Bedingungen zur Berufsunfähigkeitsversicherung „S-M.A.R.T“ – ohne Leistung bei psychischen Erkrankungen

B920

Inhalt

I *Allgemeine Bedingungen zur Berufsunfähigkeitsversicherung „S-M.A.R.T“ – ohne Leistung bei psychischen Erkrankungen* *2*

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir? 2

§ 2 Welche zusätzlichen Leistungen erbringen wir, wenn ein Rentenanspruch entstanden ist? 3

§ 3 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen? 4

§ 4 Wie sind Sie abgesichert, wenn Sie die garantierte Leistungsdynamik im Rentenbezug vereinbart haben (optionale Leistung)? 6

§ 5 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung? 6

§ 6 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz? 7

§ 7 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen? 7

§ 8 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht? 8

§ 9 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten? 9

§ 10 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen? 9

§ 11 Wann können Sie Ihren Beitrag überprüfen lassen? 9

§ 12 Wann können Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen? 10

§ 13 Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet? 10

§ 14 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden? 11

§ 15 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab? 13

§ 16 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit? 13

§ 17 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit? 13

§ 18 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein? 13

§ 19 Wer erhält die Versicherungsleistung? 13

§ 20 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen? 13

§ 21 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens? 14

§ 22 Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie? 14

§ 23 Welche Kosten können wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen? 14

§ 24 Welche Sanktionen führen zum Ausschluss des Versicherungsschutzes? 14

§ 25 Was sind die Vertragsgrundlagen, welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung und wer ist die zuständige Aufsichtsbehörde? 14

§ 26 Wo ist der Gerichtsstand? 14

§ 27 Welche außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren stehen zur Verfügung? 15

II *Anhang der Allgemeinen Bedingungen zur Kündigung und Beitragsfreistellung Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung* *15*

III *Besondere Bedingungen für die Nachversicherungsgarantie zur Berufsunfähigkeitsversicherung* *15*

IV *Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung* *16*

§ 1 Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Versicherungsleistungen? 16

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen? 16

§ 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen? 16

§ 4 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen? . . . 17

§ 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt? 17

V *Besondere Bedingungen für die Tarifwechseloption* *17*

Gültig ab 12.2025

InterRisk
VIENNA INSURANCE GROUP

Guten Tag,

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

I Allgemeine Bedingungen zur Berufsunfähigkeitsversicherung „S-M.A.R.T" – ohne Leistung bei psychischen Erkrankungen

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

1. Wird die versicherte Person während der vereinbarten Versicherungsdauer zu mindestens 50 % berufsunfähig (vgl. § 3), so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

   a) Zahlung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente. Die Rente zahlen wir entsprechend der vereinbarten Rentenzahlungsweise im Voraus, erstmals anteilig bis zum Ende der laufenden Rentenzahlungsperiode;

   b) volle Befreiung von der Beitragspflicht.

   Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit besteht kein Anspruch auf diese Versicherungsleistungen.

2. Versicherungsdauer ist der Zeitraum, in dem Versicherungsschutz besteht. Leistungsdauer ist der Zeitraum, bis zu dessen Ablauf eine während der Versicherungsdauer zuerkannte Leistung längstens gewährt wird.

   Ist eine gegenüber der Versicherungsdauer längere Leistungsdauer vereinbart, so werden Ansprüche, die durch Eintritt der Berufsunfähigkeit vor Ablauf der Versicherungsdauer entstanden sind, auch dann noch anerkannt, wenn sie nach Ablauf der Versicherungsdauer geltend gemacht werden, sofern die Leistungsdauer noch nicht abgelaufen ist. Entsprechendes gilt für den Fall, dass eine innerhalb der Versicherungsdauer fällig gewordene Leistung infolge Wiederherstellung der Berufsfähigkeit (Reaktivierung) erloschen ist und nach Ablauf der Versicherungsdauer eine erneute Berufsunfähigkeit angezeigt wird, die ihren Ursprung in der ersten Berufsunfähigkeit hat.

Unsere schnelle Leistung im Falle einer Krebserkrankung

3. Bei Eintritt einer Krebsdiagnose (Erstdiagnose) im Sinne der Bedingungen (vgl. Nr. 13 und 14) der versicherten Person während der vereinbarten Versicherungsdauer zahlen wir eine Leistung in Höhe von insgesamt maximal bis zu 15 Monatsrenten. Voraussetzung hierfür ist, dass die Erstdiagnose nach Ablauf der Wartezeit gemäß Nr. 6 gestellt wurde.

4. Die Leistung im Falle einer Krebserkrankung endet vorzeitig bei dem Eintritt eines der folgenden Ereignisse während des 15-monatigen Leistungszeitraumes:

   a) mit dem Ablauf der Leistungsdauer des Versicherungsvertrages;

   b) mit dem Tod der versicherten Person;

   c) bei der Anerkennung einer Leistung aus der Berufsunfähigkeit (vgl. Nr. 1 und 2) zum Wirksamkeitstermin der Anerkennung. Die ab diesem Termin bereits erbrachten schnellen Leistungen wegen Krebserkrankung werden mit den Berufsunfähigkeitsleistungen verrechnet;

   d) wenn trotz Krebserkrankung innerhalb der 15 Monate eine berufliche Tätigkeit tatsächlich ausgeübt wird.

5. Nach Eintritt des ersten Versicherungsfalles aufgrund einer Krebserkrankung wird keine Versicherungsleistung für weitere Krebsdiagnose gezahlt, auch dann, wenn die erneute Krebsdiagnose eine Erstdiagnose darstellt.

6. Die Versicherungsleistung gemäß Nr. 3 wird frühestens nach der Wartezeit fällig. Die Wartezeit beträgt sechs Monaten ab dem Abschluss des Versicherungsvertrages. Dies ist der Zeitpunkt zu dem wir Ihren Antrag auf Abschluss des Versicherungsvertrags angenommen haben, frühestens jedoch der mit Ihnen vereinbarte Versicherungsbeginn.

