Abschluss des zuletzt belegten Studiengangs verbundene Berufsbild nicht mehr

ausüben können. Nach Abschluss oder nach Abbruch des Studiums gilt dies nicht mehr.

- **Auszubildenden** die zuletzt betriebene Ausbildung. Als Ausbildung gilt eine Berufsausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf.

  Auszubildende sind auch berufsunfähig, wenn sie den mit der Ausbildung angestrebten Ausbildungsberuf nicht mehr ausüben können. Nach Abschluss oder nach Abbruch der Ausbildung gilt dies nicht mehr.

- **Schülern** die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Schüler.

(11) Ein Verweisungsberuf ist eine vom bisherigen Beruf abweichende Tätigkeit,

- die die versicherte Person auf Grund ihrer Ausbildung, Fähigkeiten, Kenntnisse und Erfahrungen ausüben kann und
- die der bisherigen Lebensstellung der versicherten Person hinsichtlich Einkommen und sozialer Wertschätzung entspricht.

Die für die versicherte Person im Verweisungsberuf zumutbare Einkommensreduzierung bewerten wir bezogen auf den Einzelfall. Dabei orientieren wir uns an den Grundsätzen der Rechtsprechung. Wir vergleichen das im Verweisungsberuf erzielte Bruttoeinkommen mit dem Bruttoeinkommen im zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war. Die zumutbare Einkommensreduzierung beträgt maximal 20 %.

(12) Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung. Das heißt, wir verweigern die Anerkennung einer Berufsunfähigkeit nicht mit der Begründung, dass die versicherte Person im Stande wäre, einen Verweisungsberuf auszuüben.

(13) Bei Selbstständigen berücksichtigen wir bei der Beurteilung der Berufsunfähigkeit

- die konkrete Gestaltung des Betriebs und
- die zumutbaren Möglichkeiten einer Umorganisation.

Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn Folgendes gilt:

- Sie ist betrieblich sinnvoll.
- Eine Einkommensreduzierung liegt in einem zumutbaren Rahmen. Dies bewerten wir bezogen auf den Einzelfall. Dabei orientieren wir uns an den Grundsätzen der Rechtsprechung. Anstatt des jährlichen Bruttoeinkommens wird bei Selbstständigen der durchschnittliche steuerliche Jahresgewinn der letzten drei Jahre als Vergleichsmaßstab herangezogen. Die zumutbare Einkommensreduzierung beträgt maximal 20 %.
- Die Stellung der versicherten Person bezogen auf die Weisungs- und Direktionsbefugnis bleibt gleich.

Haben Sie den **Premium Schutz** oder den **Premium Plus Schutz** abgeschlossen, verzichten wir auf die Prüfung der Umorganisation,

- wenn der versicherte Selbstständige eine akademische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat und in seiner täglichen Arbeitszeit mindestens zu 90 % kaufmännische, planerische, leitende oder organisatorische Tätigkeiten ausübt oder
- wenn der Betrieb im Durchschnitt über die letzten drei Jahre weniger als fünf Mitarbeiter beschäftigt. Zu den fünf Mitarbeitern zählen nur aus- oder angelernte Angestellte. Auszubildende, Praktikanten oder Werkstudenten bleiben dabei unberücksichtigt.

(14) Scheidet die versicherte Person aus dem Berufsleben aus, prüfen wir den zuletzt vor Ausscheiden aus dem Berufsleben ausgeübten Beruf und die damit verbundene Lebensstellung.

(15) Solange der Versicherungsfall nicht eingetreten ist, müssen Sie uns einen Wechsel oder ein Ende der beruflichen Tätigkeit nicht mitteilen.

§ 3 – Welche Leistungen erbringen wir bei schwerer Krankheit?

(1) Haben Sie den **Premium Plus Schutz** abgeschlossen, erbringen wir zusätzlich folgende Leistungen:

Schnelle Hilfe

(2) Wir erbringen auf Antrag einmalig für bis zu 18 Monate folgende Leistungen, wenn die versicherte Person nach Absatz 4 erkrankt:

- Wir befreien Sie von der Pflicht, Beiträge zu zahlen.
- Wir zahlen die schnelle Hilfe in Höhe der Berufsunfähigkeitsrente. Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus.

Es genügt ein vereinfachter Nachweis der Krankheit nach § 8 Absatz 6.

(3) Sie erhalten die schnelle Hilfe nicht, wenn

- Sie bereits Leistungen auf Grund von Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit erhalten oder
- der Vertrag zum Zeitpunkt der Diagnose der Krankheit nach Absatz 4 weniger als sechs Monate besteht. Diese Frist gilt auch für Erhöhungen. Sie gilt nicht für Erhöhungen aus einer Dynamik.

(4) Eine Krankheit der versicherten Person ist versichert, wenn sie während der Dauer dieser Versicherung an

- Krebs
- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Querschnittslähmung

erkrankt.

Eine Definition der Krankheiten finden Sie unter den Buchstaben a) bis d).

a) **Krebs**

Eine bösartige Krebserkrankung ist versichert, wenn mindestens einer der folgenden Fälle vorliegt: Die versicherte Person hat wegen dieser Krankheit

– eine Chemotherapie begonnen oder diese ist terminiert.

– eine Strahlentherapie begonnen oder diese ist terminiert. Nicht versichert sind lokale Strahlentherapien von Hauttumoren.

– mindestens eine Lymphknotenmetastase.

– eine palliative Therapie begonnen.

b) **Herzinfarkt**

Ein Herzinfarkt ist versichert, wenn

– der Herzinfarkt die Herzleistung anhaltend einschränkt und

– die Herzleistung ist so stark eingeschränkt, dass ein Facharzt eine Reduktion der Ejektionsfraktion auf weniger als 35 Prozent feststellt. Diese Reduktion hält mindestens 14 Tage an. Sie liegt trotz medikamentöser Behandlung vor.

c) **Schlaganfall**

Ein Schlaganfall ist versichert, wenn

– der Schlaganfall der versicherten Person zu einer Lähmung einer Körperhälfte mit einem Kraftverlust führt und

– der Kraftverlust durch den Schlaganfall so stark ist, dass ein Facharzt ein Kraftgrad von maximal zwei nach Janda feststellt. Der Kraftverlust hält über mindestens 14 Tage hinweg an.

d) **Querschnittslähmung**

Eine Querschnittslähmung ist versichert, wenn die versicherte Person wegen einer Querschnittslähmung auf einen Rollstuhl angewiesen ist.

(5) Erkrankt die versicherte Person nach Absatz 4, erbringen wir die monatliche Leistung ab Beginn des darauffolgenden Monats.

Die Leistung endet, wenn

- wir für 18 Monate die schnelle Hilfe erbracht haben oder
- die vertragliche Leistungsdauer der Berufsunfähigkeitsversicherung abgelaufen ist oder
- die versicherte Person verstorben ist.

Die Leistung endet nicht, wenn sich der Gesundheitszustand der versicherten Person vor Ablauf der 18 Monate verbessert.

(6) Leistungen wegen Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit müssen Sie zusätzlich beantragen. Wir erbringen diese nicht automatisch, wenn die schnelle Hilfe endet. Den Antrag können Sie gleichzeitig mit dem Antrag auf die schnelle Hilfe oder zu einem späteren Zeitpunkt stellen.

Leistungen wegen Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit erbringen wir nicht gleichzeitig mit der schnellen Hilfe.

Notfallpaket Kind

(7) Wir erbringen auf Antrag eine Kapitalleistung, wenn ein leibliches oder adoptiertes Kind der versicherten Person

- nach Absatz 9 erkrankt und

- zu diesem Zeitpunkt mindestens ein Jahr alt ist und das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Die Höhe der Kapitalleistung beträgt

- das Zwölffache der Monatsrente.

  Erhöhungen der Monatsrente aus der garantierten Rentensteigerung nach § 1 Absatz 14, berücksichtigen wir dabei nicht.

- maximal 12.000 Euro.

Die Summe der Leistungen aus einem Notfallpaket Kind darf aus allen bei der HUK-COBURG-Lebensversicherung AG abgeschlossenen Versicherungen für jedes Kind und die jeweilige Krankheit 12.000 Euro nicht überschreiten.

Der Anspruch auf die Leistung entsteht, nachdem ein Facharzt die Diagnose einer Krankheit nach Absatz 9 gestellt hat.

(8) Sie erhalten keine Leistung aus dem Notfallpaket Kind, wenn

- eine versicherte Krankheit bereits zur Leistungspflicht geführt hat und diese Krankheit bei der gleichen Person ein weiteres Mal eintritt.
- Symptome der Krankheit oder die Krankheit selbst innerhalb eines Jahres
  - nach der Geburt des Kindes auftreten.
  - nach Beginn der Versicherung auftreten.

(9) Eine Krankheit ist versichert, wenn ein leibliches oder adoptiertes Kind der versicherten Person während der Dauer der Versicherung

- erstmalig an Krebs erkrankt oder
- einen Unfall erleidet.

Eine Definition der Krankheiten finden Sie unter den Buchstaben a) und b).

a) **Krebs**

Eine Krebserkrankung ist versichert, wenn der bösartige Tumor

– unkontrolliert wächst und

– bereits in umliegendes Gewebe eingedrungen ist.

Zusätzlich versichert sind auch bösartige Tumore

– des Blutes wie zum Beispiel Leukämie,

– der blutbildenden Organe wie zum Beispiel im Knochenmark und

– des Lymphsystems wie zum Beispiel Morbus Hodgkin.

Die Diagnose muss durch

– eine feingewebliche Untersuchung (Histologie) oder

– eine Untersuchung der Blutzellen (Zytologie) gesichert

und von einem Facharzt bestätigt werden.

Nicht versichert sind Krebsvorstufen oder frühe Krebsstadien. Das sind im Sinne dieser Bedingungen Tumore, die histologisch oder zytologisch als

– prämaligne

– nicht-invasiv oder

– als Carcinoma in Situ

eingestuft werden.

b) **Unfall**

Ein Unfall ist ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis.

Ein Unfall ist versichert, wenn das Kind durch den Unfall

– unfreiwillig eine Gesundheitsbeschädigung erleidet und

– mehr als zwei Wochen ununterbrochen vollstationär im Krankenhaus behandelt werden muss. Einrichtungen für die Rehabilitation sind davon ausgeschlossen.

Nicht versichert sind Unfälle durch

– Geistes- oder Bewusstseinsstörungen,

– epileptische Anfälle oder

– andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper betreffen.

§ 4 – Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

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

Nachfolgend beantworten wir Ihnen diese Fragen:

- Wie ermitteln wir den Überschuss des Geschäftsjahres und wie verwenden wir diesen? Lesen Sie dazu Absatz 2.
- Wie beteiligen wir Ihren Vertrag am Überschuss? Lesen Sie dazu die Absätze 3 bis 5.
- Wie entstehen Bewertungsreserven und wie ordnen wir diese Ihrem Vertrag zu? Lesen Sie dazu Absatz 6.
- Wie führen wir die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags konkret durch? Lesen Sie dazu die Absätze 7 bis 12.
- Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung Ihres Vertrags nicht garantieren? Lesen Sie dazu Absatz 13.
- Wie informieren wir Sie über die Überschussbeteiligung? Lesen Sie dazu Absatz 14.

Wie ermitteln wir den Überschuss des Geschäftsjahres und wie verwenden wir diesen?

(2) Den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens (Rohüberschuss) ermitteln wir nach handels- und aufsichtsrechtlichen Vorschriften.

Den für die Überschussbeteiligung festgelegten Teil des Rohüberschusses

- schreiben wir unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungsverträgen gut (Direktgutschrift) oder
- führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) zu (Mindestzuführung).

  Dabei beachten wir insbesondere die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung). Nach der aktuell geltenden Fassung kann diese Mindestzuführung zur RfB mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde BaFin in Ausnahmefällen reduziert werden.

<u>Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB)</u>

Die RfB dient vorrangig dazu, Schwankungen der Ertragslage über mehrere Jahre auszugleichen.

Die RfB dürfen wir grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwenden. Nur in gesetzlich festgelegten Ausnahmefällen können wir hiervon mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde abweichen.

Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Überschussbeteiligung Ihres Vertrags ergeben sich weder aus der Zuführung noch aus der Höhe der Rückstellung für Beitragsrückerstattung.

Wie beteiligen wir Ihren Vertrag am Überschuss?

(3) Gleichartige Versicherungen fassen wir zu einzelnen Bestandsgruppen zusammen. Bestandsgruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen.

Innerhalb einer Bestandsgruppe unterscheiden wir die Überschussbeteiligung je nach Tarif und nach einer gegebenenfalls angewendeten Sonderkondition.

(4) Den Überschuss verteilen wir auf die einzelnen Bestandsgruppen nach einem verursachungsorientierten Verfahren. Dies bedeutet, dass jede Bestandsgruppe Überschüsse derart erhält, wie sie zur Entstehung von Überschüssen beigetragen hat.

Ihre Versicherung ordnen wir der Bestandsgruppe der Berufsunfähigkeitsversicherungen zu. Den Tarif und eine gegebenenfalls angewendete Sonderkondition finden Sie in Ihrem Versicherungsschein.

Die Höhe der Überschussanteilsätze legen wir jedes Jahr fest. Wir veröffentlichen sie in unserem Geschäftsbericht. Den zu Ihrer Versicherung gehörenden Überschussanteilsatz finden Sie dort unter Ihrem Tarif und Ihrer gegebenenfalls angewendeten Sonderkondition. Den Geschäftsbericht können Sie bei uns anfordern und finden Sie auf unserer Website.

(5) Der Vorstand legt jedes Jahr die Überschussanteilsätze auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars fest. Dies nennen wir Überschussdeklaration. Dabei unterscheidet er je nach Bestandsgruppe, Tarif und Sonderkondition.

Die für Ihren Vertrag benötigten Mittel werden durch die Direktgutschrift beziehungsweise durch eine Entnahme aus der RfB finanziert.

Wie entstehen Bewertungsreserven und wie ordnen wir diese Ihrem Vertrag zu?

(6) Wir ermitteln die Bewertungsreserven, indem wir den Marktwert der Kapitalanlagen mit dem Bilanzwert der Kapitalanlagen vergleichen. Ist der Marktwert höher als der Bilanzwert, gibt es Bewertungsreserven.

Da es sich bei einer Berufsunfähigkeitsversicherung um eine Risikoversicherung handelt, stehen keine oder nur geringfügige Beträge zur Verfügung, um Kapital zu bilden. Dadurch entstehen auch keine oder nur geringfügige Bewertungsreserven.

Wir ordnen die Bewertungsreserven den berechtigten Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig rechnerisch zu. Voraussetzung dafür ist:

- Es entstehen Bewertungsreserven.
- Die Bewertungsreserven sind nach gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen.

Die Höhe der Bewertungsreserven ermitteln wir jährlich neu. Zusätzlich ermitteln wir diesen Wert für den Zeitpunkt der Beendigung eines Vertrags.

Wie führen wir die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags konkret durch?

(7) **Überschüsse in Zeiten ohne Leistungsbezug**

Laufende Überschussanteile

Diese Versicherung erhält laufende Risikoüberschussanteile.

Wir teilen diese zu jeder Fälligkeit des Beitrags zu. Bei beitragsfreien Versicherungen teilen wir die Risikoüberschussanteile monatlich zu.

Den Risikoüberschuss berechnen wir

- bei laufender Beitragszahlung in Prozent der Summe der Risiko-, Spar- und Kostenbeiträge einer Versicherungsperiode.
- für beitragsfreie Versicherungen in Prozent des tatsächlichen Risikobeitrags des jeweiligen Monats.

(8) **Verwendung der Überschüsse in Zeiten ohne Leistungsbezug**

Die laufenden Überschussanteile werden

- bei laufender Beitragszahlung mit den Beiträgen verrechnet.
- bei beitragsfreien Versicherungen verzinslich angesammelt.

(9) **Überschüsse im Leistungsbezug**

Wir berechnen die laufenden Überschussanteile zu Beginn eines jeden Monats und teilen sie sofort zu.

Wir berechnen für Ihren Vertrag laufende Zinsüberschussanteile in Prozent einer Bemessungsgrundlage: Diese Bemessungsgrundlage ermitteln wir aus dem Deckungskapital zum Monatsbeginn.

(10) **Verwendung der Überschüsse im Leistungsbezug**

Wir ermitteln aus den laufenden Überschussanteilen eine Bonusrente. Die Bonusrente wird zusätzlich im Leistungsbezug ausgezahlt. Sie erhöht die Berufsunfähigkeitsrente. Mit Ende des Leistungsbezugs verfallen bis dahin entstandene Bonusrenten.

(11) **Beteiligung an Bewertungsreserven**

Zusätzlich teilen wir Ihrem Vertrag bei Beendigung den für diesen Zeitpunkt aktuell zugeordneten Anteil an den Bewertungsreserven zu. Dabei halten wir uns an die jeweils geltende gesetzliche Regelung. Aktuell sieht § 153 Absatz 3 VVG eine Beteiligung in Höhe der Hälfte der zugeordneten Bewertungsreserven vor.

Die Höhe der Bewertungsreserven ist von der Wertentwicklung der Kapitalanlagen abhängig und ist Schwankungen unterworfen. Sie kann demnach auch Null sein. Außerdem können aufsichtsrechtliche Regelungen dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

(12) **Auszahlung der Überschüsse bei Beendigung der Versicherung**

Bei Tod der versicherten Person oder zum vereinbarten Ende der Versicherung wird ein vorhandenes Überschussguthaben zusammen mit Ihrer Beteiligung an den Bewertungsreserven nach Absatz 11 ausgezahlt.

Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

(13) Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese Einflüsse sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Einflussfaktoren sind insbesondere die Entwicklung des Kapitalmarkts, des versicherten Risikos und der Kosten.

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

Wie informieren wir Sie über die Überschussbeteiligung?

(14) Wir veröffentlichen jährlich im Geschäftsbericht:

- den Überschuss und die zum Bilanzstichtag vorhandenen Bewertungsreserven des Unternehmens. Diese Werte ermitteln wir nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches (HGB).
- die festgelegten Überschussanteilsätze. Die zu Ihrer Versicherung gehörenden Überschussanteilsätze finden Sie dort unter Ihrem Tarif und Ihrer gegebenenfalls angewendeten Sonderkondition.

Den Geschäftsbericht können Sie bei uns anfordern. Sie finden ihn auch auf unserer Website.

Über den Stand Ihrer Ansprüche informieren wir Sie jährlich. Dabei berücksichtigen wir die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags.

§ 5 – Wann beginnt und wann endet Ihr Versicherungsschutz ?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie den Vertrag mit uns abgeschlossen haben. Vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung besteht kein Versicherungsschutz. Unsere Leistungspflicht kann entfallen, wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen. Das heißt, Sie können in diesem Fall Ihren Versicherungsschutz verlieren. Weitere Informationen finden Sie in § 15 Absatz 2 und 3 sowie § 17.

Ihre Versicherung beginnt um 0.00 Uhr des ersten Tages und endet um 24.00 Uhr des letzten Tages der vereinbarten Dauer des Vertrags.

§ 6 – In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Unsere Leistungspflicht gilt grundsätzlich unabhängig davon, auf welcher Ursache die Berufsunfähigkeit beruht. Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:

a) durch die vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person

In folgendem Fall werden wir dennoch leisten: Sie begehen eine Ordnungswidrigkeit im Straßenverkehr.

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

c) durch eine der folgenden Handlungen der versicherten Person:

- absichtliche Herbeiführung von Krankheit
- absichtliche Herbeiführung von mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall
- absichtliche Selbstverletzung
- versuchte Selbsttötung

In folgendem Fall werden wir dennoch leisten: Die versicherte Person hat diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen. Dies muss uns nachgewiesen werden.

d) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie vorsätzlich die Berufsunfähigkeit herbeigeführt haben

e) durch Strahlung als Folge von Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährdet, dass zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Behörde tätig wurde

Dieser Ausschluss gilt in folgendem Fall nicht:

Die Strahlung ist verursacht durch ein Ereignis, von dem insgesamt höchstens 1.000 Menschen so betroffen sind, dass für sie gilt:

- Die Menschen sterben unmittelbar nach dem Ereignis.
- Die Menschen sterben voraussichtlich innerhalb von fünf Jahren nach dem Ereignis.
- Die Menschen werden voraussichtlich innerhalb von fünf Jahren nach dem Ereignis dauerhaft schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen erleiden.

Diese Voraussetzungen einer uneingeschränkten Leistungspflicht prüft ein von uns bestellter unabhängiger Gutachter innerhalb von sechs Monaten nach dem Ereignis. Ansprüche auf die uneingeschränkte Leistung werden frühestens nach Ablauf dieser Frist fällig.

f) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse

Dieser Ausschluss gilt in folgendem Fall nicht:

Die versicherte Person war kriegerischen Auseinandersetzungen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und nicht aktiv an ihnen beteiligt.

g) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von:

- atomaren, biologischen oder chemischen Waffen
- radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen

Der Einsatz oder das Freisetzen muss auf eine Gefährdung des Lebens oder der Gesundheit einer Vielzahl von Personen gerichtet sein.

Dieser Ausschluss gilt in folgendem Fall nicht:

Es sind von dem Ereignis insgesamt höchstens 1.000 Menschen so betroffen, dass für sie gilt:

- Die Menschen sterben unmittelbar nach dem Ereignis.
- Die Menschen sterben voraussichtlich innerhalb von fünf Jahren nach dem Ereignis.
- Die Menschen werden voraussichtlich innerhalb von fünf Jahren nach dem Ereignis dauerhaft schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen erleiden.

Diese Voraussetzungen einer uneingeschränkten Leistungspflicht prüft ein von uns bestellter unabhängiger Gutachter innerhalb von sechs Monaten nach dem Ereignis. Ansprüche auf die uneingeschränkte Leistung werden frühestens nach Ablauf dieser Frist fällig.

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

Vorvertragliche Anzeigepflicht

(1) Um unsere Tarife angemessen und fair zu berechnen, müssen wir auf bestimmte Risiken achten. Um die Risiken in Erfahrung zu bringen, stellen wir Fragen nach gefahrerheblichen Umständen. Umstände sind gefahrerheblich, wenn sie für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, von Bedeutung sind. Sie haben die Pflicht, uns die Fragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Diese Pflicht heißt Anzeigepflicht. Nachdem Sie die Fragen im Antrag beantwortet haben, reichen Sie den Antrag bei uns ein. Dieses nennen wir „Abgabe der Vertragserklärung". Wir prüfen die Vertragserklärung und stellen Ihnen gegebenenfalls weitere Fragen.

Die Anzeigepflicht gilt für Fragen, die wir Ihnen vor und nach Ihrer Vertragserklärung in Textform stellen. Sie schließt gefahrerhebliche Umstände ein, die erst nach Ihrer Vertragserklärung eintreten. Die Pflicht zur Beantwortung der Fragen zur Anzeigepflicht endet mit der „Annahme des Vertrags".

(2) Soll eine andere Person versichert werden, muss auch diese unsere Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.

(3) Im folgenden Fall werden Sie behandelt, als hätten Sie selbst von den gefahrerheblichen Umständen Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt:

- Eine andere Person hat die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet.
- Diese Person kennt den gefahrerheblichen Umstand oder handelt arglistig.