7. Wenn die Erstdiagnose gemäß Nr. 3 während der Wartezeit gestellt wurde, erfolgt keine Leistung.

8. Sind zu einer Krebserkrankung im Sinne von Nr. 13 und 14 bereits Symptome während der Wartezeit gemäß Nr. 6 aufgetreten, ist eine Leistung aufgrund dieser Krebserkrankung ausgeschlossen.

Weitere Regelungen zu unseren Leistungen

Anspruch auf Leistungen bei Berufsunfähigkeit

9. Der Anspruch auf Rente und Beitragsbefreiung entsteht mit Beginn des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit gemäß § 3 eingetreten ist.

10. Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Rentenleistungen erhalten Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (siehe § 5).

11. Bis zu unserer endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge weiter entrichten; wir werden jedoch die über den Leistungsbeginn hinaus gezahlten Beiträge bei Anerkennung der Leistungspflicht verzinst mit dem Rechnungszins des Vertrages zurückzahlen. Auf Ihren Wunsch hin sind wir bereit, die Beiträge bis zu unserer endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos zu stunden. Im Falle eines Rechtsstreits über unsere Leistungspflicht stunden wir Ihnen die Beiträge bis zur rechtskräftigen gerichtlichen Entscheidung. Nach einer abschlägigen Entscheidung sind die gestundeten Beiträge innerhalb von 30 Tagen nachzuzahlen. Anstelle der Zahlung der offenen Beiträge innerhalb dieser Frist können Sie die gestundeten Beiträge durch eine Vertragsänderung bzw. durch Verrechnung mit dem Guthaben oder den Gewinnanteilen tilgen oder in einem Zeitraum von bis zu 24 Monaten in Raten zusammen mit den laufenden Beiträgen nachzahlen. Stundungszinsen erheben wir in diesem Falle nicht.

12. Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rentenzahlung endet, wenn

    - Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt,
    - bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit (§ 3 Nr. 13 bis 16), wenn die Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt,
    - die versicherte Person stirbt oder
    - die vereinbarte Leistungsdauer abläuft.

    Einzelheiten zu den ersten beiden Aufzählungspunkten regelt § 16 Nr. 3.

Wann liegt der Versicherungsfall „Krebserkrankung“ im Sinne der Bedingungen vor?

13. Krebs im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn ein invasiv wachsender Krebs, der sich durch ein eigenständiges Wachstum auszeichnet und bereits in das umliegende Gewebe eingedrungen ist oder Metastasen (Fernableger) in Lymphknoten oder anderen Organen gebildet hat, eindeutig festgestellt wurde. Bei Krebsvorstufen und Krebsfrühformen wie zum Beispiel das Carcinoma in situ (Cis), sogenannte Borderline-Tumore oder Gebärmutterm-undveränderungen wie die Zervixdysplasie (CIN I-III, PAP 1-4) wird daher nicht von uns geleistet. Unter dem Begriff „Krebs“ verstehen wir auch bösartige Tumore des Blutes (Leukämien), der blutbildenden Organe und des Lymphsystems (Morbus Hodgkin, maligne Lymphome). Die Diagnose muss durch Vorlage des histopathologischen Befundes bestätigt werden.

14. Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:
    - solide Tumore im prognostischen Stadium I entsprechend der AJCC/UICC-Klassifikation (8. Edition);
    - Leukämien oder maligne Lymphome im prognostischen Stadium/Schweregrad I der für die zugrunde liegende Erkrankung gültigen Klassifikation;
    - Hautkrebs, der nicht dem schwarzen Hautkrebs (dem malignen Melanom) zugeordnet werden kann, wie zum Beispiel der weiße Hautkrebs oder Dermatofibrosarkoma protuberans;
    - Vorstufen von Blutkrebs, die sich noch nicht zu einer Leukämie/Myelom transformiert/entartet sind, wie zum Beispiel Polycythaemia vera (PV), essentielle Thrombozythämie (ET), Monoklonale Gammopathie unklarer Signifikanz (MGUS) oder myelodysplastisches Syndrom (MDS) etc.;
    - Gehirntumore WHO Grad I.

    Der feingewebliche Nachweis kann nicht ersetzt werden durch Testverfahren, die lediglich auf dem Nachweis von zirkulierenden Tumorzellen oder Tumor-assoziierten Molekülen in Körperflüssigkeiten wie Blut, Speichel, Urin oder Stuhl beruhen.

§ 2 Welche zusätzlichen Leistungen erbringen wir, wenn ein Rentenanspruch entstanden ist?

1. Ist ein Anspruch auf Rentenzahlung entstanden, erbringen wir folgende Zusatzleistungen:

    a) Behinderungsbedingte Kosten

    Innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren nach Eintritt der Berufsunfähigkeit übernehmen wir die Kosten für folgende Maßnahmen bis zu einer Höhe von insgesamt zwei Monatsrenten, höchstens aber 10.000 €, sofern die Maßnahmen ausschließlich aufgrund der Berufsunfähigkeit erforderlich werden:
    - behindertengerechter Umbau des PKW der versicherten Person;
    - behindertengerechter Umbau der Wohnung oder Umzug in eine behindertengerechte Wohnung;
    - Prothesen und Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl);
    - Schulungs- und Prüfungsgebühren für Umschulungsmaßnahmen.

    Die Kosten sind uns anhand entsprechender Belege nachzuweisen. Im Falle eines zeitlich begrenzten Anerkenntnisses (vgl. § 15 Nr. 2) entsteht kein Anspruch auf diese Leistung.

    b) Rehabilitationshilfen

    Wir übernehmen die Kosten von Rehabilitationsmaßnahmen bis zu einer Höhe von zwei Monatsrenten, höchstens 10.000 €, wenn aus medizinischer und arbeitsmarktbezogener Sicht die begründete Aussicht besteht, dass die Aufnahme einer Berufstätigkeit dadurch früher erfolgen kann.

    c) Hilfen zur Umorganisation

    Wenn die versicherte Person nach einer Umorganisation des bisherigen Arbeitsplatzes oder Tätigkeitsbereiches wieder ihren bisherigen Beruf oder eine andere Tätigkeit so ausübt, dass keine Berufsunfähigkeit im Sinne von § 3 mehr gegeben ist und unsere Leistungspflicht daher endet, beteiligen wir uns an den Umgestaltungskosten bis zu einer Höhe von vier Monatsrenten, höchstens aber 20.000 €.