Rechtsfolgen der Verletzung der Anzeigepflicht

(4) Bei einer Verletzung der Anzeigepflicht haben wir grundsätzlich folgende Möglichkeiten:

- Wir können vom Vertrag zurücktreten.
- Wir können den Vertrag kündigen.
- Wir können den Vertrag ändern.
- Wir können den Vertrag anfechten.

Im Folgenden informieren wir Sie, welche der Möglichkeiten wann in Betracht kommt.

Rücktritt

(5) Wird die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt, können wir vom Vertrag zurücktreten.

Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie uns Folgendes nachweisen:

- Die vorvertragliche Anzeigepflicht ist nicht vorsätzlich verletzt worden.
- Die vorvertragliche Anzeigepflicht ist nicht grob fahrlässig verletzt worden.

Wenn Sie uns einen der folgenden Punkte nachweisen, können wir bei einer grob fahrlässigen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nicht zurücktreten:

- Wir hätten den Vertrag auch bei Kenntnis der uns nicht mitgeteilten Umstände geschlossen.
- Wir hätten den Vertrag zu anderen Bedingungen geschlossen.

(6) Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn wir vom Vertrag zurücktreten.

Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalles zurück, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung trotzdem bestehen: Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der

- nicht den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles und
- nicht die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

verursacht hat.

Unsere Leistungspflicht entfällt im vorstehend genannten Fall, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt wurde.

(7) Der Vertrag endet, ohne dass ein Rückkaufswert anfällt, wenn er durch Rücktritt aufgehoben wird. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

(8) Beruht die Verletzung der Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit, ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen. In diesem Fall können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Haben Sie die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten, verzichten wir auf unser Kündigungsrecht.

(9) Wir können nicht kündigen, wenn Sie uns einen der folgenden Punkte nachweisen:

- Wir hätten den Vertrag auch bei Kenntnis der uns nicht mitgeteilten Umstände geschlossen.
- Wir hätten den Vertrag zu anderen Bedingungen geschlossen.

(10) Kündigen wir die Versicherung, wird sie zu einer beitragsfreien Versicherung. Die Grundsätze zur Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung können Sie in § 19 Absätze 3 bis 9 dieser Bedingungen nachlesen.

Vertragsanpassung

(11) Hätten wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände geschlossen, wenn auch zu anderen Bedingungen, können wir nicht zurücktreten oder kündigen. Die anderen Bedingungen werden jedoch dann auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten, verzichten wir auf unser Recht, den Vertrag zu anderen Bedingungen fortzuführen.

(12) Nachdem Sie unsere Mitteilung über die Anpassung des Vertrags erhalten haben, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monates fristlos kündigen. Dieses Recht auf Kündigung besteht nur, wenn die Anpassung des Vertrags zu einer der folgenden Änderungen führt:

- Der Beitrag erhöht sich um mehr als 10 %.
- Der Versicherungsschutz für einen nicht angezeigten Umstand wird ausgeschlossen.

Auf dieses Kündigungsrecht werden wir Sie in der Mitteilung über die Anpassung des Vertrags hinweisen.

Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

In den folgenden Absätzen 13 bis 16 sind mit Rechten stets die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung nach den Absätzen 5 bis 12 gemeint.

(13) Unsere Rechte stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht hingewiesen haben.

(14) Wir haben keines der Rechte, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

(15) Innerhalb eines Monats müssen wir unsere Rechte schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem uns die Verletzung der Anzeigepflicht bekannt wird, die das von uns geltend gemachte Recht begründet. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

(16) Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsabschluss erlöschen unsere Rechte. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

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

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

(18) Die Absätze 1 bis 17 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert oder wiederhergestellt wird. Die Fristen nach Absatz 16 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung des Vertrags bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

Erklärungsempfänger

(19) Unsere Rechte nach den Absätzen 5 bis 12 sowie zur Anfechtung üben wir durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben. Nach Ihrem Tod geben wir unsere Erklärung gegenüber folgenden Personen ab:

- Haben Sie uns eine Person als Bevollmächtigte genannt, erhält diese unsere Erklärung.
- Falls der Aufenthalt dieser Person nicht ermittelt werden kann oder von Ihnen niemand benannt wurde, erhält ein Bezugsberechtigter unsere Erklärung.
- Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht zu ermitteln, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins als bevollmächtigt ansehen, die Erklärung entgegenzunehmen.

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

Leistungen wegen Berufsunfähigkeit

(1) Die Person, die eine Leistung wegen Berufsunfähigkeit verlangt, muss uns folgende Dokumente vorlegen:

- ein Zeugnis über den Tag der Geburt der versicherten Person
- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit
- ausführliche Berichte und Befunde der früher und aktuell behandelnden Ärzte über
  - Ursache, Beginn und Art,
  - Verlauf, bisherige und voraussichtliche Dauer des Leidens
  - sowie über den Umfang der Berufsunfähigkeit
- eine Beschreibung des zuletzt ausgeübten Berufs der versicherten Person

  Das umfasst die Stellung und Tätigkeit beim Eintritt der Berufsunfähigkeit. Es umfasst auch danach eingetretene Veränderungen.
- Angaben über das Einkommen aus beruflicher Tätigkeit
- eine Liste
  - der Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war, ist oder – sofern bekannt – sein wird
  - der Einrichtungen, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Berufsunfähigkeit geltend machen könnte. Das können Versicherer, Sozialversicherungsträger oder sonstige Versorgungsträger sein
  - des derzeitigen Arbeitgebers und früherer Arbeitgeber mit der Tätigkeit, die die versicherte Person dort jeweils ausgeübt hat
- zusätzlich bei Berufsunfähigkeit als Folge von Pflegebedürftigkeit: eine Bescheinigung über Art und Umfang der Pflege

  Dafür benötigen wir einen der folgenden Berichte:
  - den Bericht des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) oder
  - den Arztbericht über die Begutachtung und Einstufung der Pflegebedürftigkeit der versicherten Person
- zusätzlich bei Berufsunfähigkeit auf Grund eines Tätigkeitsverbots nach § 31 Bundesinfektionsschutzgesetz (IfSG):
  - den Bescheid über das Tätigkeitsverbot und Unterlagen, die zum Bescheid gehören
  - eine Darstellung der Ursache für den Eintritt des Tätigkeitsverbots
- zusätzlich bei Berufsunfähigkeit als Folge von Erwerbsminderung
  - den Bescheid der Deutschen Rentenversicherung über die unbefristete Rente wegen voller Erwerbsminderung
  - eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Erwerbsminderung

  Die dabei entstehenden Kosten trägt die Person, die die Leistung beansprucht.

(2) Wir können außerdem Folgendes verlangen, soweit dies zur Feststellung des Versicherungsfalles, der Leistungspflicht oder des Umfangs der Leistungspflicht erforderlich ist:

- weitere Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte
- notwendige Nachweise

  Notwendige Nachweise können sich auch auf die wirtschaftlichen und beruflichen Verhältnisse und ihre Veränderungen beziehen.
- zusätzliche Auskünfte

Die Kosten dafür tragen wir. Wir können verlangen, dass die ärztlichen Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden. Das gilt auch, wenn sich die versicherte Person im Ausland aufhält. In diesem Fall übernehmen wir die allgemein üblichen Reise- und Aufenthaltskosten. Unter den üblichen Reisekosten verstehen wir die Kosten einer Bahnfahrt 2. Klasse und falls erforderlich die Kosten für einen Flug in der Economy-Class. Unter den üblichen Aufenthaltskosten verstehen wir die Kosten für die Unterbringung in einem Mittelklassehotel (3 Sterne).

Die versicherte Person hat dabei mitzuwirken, Unterlagen bei den folgenden Personen und Einrichtungen zu beschaffen:

- Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung war oder ist
- Pflegepersonen
- andere Personenversicherer
- gesetzliche Krankenkassen
- Berufsgenossenschaften
- Behörden

<u>Für das Erheben von Daten und Einholen von Auskünften haben Sie folgende Möglichkeiten:</u>

Die versicherte Person kann

- eine umfassende Einwilligung erteilen.
- jederzeit verlangen, dass wir die notwendigen Auskünfte nur nach vorheriger einzelner Einwilligung einholen.
- die erforderlichen Daten selbst beschaffen.

Sie können der Erhebung solcher Daten widersprechen oder eine bereits erteilte Einwilligung für die Zukunft widerrufen.

Übt die versicherte Person eines oder mehrere dieser Rechte aus, kann das folgende Auswirkungen haben:

- Leistungen werden nicht fällig. Grund dafür ist: Wir können nicht feststellen, ob und in welchem Umfang wir zur Leistung verpflichtet sind.
- Leistungen werden verspätet fällig. Grund dafür ist: Wir benötigen wegen des erhöhten Aufwands mehr Zeit für das Erheben der Daten.

(3) Die versicherte Person ist nicht verpflichtet, ärztliche Anordnungen zu befolgen, damit wir unsere Leistungspflicht anerkennen. Davon ausgenommen

- ist der Einsatz von Hilfsmitteln des täglichen Lebens. Darunter verstehen wir zum Beispiel Seh- und Hörhilfen.

- sind Maßnahmen, die eine sichere Aussicht bieten, dass sich der Gesundheitszustand verbessert. Das gilt nur, wenn die Maßnahmen gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind.

Lässt die versicherte Person darüber hinausgehende Maßnahmen nicht durchführen, führt dies nicht dazu, dass wir die Leistung verweigern. Das gilt insbesondere für operative Maßnahmen.

Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit

(4) Die Person, die eine Leistung wegen Arbeitsunfähigkeit verlangt, muss uns eine oder mehrere auf die versicherte Person ausgestellte Bescheinigungen entsprechend § 5 EntgFG vorlegen. Dabei muss ein Facharzt der entsprechenden Fachrichtung mindestens eine der vorgelegten Bescheinigungen ausgestellt haben. Der Grund der Arbeitsunfähigkeit muss sich aus der Bescheinigung ergeben oder gesondert ärztlich bestätigt werden. Auf Verlangen müssen Sie uns zusätzlich die Auskünfte entsprechend der Absätze 1 und 2 erteilen.

(5) Wenn eine Leistung wegen Arbeitsunfähigkeit verlangt wird, muss nicht gleichzeitig eine Leistung wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden. Wir sind allerdings berechtigt, auch eine Prüfung wegen Berufsunfähigkeit durchzuführen.

Leistungen wegen schneller Hilfe

(6) Für Leistungen wegen schneller Hilfe ist ein vereinfachter Nachweis der Krankheit möglich: Ihrem Antrag müssen Sie einen ausführlichen, ärztlichen Bericht eines Facharztes der entsprechenden Fachrichtung beifügen. Der Bericht muss folgende Angaben erfüllen:

- den Zeitpunkt der ersten Diagnose
- Beginn, Art und Verlauf der Krankheit nach § 3 Absatz 4
- Befunde von Untersuchungen belegen die Leistungsvoraussetzungen.
- im Falle einer Krebserkrankung den Behandlungsplan sowie die Tumorklassifikation
- im Falle eines Herzinfarkts und Schlaganfalls den Befund der Verlaufskontrolle im Abstand von mindestens 14 Tagen nach der Erstdiagnose

Die schnelle Hilfe können Sie innerhalb von sechs Monaten nach der ersten Diagnose beantragen.

Haben wir die notwendigen Angaben erhalten, erbringen wir die schnelle Hilfe, wenn die Vorsausetzungen erfüllt sind. Das Ergebnis der Prüfung teilen wir Ihnen innerhalb von fünf Arbeitstagen mit.

Leistungen wegen des Notfallpaketes Kind

(7) Dem Antrag für Leistung aus dem Notfallpaket Kind müssen folgende Dokumente beigefügt sein:

- ein ausführlichen, ärztlicher Bericht eines Facharztes der entsprechenden Fachrichtung

  Der Bericht muss folgende Punkte erfüllen:

  – Beginn, Art und Verlauf der Krankheit des Kindes nach § 3 Absatz 9 werden ausführlich beschrieben.