    d) Wiedereingliederungshilfen

    Endet der Anspruch auf Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente, weil Berufsunfähigkeit im Sinne von § 3 nicht mehr gegeben ist, zahlen wir als Einmalleistung eine Wiedereingliederungshilfe in Höhe von zwei Monatsrenten. Der Anspruch auf Wiedereingliederungshilfe entsteht an dem Tag, an dem die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden muss (vgl. § 16 Nr. 3). Nach Ablauf eines zeitlich befristeten Anerkenntnisses (vgl. § 15 Nr. 2) wird eine Wiedereingliederungshilfe nicht gezahlt. Die Wiedereingliederungshilfe kann während der Versicherungsdauer nur einmal in Anspruch genommen werden. Tritt innerhalb eines Jahres ab Entstehen des Anspruchs auf Wiedereingliederungshilfe erneut Berufsunfähigkeit ein, entfällt der Anspruch auf Wiedereingliederungshilfe. Ist die Wiedereingliederungshilfe bereits ausgezahlt, so wird sie mit zukünftigen Versicherungsleistungen verrechnet.

2. Obergrenzen für Zusatzleistungen

Die Summe der von uns als behinderungsbedingte Kosten, Rehabilitationshilfen und Wiedereingliederungshilfen zu erbringenden Leistungen ist während der Versicherungsdauer auf insgesamt vier Monatsrenten und einschließlich Hilfen zur Umorganisation auf sechs Monatsrenten begrenzt.

§ 3 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

1. Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder altersentsprechenden sowie mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, mindestens sechs Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich außerstande sein wird, ihrem zuletzt ausgeübten Beruf wie in gesunden Tagen nachzugehen und auch keine andere Tätigkeit ausübt, die sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten ausüben kann und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht. Wir erbringen in diesem Fall unsere Leistungen bereits ab Beginn dieses sechsmonatigen Zeitraumes.

   Wir sind jedoch nicht zur Leistung verpflichtet, wenn die Berufsunfähigkeit durch Gesundheitsstörungen nervöser oder psychischer Art verursacht ist, es sei denn, dass diese durch ein während der Versicherungsdauer entstandenes organisches Leiden hervorgerufen sind (Ausschluß nach § 7a).

2. Eine Tätigkeit entspricht dann der bisherigen Lebensstellung, wenn

   - sie wirtschaftlich und hinsichtlich ihrer sozialen Wertschätzung mit dem zuletzt ausgeübten Beruf vergleichbar ist und
   - das daraus erzielbare jährliche Einkommen mindestens 80 % des durchschnittlichen Einkommens aus Erwerbstätigkeit der letzten drei Jahre vor der Berufsunfähigkeit beträgt.

   Bei der Ermittlung werden krankheitsbedingte Einkommensausfälle ausgeglichen. Die Umstände des Einzelfalls werden bei der Festlegung der zumutbaren Einkommensminderung berücksichtigt. Sollte der Bundesgerichtshof einen höheren Prozentsatz für das durchschnittliche Einkommen festlegen, ist dieser auch für uns maßgeblich.

3. Vollständige Berufsunfähigkeit liegt ebenso vor, wenn für die zuletzt in gesunden Tagen ausgeübte Tätigkeit, wegen einer Infektion oder wegen der Gefahr einer Infizierung Dritter, durch die zuständige Behörde ein vollständiges oder teilweises Tätigkeitsverbot nach dem Infektionsschutzgesetz ausgesprochen wird (Infektionsklausel). Die versicherte Person darf ihre Tätigkeit zu mindestens 50 % nicht mehr ausüben. Das vollständige oder teilweise Tätigkeitsverbot muss sich über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erstrecken. Mit der Aufhebung des vollständigen oder teilweisen Tätigkeitsverbotes entfällt der Anspruch auf die Berufsunfähigkeitsleistung. Zum Nachweis des Vorliegens eines vollständigen oder teilweisen Tätigkeitsverbotes ist uns die Verfügung im Original oder amtlich beglaubigt vorzulegen.

   Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn die versicherte Person eine andere Tätigkeit zu mehr als 50 % konkret ausübt, die entsprechend ihrer Ausbildung und Fähigkeiten und ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung ausgeübt werden kann, und die ihrer Lebensstellung gemäß Nr. 2 entspricht, die vor Eintritt des Tätigkeitsverbotes bestanden hat.

4. Als Beruf gilt die berufliche Tätigkeit, die zuletzt ohne erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigung vor Eintritt der Berufsunfähigkeit ausgeübt wurde. Setzt sich die zuletzt ausgeübte Tätigkeit aus einer Teil-Erwerbstätigkeit und einer Haushaltsführung zugunsten anderer im Sinne von Nr. 5 a) (Hausfrau/Hausmann) und/oder zur Versorgung pflegebedürftiger Familienangehöriger zusammen, so werden alle Bestandteile dieser beruflichen Betätigung zusammengenommen als Beruf zugrunde gelegt. Werden mehrere Berufe in Teilzeit nebeneinander ausgeübt, so werden alle Bestandteile dieser beruflichen Betätigungen zusammengenommen als Beruf zugrunde gelegt.

5. Als Beruf gilt:

   a) bei Hausfrauen und Hausmännern die Tätigkeit eines Hauswirtschafters;

   b) bei Schülern, bei Auszubildenden, welche die Zwischenprüfung noch nicht abgelegt haben, die berufliche Tätigkeit einer Arbeitskraft mit noch nicht bestimmtem Beruf;

   c) bei Auszubildenden, welche die Zwischenprüfung abgelegt haben, die berufliche Tätigkeit eines Gesellen des Ausbildungsberufes;

   d) bei Studenten an einer staatlich anerkannten Universität oder Fachhochschule gilt bis zur Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit als versicherter Beruf der mit dem erfolgreichen Abschluss des Studiums angestrebte Beruf.

6. Bei Schülern liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % außerstande ist als Schüler am regulären Unterricht, so wie er zuletzt ohne erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigung stattgefunden hat, teilzunehmen. Berufsunfähigkeit bei Schülern liegt nur dann vor, wenn die versicherte Person keine andere, ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit konkret ausübt oder andere Schulform konkret besucht. Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung auf eine andere Schulform.