  – Befunde von Untersuchungen belegen die Leistungsvoraussetzungen.

  – Die Dauer des Krankhausaufenthalts des Kindes ist angegeben.

- ein Zeugnis über den Tag der Geburt des Kindes der versicherten Person

Eine Leistung aus dem Notfallpaket Kind können Sie innerhalb von sechs Monaten nach der ersten Diagnose beantragen.

Leistungsfälligkeit und Pflichtverletzung

(8) Unsere Leistungen sind fällig, nachdem wir die notwendigen Erhebungen abgeschlossen haben. Als notwendig gelten Erhebungen, für die Folgendes gilt:

- Sie sind zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig.
- Sie begründen unsere Leistungspflicht.

(9) Wird eine der in diesem Paragraphen genannten Pflichten nicht erfüllt, können wir unsere Leistungspflicht oder deren Umfang eventuell nicht feststellen. Eine solche Pflichtverletzung kann also dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird.

Unterstützung im Leistungsfall

(10) Möchten Sie eine Leistung beantragen, kontaktieren Sie uns gern im Vorfeld. Wir stellen Ihnen zeitnah einen unserer Spezialisten für Berufsunfähigkeit als persönlichen Ansprechpartner zur Verfügung. Er unterstützt und berät Sie auch bei folgenden Fragen:

- zur Beantragung von Leistungen,
- zum Umfang der Leistungen,
- zum Verfahren der Leistungsprüfung,
- zum Nachweis der Berufsunfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit,
- zur Beschreibung der ausgeübten beruflichen Tätigkeit,
- zu den einzureichenden Unterlagen,
- zu einer möglichen betrieblichen Umgestaltung bei Selbstständigen.

Alle nötigen Formulare, mit denen Sie Leistungen beantragen können, erhalten Sie von uns.

(11) Ihr persönlicher Ansprechpartner unterstützt Sie oder nennt Ihnen geeignete Ansprechpartner bei Fragen zur

- medizinischen Rehabilitation,
- beruflichen Reintegration.

§ 9 – Wann teilen wir Ihnen mit, ob wir unsere Leistungspflicht anerkennen?

(1) Wir prüfen die uns vorliegenden Unterlagen nach § 8 Absätze 1, 2, 6 und 7. Danach erklären wir in Textform,

- ob und
- in welchem Umfang

wir unsere Leistungspflicht anerkennen.

(2) Wir verzichten auf zeitlich befristete Anerkenntnisse unserer Leistungspflicht.

(3) Während wir Ihren Anspruch auf Leistungen prüfen, informieren wir Sie über den Stand der Bearbeitung. Innerhalb von fünf Arbeitstagen nach Eingang der Unterlagen nach § 8 erhalten Sie von uns eine Mitteilung. Dabei gibt es zwei Möglichkeiten:

- Wir treffen eine Leistungsentscheidung nach Absatz 1.
- Wir informieren Sie über notwendige weitere Prüfungsschritte oder fehlende Unterlagen.

Während der Prüfung informieren wir Sie regelmäßig – mindestens alle vier Wochen – über den aktuellen Stand.

§ 10 – Was gilt nach Anerkennung unserer Leistungspflicht?

Berufsunfähigkeit

Unser Recht auf Nachprüfung

(1) Haben wir die Berufsunfähigkeit anerkannt oder wurde unsere Leistungspflicht festgestellt, können wir Folgendes nachprüfen:

- Bei der versicherten Person liegt weiterhin eine Berufsunfähigkeit vor.
- Den Grad der Berufsunfähigkeit.
- Die versicherte Person übt eine andere Tätigkeit nach § 2 Absatz 1 aus. Dabei werden wir neu erworbene berufliche Fähigkeiten und Kenntnisse berücksichtigen.

(2) Die notwendigen Auskünfte zur Nachprüfung nach Absatz 1 können wir jederzeit verlangen. Einmal jährlich können wir umfassende Untersuchungen der versicherten Person verlangen. Die Ärzte dafür beauftragen wir.

Die Kosten dafür tragen wir.

§ 8 Absatz 2 gilt entsprechend.

Ihre Mitteilungspflicht

(3) Der Tod der versicherten Person muss uns unverzüglich mitgeteilt werden. Als Nachweis benötigen wir eine amtliche Sterbeurkunde. Darin müssen Alter und Geburtsort der versicherten Person enthalten sein.

Unsere Leistungsfreiheit

(4) In folgenden Fällen werden wir von der Leistung frei:

- Die Berufsunfähigkeit der versicherten Person ist weggefallen.
- Der Grad der Berufsunfähigkeit der versicherten Person hat sich auf weniger als 50 % vermindert.

(5) **Berufsunfähigkeit als Folge von Pflegebedürftigkeit**

Wir werden von der Leistung frei, wenn folgende Voraussetzung erfüllt ist: Die Art oder der Umfang des Pflegefalls hat sich geändert. In der Folge liegt eine Pflegebedürftigkeit nach § 2 Absatz 4 nicht mehr vor.

Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend.

(6) **Berufsunfähigkeit als Folge eines Tätigkeitsverbots**

Wir werden von der Leistung frei, wenn das Tätigkeitsverbot nach § 31 Bundesinfektionsschutzgesetz (IfSG) endet.

Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend.

(7) **Berufsunfähigkeit als Folge von Erwerbsminderung**

Wir werden von der Leistung frei, wenn Sie keine unbefristete Rente wegen voller Erwerbsminderung mehr beziehen.

Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend.

(8) Werden wir von der Leistung frei, erhalten Sie und die versicherte Person eine Erklärung über die geänderte Situation in Textform. Unterliegen Gründe für die Leistungseinstellung dem Datenschutz, teilen wir diese nur der versicherten Person mit.

(9) Der Zeitpunkt, zu dem wir unsere Leistungen einstellen, ist davon abhängig, wann Ihnen unsere Erklärung zur Leistungseinstellung zugeht. Mit Ablauf des dritten Monats danach stellen wir die Leistung ein.

(10) Zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung müssen Sie die Zahlung der Beiträge wieder aufnehmen.

Arbeitsunfähigkeit

Unser Recht auf Nachprüfung

(11) Haben wir unsere Leistungspflicht wegen Arbeitsunfähigkeit anerkannt, können wir jederzeit nachprüfen, ob bei der versicherten Person Arbeitsunfähigkeit vorliegt.

(12) Die notwendigen Auskünfte für die Nachprüfung nach Absatz 12 können wir jederzeit verlangen. Die Kosten dafür tragen wir.

Ihre Mitteilungspflicht

(13) Nach Anerkennung der Arbeitsunfähigkeit müssen Sie uns unverzüglich mitteilen, wenn die Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person nicht mehr vorliegt.

(14) Der Tod der versicherten Person muss uns unverzüglich mitgeteilt werden. Als Nachweis benötigen wir eine amtliche Sterbeurkunde. Darin müssen Alter und Geburtsort der versicherten Person enthalten sein.

Unsere Leistungsfreiheit

(15) In folgendem Fall sind wir von der Leistung frei: Die Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person ist weggefallen. Die Absätze 9 und 11 gelten entsprechend.

§ 11 – Was gilt bei Verletzung der Mitwirkungspflicht nach Anerkennung unserer Leistungspflicht?

Ihre Pflichten nach § 10 nennen wir Mitwirkungspflicht.

Solange die Mitwirkungspflicht von

- Ihnen,
- der versicherten Person oder
- der Person, die den Anspruch erhebt,

nicht erfüllt wird, gilt:

- Wird die Mitwirkungspflicht vorsätzlich nicht erfüllt, leisten wir nicht.
- Wird die Mitwirkungspflicht grob fahrlässig nicht erfüllt, kürzen wir unsere Leistung. Dies erfolgt in einem der Schwere des Verschuldens entsprechendem Verhältnis.

Beides setzt voraus, dass wir Sie durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Abweichend davon bleiben Ihre Ansprüche trotz Verletzung der Mitwirkungspflicht in folgenden Fällen bestehen:

- Sie weisen nach, dass die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt worden ist.
- Sie weisen nach, dass das Verletzen der Mitwirkungspflicht keinen Einfluss darauf hat, ob und in welcher Höhe wir leisten müssen. Das gilt nicht, wenn die Mitwirkungspflicht arglistig verletzt wurde.

Wird die Mitwirkungspflicht zu einem späteren Zeitpunkt erfüllt, sind wir ab diesem Zeitpunkt zur Leistung verpflichtet. Die erste Leistung erbringen wir für den Monat, in dem die Mitwirkungspflicht erfüllt wurde.

Zu Unrecht empfangene Leistungen sind an uns zurückzuzahlen.

§ 12 – Unter welchen Voraussetzungen können Sie die versicherte Rente ohne erneute Risikoprüfung erhöhen oder den Versicherungsschutz verlängern?

Erhöhungsoption bei bestimmten Ereignissen

(1) Sie können die versicherte Rente ohne erneute Risikoprüfung erhöhen. Dies ist möglich, solange Sie Beiträge für diese Versicherung zahlen. Außerdem muss bezogen auf die versicherte Person eines der folgenden Ereignisse eintreten:

1. Geburt eines Kindes
2. Adoption eines minderjährigen Kindes
3. Erwerb und Finanzierung einer selbst bewohnten Immobilie mit einem Finanzierungsbetrag von mindestens 50.000 Euro

Haben Sie den **Premium Schutz** oder den **Premium Plus Schutz** abgeschlossen, können Sie zusätzlich bei Eintritt eines der folgenden Ereignisse die versicherte Rente ohne erneute Risikoprüfung erhöhen:

4. Heirat oder Begründung einer Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz
5. Wechsel in die berufliche Selbstständigkeit als Hauptberuf
6. berufliche Veränderung mit nachhaltiger, nachweislicher Einkommenssteigerung:
   - Bei Angestellten muss dazu das monatlich erzielte Bruttoeinkommen aus nicht selbstständiger Arbeit um mindestens 10 % in einem Schritt steigen.
   - Bei Besoldungsempfängern muss eine Erhöhung der Besoldung um mindestens 10 % als Folge einer Beförderung in eine höhere Laufbahngruppe in einem Schritt erfolgen.
7. Scheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft
8. Abschluss einer Berufsausbildung oder eines (Promotions-) Studiums und Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit, die der Qualifikation dieses Abschlusses entspricht, innerhalb von sechs Monaten nach diesem Abschluss
9. nachhaltige Steigerung des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern für selbstständige Versicherte

   Der Gewinn muss in den vier Jahren vor Optionsausübung durchschnittlich um mindestens 30 % höher liegen als im Jahr, in dem Sie den Antrag gestellt haben.
10. erstmaliges Überschreiten der jährlichen Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung mit dem Bruttoeinkommen aus nichtselbstständiger Tätigkeit
11. Reduzierung oder Wegfall des Invaliditätsschutzes aus einer der folgenden Versorgungen:
    - gesetzliche Rentenversicherung
    - vom Arbeitgeber finanzierte betriebliche Altersversorgung, sofern garantierte Werte reduziert werden oder wegfallen
    - berufsständisches Versorgungswerk, in dem die versicherte Person wegen einer Kammerzugehörigkeit pflichtversichert ist
12. Erwerb eines der folgenden Abschlüsse:
    - Meistertitel
    - geprüfte/r Fachwirt/in
    - geprüfte/r Operativer Professional
    - geprüfte/r Fachkauffrau/mann
13. Erhalt einer akademischen Weiterqualifikation zusammen mit einer nachweislichen, nachhaltigen Steigerung des monatlich erzielten Bruttoeinkommens aus nichtselbstständiger Arbeit um mindestens 10 % in einem Schritt

(2) Sie können die Erhöhung innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt eines der vorgenannten Ereignisse in Textform bei uns beantragen.

(3) Die Option, die versicherte Rente bei bestimmten Ereignissen zu erhöhen, besteht nur bis die versicherte Person das 49. Lebensjahr vollendet hat.