   Zur Ermittlung der Berufsunfähigkeit bei Schülern berücksichtigen wir folgende Punkte:

   - Ausstattung des Schulgebäudes;
   - kann der Schüler den Schulweg bewältigen sowie die erforderlichen Verkehrsmittel nutzen;
   - kann der Schüler dem Unterricht folgen (Aufnahmefähigkeit und Konzentration) und sich daran beteiligen (schriftlich und mündlich);
   - kann der Schüler die Hausaufgaben bewältigen.

7. Hat die versicherte Person ihren Beruf innerhalb von zwölf Monaten vor Eintritt der Berufsunfähigkeit gewechselt und zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet, so wird bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit auch die berufliche Tätigkeit vor dem Berufswechsel berücksichtigt. Die Berücksichtigung der früheren Tätigkeit ist ausgeschlossen, wenn die für die Berufsunfähigkeit ursächlichen Gesundheitsstörungen zum Zeitpunkt des Berufswechsels nicht bekannt waren oder wenn der Berufswechsel aus gesundheitlichen Gründen erfolgte.

8. Vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit brauchen Sie uns einen Wechsel oder das Ende der beruflichen Tätigkeit der versicherten Person nicht anzuzeigen.

9. Wird während der Laufzeit des Vertrages eine Meisterprüfung erfolgreich bestanden, kann eine Überprüfung der dem Vertrag zugrundeliegenden Berufsgruppe beantragt werden.

10. Übt die versicherte Person bei Eintritt des Versicherungsfalles keine berufliche Tätigkeit aus, so wird die Berufsunfähigkeit nach der vor Ausscheiden aus dem Berufsleben zuletzt ausgeübten Tätigkeit und ihrer Lebensstellung zum Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem Berufsleben beurteilt. Liegt die Beendigung der letzten Berufstätigkeit mehr als 36 Monate zurück, so kommt es darauf an, ob die versicherte Person außerstande ist, einen Beruf auszuüben, wie sie ihn aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung in gesunden Tagen hätte ausüben können und der ihrer Lebensstellung zum Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem Berufsleben entspricht.

11. Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn die versicherte Person in zumutbarer Weise weiterhin als Selbstständiger nach einer Umorganisation innerhalb ihres Betriebes tätig sein könnte. Als selbstständig gilt, wer (Mit-) Inhaber der Organisationsgewalt über einen Betrieb ist (z.B. Freiberufler, Gewerbetreibende, sonstige Selbstständige, nicht sozialversicherungspflichtige Geschäftsführer). Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn der versicherten Person die Stellung als Betriebsinhaber erhalten bleibt, die Kosten für die Umorganisation zumutbar sind und sich die durch die Umorganisation ergebende Minderung des Gewinns vor Steuern auf höchstens 20 % bezogen auf den durchschnittlichen jährlichen Gewinn vor Steuern der letzten drei Jahre beläuft bzw. voraussichtlich belaufen wird.

    Zur Beurteilung der umorganisationsbedingten Minderung des Gewinns vor Steuern sind uns geeignete Unterlagen (z.B. Betriebswirtschaftliche Auswertung, Bilanz, Gewinn- und Verlustrechnung, etc.) der letzten drei Jahre vor Eintritt der Berufsunfähigkeit einzureichen.

    Bei weisungsgebundenen Arbeitnehmern erfolgt keine Prüfung der Umorganisation des Arbeitsplatzes.

12. Berufsunfähigkeit von mindestens 50 % ist gegeben, wenn die in Nr. 1 genannten Voraussetzungen mindestens sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % erfüllt waren oder voraussichtlich erfüllt sein werden.

13. Berufsunfähigkeit von mindestens 50 % wird auch bei Pflegebedürftigkeit angenommen. Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls mindestens sechs Monate ununterbrochen so hilflos war oder voraussichtlich sein wird, dass sie für eine oder mehrere der in Nr. 14 genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Im Falle von Pflegebedürftigkeit erbringen wir unsere Leistungen ebenfalls bereits ab Beginn des sechsmonatigen Zeitraumes. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

14. Pflegebedürftigkeit ist gegeben, wenn wenigstens eine der folgenden Voraussetzungen zutrifft:

    Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

    a) Fortbewegen im Zimmer: Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt;

    b) Aufstehen und Zubettgehen: Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann;

    c) An- und Auskleiden: Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann;

    d) Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken: Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann;

    e) Waschen, Kämmen oder Rasieren: Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen;

    f) Verrichten der Notdurft: Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie

    - sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
    - ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil
    - der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

    Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, und kann die versicherte Person diese Hilfsmittel selbstständig verwenden, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft kein Hilfebedarf vor.

15. Unabhängig von diesen Voraussetzungen liegt Pflegebedürftigkeit vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf. Das Gleiche gilt für eine versicherte Person, die dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann, oder die der Bewahrung bedarf.

    Bewahrung liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann.

16. Vorübergehende akute Erkrankungen oder Besserungen sowie Unterbrechungen der Pflegebedürftigkeit werden bei der Prüfung, ob Berufsunfähigkeit besteht oder fortbesteht, nicht berücksichtigt. Eine Erkrankung, Besserung oder Unterbrechung der Pflegebedürftigkeit gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

§ 4 Wie sind Sie abgesichert, wenn Sie die garantierte Leistungsdynamik im Rentenbezug vereinbart haben (optionale Leistung)?

1. Wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer berufsunfähig (vgl. § 3) wird, erbringen wir folgende zusätzliche Leistung:

   Wir erhöhen Ihre Berufsunfähigkeitsrente nach § 1 jährlich zu Beginn eines Versicherungsjahres um den von Ihnen gewählten Prozentsatz, längstens bis zum Ende der Leistungsdauer. Wir erhöhen die Rente erstmals zu dem auf den Beginn der Leistungspflicht folgenden Versicherungsstichtag.

2. Wenn die versicherte Person nicht mehr berufsunfähig ist und wir die Leistung einstellen, gilt: Ihr Versicherungsschutz reduziert sich wieder auf die Höhe, bevor die versicherte Person berufsunfähig wurde.

§ 5 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) an den Überschüssen (Überschussbeteiligung). Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

1. Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

a) Überschüsse können aus drei verschiedenen Quellen entstehen, den Kapitalerträgen, dem Risikoergebnis und dem übrigen Ergebnis.

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

   Überschüsse entstehen dann, wenn die Aufwendungen für das Berufsunfähigkeitsrisiko und die Kosten niedriger sind, als bei der Tarifkalkulation angenommen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer angemessen beteiligt und zwar nach derzeitiger Rechtslage am Risikoergebnis (Berufsunfähigkeitsrisiko) grundsätzlich zu mindestens 90 % und am übrigen Ergebnis (einschließlich Kosten) grundsätzlich zu mindestens 50 %.

   Weitere Überschüsse können aus den Erträgen der Kapitalanlagen entstehen. Von den anzurechnenden Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind, erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in der Mindestzuführungsverordnung genannten Prozentsatz. In der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben. Aus diesem Betrag werden zunächst die Beträge finanziert, die für die garantierten Versicherungsleistungen benötigt werden. Aus den verbleibenden Mitteln wird die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer dotiert.

b) Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Gruppen zusammengefasst. Kriterium für die Bildung einer solchen Gruppe ist vor allem das versicherte Risiko. Danach werden Berufsunfähigkeitsversicherungen, Risikoversicherungen, Kapitallebensversicherungen sowie die Rentenversicherungen eigenen Gruppen zugeordnet. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Gruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der sog. Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 140 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt.

   Nach der derzeitigen Fassung des § 140 Absatz 1 VAG können wir die Rückstellung, im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder – sofern die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen – zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen.

2. Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages

a) Ihre Versicherung gehört zum Gewinnverband B45 in der Bestandsgruppe 114. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Den Geschäftsbericht können Sie bei uns jederzeit anfordern.

b) Die Bemessungsgrößen für die Überschussanteile werden nach versicherungsmathematischen Regeln mit den Rechnungsgrundlagen der Tarifkalkulation ermittelt. Die Tarifkalkulation ist von den DAV-Tafeln 2021I M/F, 2021TI M/F, 2021RI M/F sowie 2021AT M/F abgeleitet. Hierbei werden aus den geschlechterspezifischen Tafeln unter Ansetzung von Mischungsverhältnissen für Männer bzw. Frauen geschlechtsunabhängige Unisextafeln erzeugt. Als Rechnungszins wurde 1,0 % angesetzt.

c) Bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung besteht die Überschussbeteiligung aus einem Sofortrabatt, der in Prozent des Bruttobeitrags gemäß Zahlweise bemessen wird. Die Zuteilung erfolgt in anteiliger Höhe gleichbleibend für das ganze Versicherungsjahr zu Beginn eines jeden Monats. Die innerhalb eines Zahlungsabschnitts fällig werdenden monatlichen Überschussanteile werden zu Beginn dieses Zahlungsabschnitts mit den Bruttobeiträgen verrechnet. Ein Rechtsanspruch auf die Überschussanteile entsteht allerdings erst mit ihrer Zuteilung. Beitragsfreie Versicherungen sind nicht überschussberechtigt.

3. Gewinngruppen

a) Verträge in Anwartschaft mit Verrechnung

Wartezeit:	keine
Risikoüberschuss:	in Prozent des Jahresbeitrags
Überschusssystem:	Verrechnung

b) Verträge im Rentenbezug bei Berufsunfähigkeit

Wartezeit:	ein Jahr ab Ende des Versicherungsjahres
Zinsüberschuss:	in Prozent der Deckungsrückstellung
Überschusssystem:	Rentenerhöhung

4. Überschusssysteme

a) Überschusssystem Verrechnung

Die Überschüsse werden mit den Beiträgen verrechnet.

b) Überschusssystem Rentenerhöhung

Im Rentenbezug bei Berufsunfähigkeit werden die jährlich anfallenden Zinsüberschussanteile dazu verwendet, die jeweils fälligen Renten zu erhöhen.

5. Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor ist dabei die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Aber auch die Zinsentwicklung ist insbesondere bei laufenden Berufsunfähigkeitsrenten von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch Null Euro betragen.

§ 6 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

1. Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag abgeschlossen worden ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

   Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung (vgl. § 9 Nr. 3 und 4 und § 10).

2. Ist mit Ihnen ein vorläufiger Versicherungsschutz vereinbart worden, so wird dieser durch die Regelungen in Nr. 1 nicht berührt.

§ 7 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Berufsunfähigkeit gekommen ist. Soweit nichts anderes vereinbart ist, leisten wir jedoch nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:

a) durch Gesundheitsstörungen nervöser oder psychischer Art, es sei denn, dass diese durch ein während der Versicherungsdauer entstandenes organisches Leiden hervor gerufen sind,

b) unmittelbar oder mittelbar durch kriegerische Ereignisse, außer wenn die Berufsunfähigkeit während eines Aufenthalts der versicherten Person außerhalb der Bundesrepublik Deutschland verursacht wurde und sie an den kriegerischen Ereignissen nicht aktiv beteiligt war. Wir werden aber leisten, wenn die versicherte Person als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei, des Bundesgrenzschutzes oder einer staatlich anerkannten Hilfsorganisation im Auftrag der Bundesrepublik Deutschland mit Mandat der NATO oder UNO an deren humanitären Hilfeleistungen teilnimmt;

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

d) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person. Einfache und grob fahrlässige Verstöße (z.B. im Straßenverkehr) sind davon nicht betroffen;

e) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;

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

g) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und dies mit einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen derart verbunden ist, dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistung nicht mehr gewährleistet ist.

§ 8 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

1. Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Vertragsabschluss in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden.
2. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

Rücktritt

3. Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person (vgl. Nr. 2) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
4. Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.
5. Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, erlischt sie, ohne dass ein Rückkaufswert anfällt. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

6. Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.
7. Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
8. Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um (§ 12 Nr. 4 bis 6).

Vertragsanpassung

9. Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, verzichten wir auf die Möglichkeit der Vertragsanpassung bzw. der Vertragsbeendigung.
10. Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen. In der Mitteilung werden wir Sie auf das Kündigungsrecht hinweisen.