Erhöhungsoption unabhängig von Ereignissen

(4) Haben Sie den **Premium Schutz** oder den **Premium Plus Schutz** abgeschlossen, können Sie zusätzlich die versicherte Rente einmalig auch ohne Eintritt der in Absatz 1 aufgeführten Ereignisse erhöhen. Dafür müssen zwei Bedingungen erfüllt sein:

- Der Vertragsabschluss liegt höchstens fünf Jahre zurück.
- Die versicherte Person hat das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet.

Grenzen der Erhöhungsoptionen

(5) Für jede Erhöhung gilt: Die monatliche Rente wird um mindestens 25 Euro und höchstens 500 Euro erhöht.

(6) Die Erhöhungen der versicherten Rente durch Nutzung der Erhöhungsoptionen dürfen insgesamt nicht höher sein als die ursprüngliche versicherte Rente. Haben Sie eine dynamische Erhöhung der versicherten Leistung vereinbart, können diese Erhöhungen von Beitrag und Leistungen trotzdem weiter erfolgen. Dynamische Erhöhungen von Beitrag und Leistungen berücksichtigen wir bei diesem Höchstbetrag nicht.

(7) Die insgesamt erreichbare versicherte Jahresrente darf höchstens 80 % des im vorangegangenen Kalenderjahr erzielten Netto-Arbeitseinkommens der versicherten Person betragen. Dabei darf die Jahresrente maximal 30.000 Euro betragen.

Für bestimmte versicherte Personen gelten abweichende Grenzen:

- Bei Selbstständigen beträgt die Höchstgrenze 80 % des Durchschnitts des Gewinns nach Steuern der letzten drei Jahre. Dabei darf die Jahresrente maximal 30.000 Euro betragen.
- Bei Beamten, Richtern und Soldaten beträgt die Höchstgrenze 40 % des Netto-Arbeitseinkommens. Dabei darf die Jahresrente
  - bei Lehrern, Richtern, Soldaten und Pfarrern maximal 18.000 Euro,
  - bei allen anderen Beamten maximal 14.400 Euro

  betragen.
- Bei Hausfrauen, Hausmännern und in der Ausbildung Befindlichen ist die Grenze der Jahresrente bei 12.000 Euro.
- Bei Studenten darf die Jahresrente maximal 18.000 Euro betragen.

Diese Grenzen beziehen sich auf die Gesamtabsicherung durch alle Verträge bei

- allen Versicherern und
- berufsständischen Versorgungswerken.

Dabei werden auch sonstige Invaliditätsversicherungen und bei Beamten und Richtern auch Versicherungen mit Absicherung gegen Dienstunfähigkeit einbezogen.

Verdoppelungsoption

(8) Haben Sie den **Premium Plus Schutz** abgeschlossen, können Sie zusätzlich die versicherte Rente ohne erneute Risikoprüfung bis auf das Doppelte der bisherigen Rente erhöhen. Dazu müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein: Die versicherte Person

- schließt eine Berufsausbildung oder ein (Promotions-)Studium ab und
- nimmt innerhalb von sechs Monaten danach eine berufliche Tätigkeit auf, die der Qualifikation dieses Abschlusses entspricht.

Die Verdoppelungsoption ist nur in den Grenzen des Absatzes 7 möglich, wobei die maximale Jahresrente nach Absatz 7 Satz 2 durch eine maximale Jahresrente von 40.000 Euro ersetzt wird.

(9) Die Verdoppelungsoption können Sie einmalig während der Vertragsdauer ausüben.

(10) Sie können die Erhöhung innerhalb von zwölf Monaten nach Aufnahme der beruflichen Tätigkeit in Textform beantragen.

Verlängerungsoption

(11) Haben Sie den **Premium Schutz** oder den **Premium Plus Schutz** abgeschlossen, können Sie zusätzlich Ihre Versicherung ohne erneute Risikoprüfung verlängern. Dazu müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Die Regelaltersgrenze
  - in der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung oder
  - in einem berufsständischen Versorgungswerk des entsprechenden Kammerberufs, in dem die versicherte Person Mitglied ist,

  wurde erhöht.
- Die versicherte Person ist kein Beamter, Richter oder Soldat.
- Bei Vertragsabschluss entspricht das Alter der versicherten Person zum vereinbarten Ende der Versicherungsdauer mindestens 60 Jahre.
- Die Beantragung der Verlängerung erfolgt spätestens 10 Jahre vor dem vereinbarten Ende der Versicherungsdauer.

Für die Verlängerung gilt Folgendes:

- Die Dauer der Versicherung, der Beitragszahlung und der Leistung werden um ganze Jahre verlängert.

  Sie werden dabei maximal um die Zeitspanne verlängert, um die sich die Regelaltersgrenze für die versicherte Person verschiebt.
- Die Höhe der versicherten Rente bleibt unverändert.
- Das Alter der versicherten Person zum neuen Ende der Versicherung darf 70 Jahre nicht übersteigen.
- Für die verlängerte Versicherung gelten die bei Vertragsabschluss vereinbarten Rechnungsgrundlagen.
- Die Risikoeinstufung der Versicherung, insbesondere Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse, bleibt unverändert.

(12) Die Verlängerungsoption können Sie innerhalb von zwölf Monaten nach Inkrafttreten einer gesetzlichen Regelung zur Erhöhung der Regelaltersgrenze in Textform ausüben.

Weitere Hinweise zu Ihren Erhöhungs-, Verdoppelungs- oder Verlängerungsoptionen

(13) Durch das Ausüben der Erhöhungs-, Verdoppelungs- oder Verlängerungsoptionen erhöht sich Ihr Beitrag zur nächsten Beitragsfälligkeit.

(14) Die Erhöhungs-, Verdoppelungs- oder Verlängerungsoptionen können nicht mehr ausgeübt werden, wenn

- die Versicherung beitragsfrei ist oder
- Leistungen für die versicherte Person aus
  - einer Berufsunfähigkeits-(Zusatz)Versicherung,
  - einer Arbeitsunfähigkeits-(Zusatz)Versicherung oder
  - einer sonstigen Invaliditäts-(Zusatz)Versicherung

  erbracht, anerkannt oder von Ihnen verlangt worden sind.

Wird ein Versicherungsfall wegen Berufsunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit oder aus sonstigen Invaliditätsversicherungen rückwirkend anerkannt, gilt: Erhöhungen der versicherten Rente, die nach Eintritt des Versicherungsfalles erfolgen, sind unwirksam.

(15) Erhöhungen der versicherten Rente sind außerdem unwirksam, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt der Erhöhungen arbeits-, schul- oder studierunfähig ist. Die Arbeits-, Schul- oder Studierunfähigkeit muss in einem direkten Zusammenhang zu der Erkrankung stehen, die innerhalb von fünf Jahren zur Berufsunfähigkeit führt.

(16) Vereinbarungen, die bei Abschluss der Versicherung getroffen wurden, gelten auch für die Erhöhungen.

(17) Bestehen bei der HUK-COBURG-Lebensversicherung AG weitere Versicherungen oder Zusatzversicherungen gegen Berufsunfähigkeit oder sonstige Invaliditätsversicherungen für die versicherte Person, können die Erhöhungs- oder Verlängerungsoptionen nur für eine dieser Versicherungen in Anspruch genommen werden.

Prüfungsrecht und Pflicht zur Mitwirkung

(18) Im Rahmen des Antrags auf Erhöhung, Verdoppelung oder Verlängerung müssen Sie uns die vereinbarten Voraussetzungen nachweisen. Sie müssen uns eine Prüfung, ob die Voraussetzungen vorliegen, ermöglichen.

Notfallpaket Kind

(19) Das **Notfallpaket Kind** nach § 3 Absätze 7 bis 9 erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Rente nach § 1 Absatz 2. Bitte beachten Sie: Für das Notfallpaket Kind gelten die in § 3 Absatz 7 genannten Höchstbeträge.

§ 13 – Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

(1) Wir können Ihnen den Versicherungsschein in Textform übermitteln. Stellen wir diesen als Dokument in Papierform aus, dann liegt eine Urkunde vor. Sie können die Ausstellung als Urkunde verlangen.

(2) Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Vertrag zu verfügen. Dazu zählt das Recht, Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.

§ 14 – Wer erhält die Leistung?

Bezugsberechtigung

(1) Die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit und schwerer Krankheit werden ausschließlich an die versicherte Person ausgezahlt. Die versicherte Person ist stets Bezugsberechtigter.

(2) Für die Leistungen nach § 4 Absatz 12 können Sie bestimmen, wer die Leistung erhält. Gegebenenfalls bedarf es hierzu zusätzlich einer Zustimmung Dritter. Wenn Sie keine Bestimmung getroffen haben, leisten wir an Sie.

Sie können uns widerruflich oder unwiderruflich eine andere Person benennen, die diese Leistung erhalten soll. Diese Person wird als Bezugsberechtigter bezeichnet.

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

Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich das Recht auf die Leistung erhält. Sie erhalten von uns eine Bestätigung in Textform, dass der Widerruf des Bezugsrechts ausgeschlossen ist. Sobald Ihnen unsere Bestätigung zugegangen ist, gilt Folgendes:

Das Bezugsrecht ist jetzt unwiderruflich. Es kann nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.

Abtretung und Verpfändung

(3) Ansprüche auf Rentenleistungen aus diesem Vertrag können Sie nicht abtreten oder verpfänden. Soweit darüber hinaus eine Abtretung oder Verpfändung rechtlich möglich ist, gelten die Ausführungen in Absatz 4.

Anzeige

(4) Die Verfügungen

- Einräumung und Widerruf eines Bezugsrechts nach Absatz 2
- Abtretung und Verpfändung nach Absatz 3

müssen uns vom bisherigen Berechtigten in Textform angezeigt werden. Die Verfügungen werden nur und erst mit dieser Anzeige wirksam. Der bisherige Berechtige sind im Regelfall Sie als Versicherungsnehmer. Es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits zuvor Verfügungen (zum Beispiel unwiderrufliche Bezugsberechtigung, Abtretung, Verpfändung) getroffen haben.

§ 15 – Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Die Beiträge zu Ihrem Vertrag können Sie je nach Vereinbarung durch Monatsbeiträge, Vierteljahresbeiträge, Halbjahresbeiträge oder Jahresbeiträge (laufende Beiträge) zahlen. Für die hier genannten Zahlweisen sind für Ihren Vertrag Mindestbeträge für Leistung und Beitrag festgelegt. Werden beide Mindestbeträge erreicht, können Sie die Beiträge in der gewünschten Weise zahlen.

(2) Den ersten Beitrag (Einlösungsbeitrag) müssen Sie unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zahlen. Sie müssen ihn jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten und im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung zahlen. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden jeweils zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig (Fälligkeitstag). Die Versicherungsperiode ist abhängig von der Zahlweise der Beiträge.

Die Versicherungsperiode umfasst bei

- Monatsbeiträgen einen Monat,
- Vierteljahresbeiträgen drei Monate,
- Halbjahresbeiträgen ein halbes Jahr und
- Jahresbeiträgen ein Jahr.

Bei beitragsfreien Verträgen beträgt die Versicherungsperiode einen Monat.

(3) Haben Sie bis zum Fälligkeitstag (Absatz 2) alles getan, damit der Beitrag bei uns eingeht, ist die Zahlung rechtzeitig.

Haben Sie das Einziehen des Beitrags von einem Konto (Lastschriftverfahren) vereinbart, ist die Zahlung in folgenden Fällen rechtzeitig:

- Wir können den Beitrag am Fälligkeitstag einziehen und Sie widersprechen einem berechtigten Einziehen nicht.
- Wir können den Beitrag am Fälligkeitstag nicht einziehen und Sie haben das nicht zu vertreten. Daraufhin senden wir Ihnen eine Aufforderung zur Zahlung des Beitrags. Sie zahlen den Beitrag unverzüglich nach dieser Aufforderung.