Ausübung unserer Rechte

11. Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen unsere Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände innerhalb eines Monats nach deren Kenntniserlangung angeben.
12. Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung sind ausgeschlossen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
13. Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von drei Jahren seit Vertragsschluss ausüben. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

14. Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmeentscheidung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Nr. 5 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

15. Nr. 1 bis Nr. 14 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen nach Nr. 13 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

Erklärungsempfänger

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

§ 9 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

1. Die Beiträge zu Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung können Sie je nach Vereinbarung durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge (laufende Beiträge) entrichten. Die Versicherungsperiode umfasst bei Jahreszahlung ein Jahr, bei unterjähriger Beitragszahlung entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.
2. Wenn Sie Ihre Beiträge vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich zahlen erhalten Sie hierfür einen entsprechenden Vorauszahlungsrabatt: 2 % bei vierteljährlicher, 3 % bei halbjährlicher und 5 % bei jährlicher Beitragszahlung.
3. Der erste Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.
4. Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem in Nr. 3 genannten Termin eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.
5. Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.
6. Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.
7. Sie können verlangen, dass die Beiträge bis zu 36 Monate gestundet werden, wenn seit Beginn der Versicherung zwölf Monate vergangen sind, die Beiträge für das erste Versicherungsjahr vollständig gezahlt wurden und ein Deckungskapital vorhanden ist, das der Höhe der gestundeten Beiträge entspricht. Für den Stundungszeitraum fallen keine Stundungszinsen an. Für eine Stundung der Beiträge ist eine Vereinbarung in Textform (z.B. Papierform, E-Mail) mit uns erforderlich. Nach Vereinbarung können Sie die nicht gezahlten Beiträge in einem Betrag oder innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten nachzahlen.

   Sofern ein Deckungskapital vorhanden ist, können die gestundeten Beiträge ganz oder teilweise mit dem Deckungskapital verrechnet werden. Hierdurch kann sich entweder die Berufsunfähigkeitsrente reduzieren oder der Beitrag erhöhen.

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

1. Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten der zur Gesundheitsprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchungen verlangen.
2. Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die Nicht-Zahlung nicht zu vertreten haben.
3. Wenn ein Folgebeitrag oder ein sonstiger Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig gezahlt worden ist oder eingezogen werden konnte, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist, entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

§ 11 Wann können Sie Ihren Beitrag überprüfen lassen?

1. Die Höhe des zu zahlenden Beitrags ist auch abhängig von dem bei Abschluss des Vertrags ausgeübten Beruf der versicherten Person. Wenn die versicherte Person ihren Beruf wechselt, können Sie prüfen lassen, ob sich durch den Berufswechsel für die verbleibende Versicherungsdauer der zu zahlende Beitrag reduziert. Dies gilt auch, wenn die versicherte Person Schüler(in) ist und ein Studium, eine Ausbildung oder eine Berufstätigkeit aufnimmt.
2. Folgende Voraussetzungen gelten:
   a) Sie teilen uns den neuen Beruf der versicherten Person bzw. bei einem(r) Schüler(in) die Aufnahme eines Studiums, einer Ausbildung oder einer Berufstätigkeit in Textform (z.B. Papierform, E-Mail) mit.
   b) Die versicherte Person übt den neuen Beruf seit mindestens sechs Monaten aus. Diese Voraussetzung muss nicht erfüllt sein, wenn die versicherte Person vor dem Wechsel Schüler(in) oder Student(in) war.
   c) Dem neuen Beruf der versicherten Person liegt ein unbefristetes Arbeitsverhältnis zu Grunde.

Wir können die Reduzierung des Beitrags von einer erneuten Risikoprüfung abhängig machen.

3. Sofern unsere Prüfung ergibt, dass der Berufswechsel bzw. die Aufnahme eines Studiums, einer Ausbildung oder einer Berufstätigkeit zu einer Reduzierung des Beitrags führt, berechnen wir den für die verbleibende Versicherungsdauer zu zahlenden Beitrag nach den Rechnungsgrundlagen, die seit Beginn des Vertrages gelten. Ansonsten führen wir Ihre Versicherung mit unverändertem Beitrag weiter. Eine Schlechterstellung ist ausgeschlossen. Über das Ergebnis unserer Prüfung werden wir Sie informieren. Im Falle einer Beitragsreduzierung ist diese wirksam ab der nächsten Beitragsfälligkeit nach Meldungseingang gemäß Nr. 2 a).

   Bei einer Reduzierung des Beitrags bleiben vereinbarte Zuschläge und/oder Ausschlüsse unverändert bestehen.

§ 12 Wann können Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?

Kündigung

1. Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Schluss der Versicherungsperiode ganz oder teilweise in Textform (z.B. Papierform, E-Mail) kündigen.
2. Kündigen Sie Ihre Versicherung nur teilweise, ist die Kündigung unwirksam, wenn die verbleibende beitragspflichtige Monatsrente unter einen Mindestbetrag von 25 € oder der Beitrag unter einen Mindestbetrag von 10 € sinkt. Wenn Sie in diesem Falle Ihre Versicherung beenden wollen, müssen Sie diese also ganz kündigen.
3. Mit der Kündigung erlischt die Versicherung. Wenn Sie Ihre Versicherung kündigen, haben Sie weder einen Anspruch auf einen Rückkaufswert noch auf eine Rückzahlung der Beiträge.

   Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt der Kündigung berufsunfähig, bleiben Ansprüche aus der Versicherung auf Grund bereits vor Kündigung eingetretener Berufsunfähigkeit unberührt.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

4. Anstelle einer Kündigung nach Nr. 1 können Sie zum dort genannten Termin auch in Textform (z.B. Papierform, E-Mail) verlangen, ganz oder teilweise von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Fall setzen wir die Berufsunfähigkeitsrente ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Rente herab, die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode errechnet wird.

   Der aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente zur Verfügung stehende Betrag mindert sich um einen Abzug gemäß § 165 Abs. 2 in Verbindung mit § 169 Abs. 5 VVG sowie um rückständige Beiträge. Der Abzug beträgt 70 % des Deckungskapitals. Mit diesem Abzug wird die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versicherungsbestandes ausgeglichen; zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug finden Sie im Anhang zu den Versicherungsbedingungen.

   Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung berufsunfähig, bleiben Ansprüche auf Grund bereits vor Beitragsfreistellung eingetretener Berufsunfähigkeit unberührt.
5. Erreicht die nach Nr. 4 gebildete, beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente nicht eine monatliche Mindestrente von 25 Euro, erlischt die Versicherung.
6. Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden. Der für die Bildung einer beitragsfreien Leistung zur Verfügung stehende Betrag erreicht während der Versicherungsdauer nicht die Summe der eingezahlten Beiträge, da Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 13) sowie Verwaltungskosten und eine Risikodeckung finanziert werden müssen. Nähere Informationen zur beitragsfreien Rente und ihrer Höhe können Sie der Ihrem Angebot beigefügten Tabelle entnehmen.

Wiederinkraftsetzung

7. Wurde der Vertrag beitragsfrei gestellt, können Sie innerhalb von sechs Monaten ab der Zahlung des letzten Beitrages eine Wiederinkraftsetzung verlangen, sofern ein ausreichendes Deckungskapital vorhanden ist. Nach dieser Frist ist eine Wiederinkraftsetzung nur mit einer erneuten Gesundheitsprüfung der versicherten Person möglich. Dies kann zur Folge haben, dass der Vertrag nur zu geänderten Vertragsbedingungen weitergeführt werden kann. Ebenso ist eine Ablehnung der Wiederinkraftsetzung möglich.

§ 13 Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?

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

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

   Die Höhe der einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten und der darin enthaltenen Verwaltungskosten können Sie Ihrem Angebot entnehmen.
2. Wir wenden auf Ihren Vertrag das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung an. Dies bedeutet, dass wir die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten heranziehen. Dies gilt jedoch nicht für den Teil der ersten Beiträge, der für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und aufgrund von gesetzli-chen Regelungen für die Bildung einer Deckungsrückstellung bestimmt ist. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt.
3. Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden über die gesamte Beitragszahlungsdauer verteilt, die übrigen Kosten über die gesamte Vertragslaufzeit.

4. Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihres Vertrages keine Beträge zur Bildung der beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente vorhanden sind (siehe § 12). Nähere Informationen zur beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente können Sie der Ihrem Versicherungsschein bzw. Angebot beigefügten Tabelle entnehmen.

§ 14 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?

1. Ohne die Mitwirkung des Versicherungsnehmers und die der versicherten Person können wir den Leistungsfall bzw. unsere Leistungspflicht nicht prüfen. Den Umfang der Pflichten (Obliegenheiten) haben wir im Folgenden geregelt. Sofern die versicherte Person nicht zugleich auch Versicherungsnehmer ist, gelten die Obliegenheiten auch für die versicherte Person. Die Folgen einer Verletzung der Obliegenheiten haben wir in § 17 aufgeführt.

   Neben der Feststellung des Versicherungsfalls können wir auch die Wirksamkeit des Vertrages prüfen (siehe auch § 8). Auch hier sind Sie zur Mitwirkung verpflichtet.

   Um Sie bei der Beschaffung der erforderlichen Nachweise zu unterstützen, stellen wir Ihnen nach der Anmeldung des Versicherungsfalls einen umfassenden Fragebogen für Angestellte bzw. Selbstständige zur Verfügung. Dieser beinhaltet alle relevanten Fragen gemäß den folgenden Absätzen c, f und g.

   Wenn Sie eine Leistung geltend machen, müssen Sie uns auf Verlangen und auf Ihre Kosten folgende Auskünfte erteilen und Unterlagen einreichen, bzw. bei deren Beschaffung mitwirken:

   a) Eine Schilderung in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) aufgrund welcher Ursachen Ihre berufliche Tätigkeit nicht mehr ausgeübt werden kann, oder eingeschränkt ist. Statt der versicherten Person kann diese Schilderung auch von einem Dritten abgegeben werden, der zur Auskunftserteilung berechtigt bzw. legitimiert ist (z.B. Versicherungsnehmer, Rechtsanwalt, Leistungsfallbegleiter, Versicherungsmakler oder – vermittler sowie Angehörige).

      Bitte geben Sie uns jede einzelne Ursache und, soweit bekannt, vorliegende Diagnosen an, aufgrund derer Ihre berufliche Tätigkeit nicht mehr ausgeübt werden kann bzw. eingeschränkt ist. Die anzugebenden Ursachen können sich auch auf verschiedene Krankheitsbilder oder mehrere Gesundheitsstörungen beziehen. Über diese Ursachen und diese Diagnosen können Ihnen auch Ihre Ärzte, Krankenhäuser oder sonstige medizinische Behandler Auskunft geben, sofern Sie sich dort in medizinischer Behandlung befanden bzw. befinden.

      Darüber hinaus benötigen wir noch folgende Angaben:

      - Den Zeitpunkt, an dem erstmals eine gesundheitliche Beeinträchtigung aufgetreten ist, die die Ausübungen Ihrer beruflichen Tätigkeit verhindert oder eingeschränkt hat.
      - Den Verlauf der gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Beschreibung von den ersten Anzeichen der Beeinträchtigungen oder dem Ereignis, welches zu den Beeinträchtigungen geführt hat bis hin zu dem Zeitpunkt, an dem Ihre berufliche Tätigkeit nicht mehr ausgeübt werden konnte bzw. eingeschränkt war).
      - Eine Schilderung in Ihren eigenen Worten, wie sich die gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf Ihre berufliche Tätigkeit auswirken (z.B. reduzierte Arbeitszeit bis hin zur Aufgabe der Tätigkeit, Einschränkungen Ihrer ausgeübten Teiltätigkeiten).

        Mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in diesen Bedingungen sind immer die Beeinträchtigungen gemeint, aufgrund derer Ihre berufliche Tätigkeit nicht mehr ausgeübt werden kann oder eingeschränkt ist.

   b) Arztbriefe, ärztliche Berichte Ihrer behandelnden Ärzte sowie medizinischen Behandler (wie z.B. Psychotherapeuten), die Sie wegen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen behandelt haben, oder aktuell behandeln, benötigen wir in Textform. Dies gilt sowohl für ambulante als auch stationäre Behandlungen. Die Arztbriefe und die ärztlichen Berichte werden nur ab dem in Buchstabe a) genannten Zeitraum benötigt.