Wir können künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens verlangen, wenn wir den Beitrag wiederholt nicht einziehen konnten. Das gilt nur, wenn Sie diesen Umstand zu vertreten haben.

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

(5) Die Beitragszahlung endet bei Tod der versicherten Person, spätestens mit Ablauf der vereinbarten Dauer der Beitragszahlung.

(6) Wird die Leistung Ihrer Versicherung fällig, werden wir noch offene Beiträge mit dieser Leistung verrechnen.

(7) Haben Sie die **Premium Schutz** oder den **Premium Plus Schutz** abgeschlossen, können Sie eine Stundung der Beiträge verlangen.

Die Stundung kann für maximal 24 Monate ab Fälligkeit des ersten gestundeten Beitrags erfolgen. Sie können mehrmals eine Stundung vereinbaren. Eine erneute Stundung ist allerdings nur möglich, wenn Sie die gestundeten Beiträge aus einer früheren Stundung vollständig beglichen haben.

Der Versicherungsschutz bleibt während der Stundung in vollem Umfang bestehen.

Wir erheben keine Stundungszinsen. Im Leistungsfall wird die Leistung um die ausstehenden Beiträge gekürzt.

Für die Stundung ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns notwendig.

Ein Anspruch auf eine Stundung besteht, wenn das Deckungskapital des Vertrags bereits einen Wert in Höhe der zu stundenden Beiträge erreicht hat.

Endet die Dauer der Stundung, können Sie wählen, wie Sie die gestundeten Beiträge nachzahlen:

- Sie zahlen die gestundeten Beiträge in einem Betrag am Ende des vereinbarten Zeitraums der Stundung nach.
- Sie zahlen die gestundeten Beiträge innerhalb eines Zeitraumes von 48 Monaten in monatlichen, vierteljährlichen oder halbjährlichen Raten nach.

Wenn Sie die gestundeten Beiträge nicht nachzahlen, entnehmen wir sie Ihrem Vertrag. Dadurch reduziert sich die Leistung Ihres Vertrags, während die Beiträge unverändert bleiben. Die Leistung wird zum nächsten Termin der Beitragsfälligkeit neu ermittelt. Liegt der Jahresbetrag der Berufsunfähigkeitsrente nach der Reduzierung unter 300 Euro, endet die Versicherung.

§ 16 – Was gilt bei Abschluss einer Start Police?

(1) Bei der „Start Police“ haben Sie die Möglichkeit zu Beginn verminderte Beiträge zu zahlen. Dies nennen wir Startphase. Sie setzt sich aus einer konstanten Phase und einer anschließenden Steigerungsphase zusammen. In der Steigerungsphase steigt der Beitrag stufenweise an. Diese Beitragssteigerungen vereinbaren wir mit Ihnen zu Vertragsbeginn. Die Steigerungsphase endet in einem vereinbarten Versicherungsjahr. In der Zielphase zahlen Sie den Zielbeitrag. Dieser Beitrag ist konstant.

(2) Sie haben mit der „Start Police“ bereits ab Beginn der Versicherung den Versicherungsschutz in voller Höhe. Voraussetzung dafür ist, dass Sie die Beiträge wie vertraglich vereinbart zahlen. Den zu Vertragsbeginn vereinbarten Beitragsverlauf mit den Beiträgen für Start- und Zielphase finden Sie im Versicherungsschein. Die Erhöhungen des Beitrags erfolgen jeweils zum Jahrestag der Versicherung.

(3) Im Vergleich zu einem für die gesamte Vertragslaufzeit gleich bleibenden Beitrag, zahlen Sie nach Ende der Startphase einen höheren Beitrag.

(4) Während der Startphase haben Sie jeweils zur Beitragsfälligkeit der Versicherung das Recht, die Startphase vorzeitig zu beenden. Voraussetzung ist, dass wir keine Leistungspflicht anerkannt haben. Nähere Informationen zur Anerkennung der Leistungspflicht finden Sie im § 10.

Machen Sie während der Startphase von Ihrem vorzeitigen Umwandlungsrecht keinen Gebrauch, so beginnt die Zielphase zum vertraglich vereinbarten Zeitpunkt.

(5) Bei einem vorzeitigen Ende der Startphase, tritt Ihre Versicherung früher in die Zielphase ein.

Je früher Ihre Versicherung in die Zielphase wechselt, desto geringer wird der Zielbeitrag. Der Zielbeitrag wird bei einem Wechsel nach den versicherungsmathematischen Grundsätzen der Tarifkalkulation für Ihren Vertrag neu festgelegt. Dabei berücksichtigen wir die zum Zeitpunkt des vorzeitigen Endes der Startphase noch ausstehenden Abschluss- und Vertriebskosten. Wir verrechnen sie ab diesem Zeitpunkt wie in § 20 Absatz 2 beschrieben.

(6) Im Leistungsbezug führen wir die Beitragssteigerungen der „Start Police“ wie vereinbart durch.

Nach Ende unserer Leistungspflicht führen Sie die Beitragszahlung beginnend auf der dann erreichten Beitragsstufe fort. Hat zu diesem Zeitpunkt die Zielphase bereits begonnen, führen Sie die Beitragszahlung mit dem Zielbeitrag fort.

(7) Die Möglichkeit der Beitragsstundung nach § 15 Absatz 7 besteht in der Startphase nur eingeschränkt. Das Deckungskapital des Vertrags ist dafür in der Startphase selten hoch genug.

Auf Grund der Tarifbesonderheit ist auch nach der Startphase – insbesondere in den ersten Jahren – kein ausreichend hohes Deckungskapital vorhanden. Daher kann die Möglichkeit der Beitragsstundung nach § 15 Absatz 7 auch danach noch eingeschränkt sein.

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

Einlösungsbeitrag

(1) Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange die Zahlung nicht bewirkt ist. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten der zur Risikoprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchungen verlangen. Wir sind nicht zum Rücktritt berechtigt, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.

(2) Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt eines Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir von der Leistung befreit, vorausgesetzt wir haben Sie

- durch eine gesonderte Mitteilung in Textform oder
- durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein

auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht.

Unsere Leistungspflicht bleibt bestehen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag

(3) Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, erhalten Sie von uns eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen.

(4) Mit der Mahnung kündigen wir vorsorglich den Vertrag zum Ablauf der Zahlungsfrist. Unsere Kündigung wird automatisch wirksam, wenn Sie dann noch immer mit der Zahlung in Verzug sind. Wir stellen den Vertrag dann beitragsfrei. Die Bestimmungen des § 19 gelten entsprechend. Zahlen Sie innerhalb eines Monats nach Ablauf der Frist den angeforderten Betrag nach, so wird die Kündigung wieder unwirksam. Tritt ein Versicherungsfall zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und Ihrer Nachzahlung ein, besteht kein oder nur verminderter Versicherungsschutz.

(5) Befinden Sie sich bei Eintritt eines Versicherungsfalles mit der Zahlung in Verzug, gilt Folgendes:

- Tritt ein Versicherungsfall vor Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist ein, bleibt der Versicherungsschutz in vollem Umfang bestehen. Wir können die noch ausstehenden Beiträge mit unserer Leistung verrechnen.
- Tritt ein Versicherungsfall nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist ein, entfällt oder vermindert sich der Versicherungsschutz.

(6) Auf die in den Absätzen 4 und 5 genannten Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

§ 18 – Wann können Sie Ihren Beitrag überprüfen lassen (Berufswechseloption)?

(1) Haben Sie den **Premium Plus Schutz** abgeschlossen, können Sie bei einem Berufswechsel der versicherten Person Ihren Beitrag überprüfen lassen. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person

- seit mehr als sechs Monaten in dem neuen Beruf tätig ist und
- der Berufswechsel vor Vollendung des 35. Lebensjahres erfolgte.

Wir prüfen, ob sich durch den Berufswechsel der Beitrag ändert. Dafür benötigen wir von Ihnen Angaben zu den für die Tarifierung relevanten Merkmalen. Dazu zählen zum Beispiel Größe, Gewicht und Rauchverhalten. Dabei legen wir die Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation zu Vertragsbeginn zu Grunde. Vereinbarte Zuschläge und Leistungsausschlüsse bleiben unverändert.

(2) Ergibt die Überprüfung einen geringeren Beitrag, zahlen Sie zukünftig diesen reduzierten Beitrag. Ansonsten führen wir Ihren Vertrag mit unverändertem Beitrag fort.

Wir können die Reduzierung des Beitrags von einer erneuten vollständigen Risikoprüfung abhängig machen. In den ersten fünf Vertragsjahren verzichten wir auf eine solche Risikoprüfung.

(3) Sie können die Überprüfung des Beitrags innerhalb von zwölf Monaten nach dem Berufswechsel der versicherten Person in Textform bei uns beantragen.

§ 19 – Wann und mit welchen Folgen können Sie Ihre Versicherung kündigen, Ihren Beitrag reduzieren oder Ihre Versicherung beitragsfrei stellen?

Kündigung

(1) Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Schluss der Versicherungsperiode in Textform kündigen.

(2) Im Falle einer Kündigung erhalten Sie eine Überschussbeteiligung nach § 4. Es wird kein Rückkaufswert ausgezahlt.

Beitragsreduzierung und Beitragsfreistellung

(3) Anstatt Ihre Versicherung nach Absatz 1 zu kündigen, können Sie auch Ihren Beitrag reduzieren oder Ihre Versicherung beitragsfrei stellen. Dies können Sie jederzeit in Textform zum Schluss der Versicherungsperiode tun.

Die Beitragsreduzierung oder Beitragsfreistellung sind grundsätzlich durchführbar, wenn die neu ermittelte reduzierte oder beitragsfreie Leistung die Mindestleistung in Höhe von

- 300 Euro bei Beitragsreduzierung oder
- 200 Euro bei Beitragsfreistellung

erreicht. Diese Begrenzung gilt für den Jahresbetrag der Berufsunfähigkeitsrente.

(4) Stellen Sie Ihre Versicherung beitragsfrei, können Sie diese Beitragsfreistellung auch befristen.

Befristen heißt: Wenn Sie die Beitragsfreistellung beantragen, nennen Sie uns bereits einen Termin, zu dem Sie die Beitragszahlung wieder aufnehmen wollen. Ist die Beitragsfreistellung durchführbar, vereinbaren wir mit Ihnen für den gewünschten Zeitraum eine Beitragspause. Am Ende der Beitragspause führen wir eine Wiederaufnahme der Beitragszahlung nach Absatz 12 durch.

Bitte beachten Sie: Es gibt Fälle, in denen die Wiederaufnahme der Beitragszahlung nach der Beitragspause nicht durchführbar ist.

(5) Die Beitragsreduzierung und die Beitragsfreistellung der Versicherung können unter anderem folgende Auswirkungen haben:

a) Die neu ermittelte Leistung aus der Versicherung ist niedriger als zuvor.

b) Ist bei Eintritt der Berufsunfähigkeit der Beitrag Ihrer Versicherung reduziert oder ist sie beitragsfrei gestellt, zahlen wir nur die reduzierte Leistung, auch wenn unsere Leistungspflicht erst nach einer eventuellen Wiederaufnahme der Beitragszahlung nach Absatz 12 beginnt.

c) Erreicht die neu ermittelte Berufsunfähigkeitsrente die Mindestleistung nach Absatz 3 nicht und möchten Sie in diesem Fall Ihre Versicherung nicht beitragspflichtig fortsetzen, so erlischt die Versicherung.

(6) Erlischt Ihre Versicherung nach Absatz 5 c) wenden wir auf Ihre Versicherung die Regelungen der Kündigung nach den Absätzen 1 und 2 an.

(7) Bei einer Reduzierung des Beitrags oder einer Beitragsfreistellung berechnen wir die Höhe der Leistung Ihres Vertrags neu. Dies betrifft die Berufsunfähigkeitsrente.

Die neue Höhe der Leistung berechnen wir wie folgt:

- nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik
- für den Zeitpunkt der Beitragsreduzierung oder Beitragsfreistellung
- unter Zugrundelegung des Wertes nach den Absätzen 8 und 9 abzüglich offener Beiträge.

(8) Wir ermitteln den für die Berechnung der neuen Leistung zur Verfügung stehenden Wert nach § 169 VVG Absätze 3 bis 5. Der Wert ist das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnete Deckungskapital der Versicherung. Wir berechnen es zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation zu Vertragsbeginn.

Der Wert ist unabhängig von der Beitragszahldauer mindestens der Betrag des Deckungskapitals, das sich durch die gleichmäßige Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Ist die vereinbarte Dauer des Vertrags kürzer als fünf Jahre, verteilen wir diese Kosten auf die vereinbarte Dauer des Vertrags. In jedem Fall beachten wir die aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze. Vergleichen Sie dazu § 20 Absatz 2 Satz 4.

Abzug

(9) Bei einer Beitragsfreistellung erfolgt von dem nach Absatz 8 ermittelten Wert ein Abzug von 40 %.

Die Beweislast für die Angemessenheit des vereinbarten und bezifferten Abzugs tragen wir.

Haben wir im Streitfall diesen Nachweis erbracht, gilt Folgendes:

- Wir reduzieren den Abzug, wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug in Ihrem Fall wesentlich niedriger liegen muss.
- Der Abzug entfällt, wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug in Ihrem Fall überhaupt nicht gerechtfertigt ist.

Keine Beitragsrückzahlung

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

Nachteile und Vorteile

(11) Die Reduzierung des Beitrags, die Beitragsfreistellung oder die Kündigung Ihrer Versicherung kann für Sie Nachteile und Vorteile haben.

Nachteile:

In der Anfangszeit Ihrer Versicherung erfolgt die Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten. Weitere Informationen zur Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten finden Sie in § 20. Durch diese Verrechnung sind in der Anfangszeit keine oder nur geringe Beträge vorhanden, um eine reduzierte oder beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente zu bilden.

Auch in den folgenden Jahren stehen nur geringe oder keine Beträge dafür zur Verfügung. Grund ist, dass während der Dauer Ihres Vertrags vergleichsweise große Teile der Beiträge zur Deckung des versicherten Risikos benötigt werden.

Bei einer Kündigung wird kein Rückkaufswert ausgezahlt.

Ist bei Eintritt der Berufsunfähigkeit der Beitrag Ihrer Versicherung reduziert oder ist sie beitragsfrei gestellt, erhalten Sie nur die reduzierte Leistung.

Vorteile:

Benötigen Sie beispielsweise den bisherigen Versicherungsschutz nicht mehr in vollem Umfang, können Sie Beiträge sparen.

Ihre Entscheidung:

Bitte wägen Sie die Vor- und Nachteile einer Kündigung, einer Beitragsfreistellung oder einer Beitragsreduzierung gegenüber einer unveränderten Fortsetzung Ihres Vertrags ab.

Hilfe zur Entscheidung:

Zusammen mit dem Versicherungsschein haben wir Ihnen die Garantiewerttabelle übergeben. In dieser Tabelle finden Sie nähere Informationen zur beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente und deren Höhe.

Wiederaufnahme der Beitragszahlung

(12) Sie können bei einer Versicherung mit reduziertem Beitrag oder einer beitragsfrei gestellten Versicherung jederzeit beantragen, die Beitragszahlung mit erhöhtem Beitrag wieder aufzunehmen. Dabei gilt:

- Die Beitragszahlung mit dem erhöhten Beitrag setzt zum nächsten Termin der Beitragsfälligkeit ein.
- Die Leistung wird zum nächsten Termin der Beitragsfälligkeit neu ermittelt. Sie darf die Leistung vor der Beitragsreduzierung oder Beitragsfreistellung nicht übersteigen.
- Die Beitragszahlweise wird beibehalten.

Erfolgt die Wiederaufnahme der Beitragszahlung innerhalb der ersten sechs Monate nach der Beitragsreduzierung oder Beitragsfreistellung, verzichten wir auf eine Risikoprüfung.

Soll die Beitragszahlung später als sechs Monate nach der Beitragsreduzierung oder Beitragsfreistellung wieder aufgenommen werden, ist es von einer erneuten Risikoprüfung abhängig, ob und in welcher Höhe dies möglich ist.

Haben Sie den **Premium Schutz** oder den **Premium Plus Schutz** abgeschlossen, ist der Zeitraum von sechs Monaten auf zwölf Monate verlängert.

Erfolgt die Wiederaufnahme der Beitragszahlung innerhalb der ersten zwei Jahre nach der Beitragsreduzierung oder Beitragsfreistellung, garantieren wir Ihnen die bei Vertragsabschluss vereinbarten Rechnungsgrundlagen – insbesondere Ausscheideordnungen und Rechnungszins.

Die Wiederaufnahme der Beitragszahlung ist nicht möglich, wenn wir zu diesem Zeitpunkt Leistungen aus Ihrer Versicherung erbringen.

Fortbestehen von Leistungsansprüchen

(13) Ansprüche, die auf einer Berufsunfähigkeit der versicherten Person beruhen, die bereits vor der Beitragsreduzierung oder Beitragsfreistellung eingetreten ist, bestehen nach der Beitragsreduzierung oder Beitragsfreistellung fort.

§ 20 – Wie verrechnen wir die Kosten Ihrer Versicherung?

(1) Mit Ihrer Versicherung sind Kosten verbunden. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten. Das Tilgen dieser Kosten ist in Ihrer Versicherung bereits berücksichtigt.

Verrechnen der Abschluss- und Vertriebskosten

(2) Wir wenden auf Ihre Versicherung das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung (DeckRV) an. Dabei entnehmen wir Ihren ersten Beiträgen einen Anteil, der für Folgendes benötigt wird:

- Leistungen im Versicherungsfall
- Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode
- Bildung einer Deckungsrückstellung nach § 25 Absatz 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen (RechVersV)

Den verbleibenden Anteil der ersten Beiträge verwenden wir zur Tilgung der Abschluss- und Vertriebskosten. Der zu tilgende Betrag ist auf 2,5 % der Beiträge beschränkt, die Sie während der Laufzeit der Versicherung zahlen müssen. Das ist in der Deckungsrückstellungsverordnung festgelegt.

Verrechnen der übrigen Kosten

(3) Die übrigen Kosten fallen verteilt über die gesamte Laufzeit der Versicherung an.

Folgen der Kostenverrechnung für Sie

(4) Durch die beschriebene Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten ist in der Anfangszeit Ihrer Versicherung nur der Mindestwert nach § 19 Absätze 8 und 9 zur Bildung der beitragsfreien Leistung vorhanden.

Nähere Informationen zu den beitragsfreien Leistungen sowie zu ihrer jeweiligen Höhe finden Sie in der Garantiewerttabelle. Diese erhalten Sie zusammen mit Ihrem Versicherungsschein.

Kosten für eine Erhöhung Ihres Beitrags und für die Dynamisierung

(5) Erhöhen Sie Ihren Beitrag oder führen wir eine vereinbarte Dynamisierung durch, erheben wir erneut Kosten nach Absatz 1. Diese verteilen wir wie in den Absätzen 2 und 3 beschrieben.

§ 21 – Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?

(1) Ändert sich Ihre Postanschrift, müssen Sie uns dies unverzüglich mitteilen. Sonst erhalten Sie wichtige Mitteilungen vielleicht nicht rechtzeitig. Hierdurch können für Sie Nachteile entstehen. Nach § 13 VVG gilt eine Ihnen gegenüber abzugebende Willenserklärung drei Tage nach Absendung als Ihnen zugegangen. Dazu müssen wir sie mit eingeschriebenem Brief an die Anschrift gesendet haben, die Sie uns zuletzt gemeldet haben.

Dies gilt auch bei einer für Ihren Gewerbebetrieb abgeschlossenen Versicherung, wenn Sie Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

(2) Absatz 1 gilt entsprechend, wenn Sie Ihren Namen ändern.

(3) Halten Sie sich längere Zeit nicht an der uns bekannten Postanschrift auf, erhalten Sie wichtige Mitteilungen vielleicht nicht rechtzeitig. Wir empfehlen Ihnen, uns für diese Zeit einen Zustellungsbevollmächtigten zu nennen. Diese Person ist dann bevollmächtigt, unsere Mitteilungen für Sie entgegen zu nehmen. Diese Person sollte im Inland ansässig sein.

§ 22 – Welche Kosten und Gebühren dürfen wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen?

(1) Wir können Ihnen separate Kosten berechnen, falls aus besonderen von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand entsteht.

(2) In folgenden Fällen können wir Ihnen pauschal zusätzliche Kosten gesondert berechnen:

- Rückläufer im Lastschriftverfahren
- Erstellung einer Ersatzurkunde für den Versicherungsschein
- Durchführung von Vertragsänderungen
- Abtretungen und Verpfändungen
- Zahlungsrückstände
- zusätzliche individuelle Wertanfragen

(3) Die Höhe der zum Zeitpunkt der Angebotserstellung aktuell gültigen Kosten finden Sie in der beiliegenden Gebührentabelle. Dort ist auch vermerkt, ob die Kosten derzeit erhoben werden. Wir können eine Änderung der Gebührensätze und der derzeit kostenfreien Vorgänge für die Zukunft nach billigem Ermessen vornehmen. Erklärungen zum billigen Ermessen finden Sie in § 315 BGB. Die jeweils aktuelle Gebührentabelle können Sie bei uns anfordern.

(4) Wir orientieren uns bei der Bemessung der Pauschale an den bei uns regelmäßig entstehenden Kosten. Interne Personalkosten berücksichtigen wir dabei nicht.

Die Beweislast für die Angemessenheit der Pauschale tragen wir. Haben wir im Streitfall diesen Nachweis erbracht, gilt Folgendes:

- Wir reduzieren die Pauschale, wenn Sie uns nachweisen, dass die Pauschale in Ihrem Fall wesentlich niedriger liegen muss.
- Die Pauschale entfällt, wenn Sie uns nachweisen, dass die Pauschale in Ihrem Fall überhaupt nicht gerechtfertigt ist.

§ 23 – Welches Recht gilt für den Vertrag und welche Sprache ist Vertragssprache?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Die Vertragssprache ist Deutsch.

§ 24 – Wo ist der Gerichtsstand?

Wir informieren Sie, welche Gerichte für Klagen aus dem Versicherungsvertrag zuständig sind.

(1) Klagen aus dem Vertrag gegen uns

Klagen aus dem Vertrag gegen uns müssen Sie bei einem zuständigen Gericht erheben.

Zuständig sind grundsätzlich folgende Gerichte:

- Gericht, in dessen Bezirk unser Sitz liegt
- Gericht, in dessen Bezirk unsere für den Versicherungsvertrag zuständige Niederlassung liegt

Unter bestimmten Voraussetzungen können weitere Gerichte zuständig sein:

- Sind Sie eine natürliche Person, gilt:

  Zusätzlich ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie bei Erhebung der Klage Ihren Wohnsitz haben.

  Haben Sie keinen Wohnsitz, gilt stattdessen: Zusätzlich ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie bei Erhebung der Klage Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

- Sind Sie eine juristische Person, gilt:

  Zusätzlich ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie bei Erhebung der Klage Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

(2) Klagen aus dem Vertrag gegen Sie

Klagen aus dem Vertrag gegen Sie müssen wir bei einem zuständigen Gericht erheben.

Zuständig sind grundsätzlich folgende Gerichte:

- Sind Sie eine natürliche Person, gilt:

  Es ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie bei Erhebung der Klage Ihren Wohnsitz haben.

  Haben Sie keinen Wohnsitz, gilt stattdessen: Es ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie bei Erhebung der Klage Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

- Sind Sie eine juristische Person, gilt:

  Es ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie bei Erhebung der Klage Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

(3) Haben Sie nach Abschluss des Vertrags Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb

- der Europäischen Union,
- Islands,
- Norwegens oder
- der Schweiz

verlegt, gilt: Anders als in den Absätzen 1 und 2 beschrieben, sind für Klagen aus dem Vertrag nur die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

Dies gilt ebenso, wenn Sie eine juristische Person sind und Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung in einen Staat nach Satz 1 verlegt haben.

(4) Haben Sie keinen Wohnsitz, gilt Absatz 3 entsprechend für den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts.

(5) Ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt bei Erhebung der Klage nicht bekannt, sind für Klagen aus dem Vertrag nur die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

§ 25 – Wann können wir Ihre Beiträge oder Leistungen anpassen?

(1) Wir können nach § 163 VVG Ihren Beitrag anpassen, wenn alle der folgenden Kriterien erfüllt sind:

1. Der Leistungsbedarf hat sich nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den Rechnungsgrundlagen des vereinbarten Beitrags geändert.
2. Der nach den berichtigten Rechnungsgrundlagen angepasste Beitrag ist angemessen.
3. Den nach den berichtigten Rechnungsgrundlagen angepasste Beitrag benötigen wir um unsere Leistungen dauerhaft zu erfüllen.
4. Ein unabhängiger Treuhänder hat die Rechnungsgrundlagen und die unter 1. bis 3. genannten Voraussetzungen überprüft und bestätigt.

Eine Anpassung des Beitrags ist ausgeschlossen, wenn

- unsere Leistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und
- ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen hätte erkennen müssen.

(2) Sie können verlangen, dass statt einer Erhöhung des Beitrags nach Absatz 1 die Leistungen reduziert werden. Bei beitragsfreien Versicherungen können wir unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 die Leistung reduzieren.

(3) Die Anpassung des Beitrags und der Leistungen wird zu Beginn des zweiten Monats nach unserer Mitteilung wirksam. Wir teilen Ihnen darin die Anpassung und die hierfür maßgeblichen Gründe mit.

(4) Die Mitwirkung des Treuhänders nach Absatz 1 entfällt, wenn die Anpassung der Leistungen der Genehmigung der Aufsichtsbehörde bedarf.

§ 26 – Was gilt bei Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen?

(1) Einzelne Bestimmungen dieser Bedingungen können unwirksam sein oder werden. Ist dies der Fall, so berührt dies nicht die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen und des Vertrags.

Wir können die unwirksamen Bestimmungen auch für die bestehenden Verträge ersetzen. Dafür muss mindestens eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

- Die neuen Bestimmungen sind zur Fortführung des Vertrags notwendig.
- Das Festhalten am Vertrag ohne neue Regelung stellt für einen Vertragspartner eine unzumutbare Härte dar.

Dass die Klausel unwirksam ist, muss durch

- eine höchstrichterliche Entscheidung oder
- einen bestandskräftigen Verwaltungsakt

festgestellt worden sein.

Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn Folgendes gilt:

- Das Vertragsziel wird gewahrt.
- Die Interessen der Versicherungsnehmer werden angemessen berücksichtigt.

Wir teilen Ihnen die neue Regelung und die dafür entscheidenden Gründe mit. Zwei Wochen später wird die neue Regelung Bestandteil des Vertrags.

Die gesetzliche Grundlage für das beschriebene Verfahren finden Sie in § 164 VVG.

(2) Wir haben uns in diesen Bedingungen auf die zum Zeitpunkt Ihres Vertragsabschluss gültigen Gesetze bezogen oder auf solche verwiesen. Bitte beachten Sie: Diese Gesetze können während des Vertragsverlaufs geändert oder ersetzt werden oder entfallen.

§ 27 – Welche Regelungen gelten bei Sonderkonditionen auf Grund einer kollektivrechtlichen Vereinbarung?

(1) Ihr Vertrag enthält gegebenenfalls eine Sonderkondition auf Grund einer kollektivrechtlichen Vereinbarung. Durch die Kollektivvertragsnummer und gegebenenfalls über den Personenkreis wird die Gruppe von Verträgen definiert, zu der Ihr Vertrag gehört. Diese Informationen und die für Ihren Vertrag geltende Sonderkondition, finden Sie in Ihrem Versicherungsschein.

(2) Wenn Ihrem Vertrag eine Sonderkondition nach Absatz 1 zu Grunde liegt, gelten besondere Regelungen:

Sie müssen uns ein Ausscheiden aus der für diese Sonderkondition definierten Gruppe nach Absatz 1 Satz 2 unverzüglich mitteilen.

Scheiden Sie aus der für die Gewährung dieser Sonderkondition definierten Gruppe aus, entfällt die für Ihren Vertrag erhaltene Vergünstigung. Sie können dann zwischen zwei Möglichkeiten, den Vertrag fortzuführen, wählen:

1. Sie zahlen den gleichen Beitrag weiter. Dadurch reduziert sich die Leistung Ihrer Versicherung.
2. Sie zahlen einen erhöhten Beitrag. Dadurch bleibt die Leistung Ihrer Versicherung gleich.

In beiden Fällen ist keine erneute Risikoprüfung notwendig.

(3) Wird die kollektivrechtliche Vereinbarung gekündigt, entfällt diese Sonderkondition für Ihren Vertrag. Wir werden sie darüber informieren. Für die Fortsetzung des Vertrags gilt Absatz 2 entsprechend.

(4) Melden Sie uns den Wegfall der Voraussetzungen nicht, verringern wir die versicherten Leistungen. Dazu berechnen wir die versicherten Leistungen rückwirkend zum Wegfall der Voraussetzungen ohne Berücksichtigung dieser Sonderkondition neu.

§ 28 – Was gilt für das Beschwerdemanagement?

(1) Es ist uns wichtig, Ihnen erstklassige Leistungen zu bieten und auf Ihre Bedürfnisse einzugehen. Sind Sie dennoch mit unseren Produkten oder unserem Service nicht zufrieden, dann lassen Sie uns dies bitte wissen. Lesen Sie dazu Absatz 4. Wir nehmen Ihre Anregungen, Beschwerden und Ihre Kritik sehr ernst.

(2) **Anlaufstellen für Ihre Anliegen**

1. Versicherungsombudsmann

   Sie haben die Möglichkeit sich an den Versicherungsombudsmann zu wenden. Diese außergerichtliche Schlichtungsstelle vermittelt bei Meinungsverschiedenheiten zwischen Kunden und Versicherern.

   Versicherungsombudsmann e.V.
   Postfach 080632
   10006 Berlin
   E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
   Tel. 0800 3696000*
   Fax 0800 3699000*
   (* kostenlos aus deutschen Telefonnetzen)
   www.versicherungsombudsmann.de

   Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Voraussetzung für das Schlichtungsverfahren vor dem Ombudsmann ist aber, dass Sie uns zunächst ermöglichen, unsere Entscheidung zu überprüfen.

2. Online-Streitbeilegungsplattform

   Sofern Sie als Verbraucher den Versicherungsvertrag online (beispielsweise über unsere Website) geschlossen haben, können Sie für Ihre Beschwerde auch die von der Europäischen Kommission eingerichtete Online-Streitbeilegungsplattform nutzen: http://ec.europa.eu/consumers/odr/

   Ihre Beschwerde wird von dort aus an die zuständige außergerichtliche Schlichtungsstelle weitergeleitet.

3. Die für uns zuständige Versicherungsaufsicht

   Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
   Sektor Versicherungsaufsicht
   Graurheindorfer Straße 108
   53117 Bonn
   E-Mail: poststelle@bafin.de
   Tel. 0228 4108-0
   Fax 0228 4108-1550

(3) **Rechtsweg**

Sie können mit Ihren Anliegen zusätzlich auch den Rechtsweg beschreiten.

(4) **Unser Beschwerdemanagement**

Mit Ihren Anliegen erreichen Sie uns unter der Telefonnummer 09561 96-50740 oder postalisch unter der folgenden Adresse:

HUK-COBURG-Lebensversicherung AG
Beschwerdemanagement
Bahnhofsplatz
96440 Coburg

Sie können sich auch über ein Online-Formular an uns wenden. Das Kontaktformular für Ihre Beschwerde und weitere Informationen finden Sie auf www.HUK.de/beschwerde.

Selbstverständlich setzen wir alles daran, Ihr Anliegen so schnell wie möglich und zu Ihrer Zufriedenheit zu beantworten. Falls eine abschließende Bearbeitung nicht innerhalb von sieben Arbeitstagen möglich ist, erhalten Sie einen Zwischenbescheid.

Um Ihr Anliegen schnell und umfassend zu bearbeiten, bitten wir Sie um folgende Informationen:

- Name
- Adresse
- Telefon
- Versicherungsnummer
- Schilderung Ihres Anliegens

HUK-COBURG
Lebensversicherung

Gebührentabelle

Nachfolgend finden Sie die im Paragraphen „Welche Kosten und Gebühren dürfen wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen?“ bzw. „Welche Kosten und Gebühren dürfen Ihnen gesondert in Rechnung gestellt werden?“ Ihrer Allgemeinen Bedingungen erwähnte Gebührentabelle.

Die folgenden Kosten können wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen, sofern die Kosten nicht vertraglich oder rechtlich ausgeschlossen sind.

Kostenanlass	Kosten	Erhebung
Bearbeitung von Rückläufern im Lastschriftverfahren Die erhobene Gebühr verwenden wir zur Verrechnung der uns von Ihrem Kreditinstitut in Rechnung gestellten Kosten.	2,50 €	derzeit nicht
Erstellung einer Ersatzurkunde für den Versicherungsschein	15,00 €	derzeit nicht
Vertragsänderungen		
• Entnahmen von mehr als der Hälfte des Gesamtguthabens bei Premium Renten	75,00 €	Ja, außer in der betrieblichen Altersversorgung
• interne Teilung des Vertrags im Rahmen eines Versorgungsausgleichs. Die Kosten tragen die ausgleichsberechtigte Person und die ausgleichspflichtige Person zu gleichen Teilen.	3 % des Ehezeitanteils (mindestens 150,00 €) höchstens 350,00 €)	Ja
• Durchführung von sonstigen Vertragsänderungen mit Ausnahme von vollständiger Kündigung und vollständiger Beitragsfreistellung	20,00 €	derzeit nicht
Bearbeitung von Abtretungen und Verpfändungen	20,00 €	derzeit nicht
Bearbeitung von Zahlungsrückständen	15,00 €	derzeit nicht
Individuelle Wertanfragen über die gesetzlich geregelten Informationspflichten hinaus	5,00 €	derzeit nicht

Wir weisen darauf hin, dass nicht alle Gebührenarten auf die jeweilige Versicherung zutreffen müssen. Die Gebührentabelle wird in regelmäßigen Abständen überprüft. Wir behalten uns vor, die genannten Kosten und die derzeit kostenfreien Vorgänge in der Gebührentabelle entsprechend der Prüfergebnisse angemessen anzupassen (vgl. § 315 BGB). Über eine eventuelle Anpassung werden wir Sie informieren.

AL7212_GT_2022.02_V2

HUK-COBURG-Lebensversicherung AG
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Prof. Dr. Heinrich R. Schradin. Vorstand: Klaus-Jürgen Heitmann, Stefan Gronbach, Dr. Hans Olav Herøy, Dr. Helen Reck, Dr. Jörg Rheinländer, Thomas Sehn, Daniel Thomas.
Sitz der Aktiengesellschaft: Bahnhofsplatz, 96444 Coburg; eingetragen beim Amtsgericht Coburg unter HRB 30; St.-Nr. 9212/101/00021; E-Mail: info@huk-coburg.de