      Die ärztlichen Berichte müssen folgende Informationen erhalten:

      - Ursache der gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Nennung jeder einzelnen Ursache, jedes einzelnen Ereignisses gemäß Absatz a)) bzw. jede Folge eines Ereignisses;
      - Beginn der gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Nennung des Zeitpunktes, an dem sich die versicherte Person erstmals wegen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung aufgrund der zuvor genannten Ursachen behandeln ließ);
      - Diagnose/n der gesundheitlichen Beeinträchtigung/en;
      - durchgeführte ärztliche Behandlungen;
      - Verlauf der gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Beschreibung von den ersten Anzeichen einer Beeinträchtigung oder dem Ereignis, welches zu der Beeinträchtigung geführt hat bis hin zu dem Zeitpunkt, an dem Ihre berufliche Tätigkeit nicht mehr ausgeübt werden konnte oder eingeschränkt gewesen ist);
      - voraussichtliche Dauer der gesundheitlichen Beeinträchtigung/en (Prognose);
      - Beurteilung der zeitlichen Einsatzfähigkeit der bisher ausgeübten Tätigkeiten, sofern dies dem Arzt möglich ist.

        Hierbei unterstützen wir Sie gerne und fordern die erforderlichen ärztlichen Auskünfte direkt bei Ihren Ärzten an. Hierzu sind von Ihnen lediglich alle Ihre behandelnden Ärzte, Krankenhäuser und – anstalten, medizinische Behandler anzugeben und eine Schweigepflichtentbindung für die jeweilige Stelle zu erteilen.

c) Eine detaillierte Schilderung von Ihnen als versicherte Person über Ihre beruflichen Tätigkeiten vor Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung/en. Bitte erstellen Sie dazu einen tabellarischen Stundenplan für jeden Arbeitstag in einer durchschnittlichen Arbeitswoche.

Die Schilderung sollte mindestens folgende Angaben beinhalten:

- Berufsbezeichnung/en;
- Stellung im Betrieb;
- Personalverantwortung (wenn ja für wieviel Mitarbeiter);
- Beginn und Ende eines Arbeitstages;
- Gesamtarbeitszeit (inkl. Pausen und Wegzeiten) pro Arbeitstag / Arbeitswoche / Arbeitsmonat;
- alle einzelnen Teiltätigkeiten (Einzelverrichtungen);
- Art der Ausübung der Einzelverrichtungen (z.B. Körperbelastung durch Heben von schweren Lasten; stehendes Arbeiten; extreme Belastungen, wie z.B. Hitze, Kälte, etc.);
- Angaben des Anteils an kaufmännischer Tätigkeit (z.B. Arbeiten am Schreibtisch), reisende Tätigkeit (z.B. Fahrten mit dem PKW im Außendienst), körperliche Tätigkeit (z.B. handwerkliche Tätigkeiten), künstlerische Tätigkeit (z.B. kreatives Arbeiten).

Bei selbstständig tätigen Personen sind zusätzlich anzugeben:

- Anzahl der beschäftigten Arbeitnehmer;
- davon Anzahl der Arbeitnehmer mit Prokura oder Handlungsvollmacht;
- Anzahl, Größe und Ausstattung der Betriebsstätte(n) und Filiale(n);
- Darstellung, ob und ggfs. inwieweit durch betriebliche Veränderungen die bestehenden Leistungseinschränkungen der versicherten Person ausgeglichen werden können.

d) Nachweise über die Höhe des Einkommens in den letzten 36 Monaten vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung/en (zur Dokumentation der sozialen Stellung der versicherten Person) durch Vorlage von Lohn-/ Gehaltsabrechnungen für diesen Zeitraum. Ergänzend ist der letzte vorliegende Einkommensteuerbescheid vorzulegen.

Bei selbstständig tätigen Personen sind die Jahresabschlüsse der letzten drei Wirtschaftsjahre vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung/en und der letzte vorliegende Einkommensteuerbescheid vorzulegen.

Bei freiberuflich tätigen Personen und sonstigen nicht bilanzierungspflichtigen Selbstständigen sind die Einnahme-Überschuss-Rechnungen der letzten drei Kalenderjahre vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung/en und der letzte vorliegende Einkommensteuerbescheid vorzulegen.

e) Sofern Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit beantragt werden, ist uns zusätzlich ein Nachweis über den Pflegegrad von offizieller Stelle (Medizinischer Dienst der Krankenkasse) vorzulegen. Sofern dieser Nachweis nicht vorliegt, ist alternativ eine Bestätigung der Einrichtung bzw. eine Stellungnahme der Person, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der erforderlichen Pflege einzureichen.

f) Aufstellung aller Ärzte, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person seit Beginn der gesundheitlichen Beeinträchtigung/en ab dem in a) genannten Zeitpunkt in Behandlungen war, ist und künftig sein wird (soweit bekannt). Mit Angabe des Namens, der Anschrift und des Fachgebietes.

Darüber hinaus benötigen wir die Angabe anderer Versicherungsgesellschaften, bei denen die versicherte Person ebenfalls gegen Berufsunfähigkeit versichert ist, Unfallversicherer (sofern die gesundheitliche/n Beeinträchtigung/en durch einen Unfall verursacht wurden), private und gesetzliche Krankenversicherer, Berufsgenossenschaften (sofern die gesundheitliche/n Beeinträchtigung/en auf einer Berufskrankheit beruhen könnten), der Sozialversicherung und dem Versorgungsamt.

g) Angaben zum Beruf (siehe Absatz c) und zum beruflichen Werdegang (z.B. Schulausbildung, Ausbildung, Tätigkeiten im bisherigen Berufsleben). Diese Angaben benötigen wir, um die konkrete Verweisung prüfen zu können.

h) Neben den unter § 14 geregelten Auskunftspflichten im Zusammenhang mit der Prüfung eines Leistungsanspruches kann eine weitergehende Auskunftspflicht nach § 8 Abs. 1 bestehen.

2. Wir können zusätzlich auf unsere Kosten maximal eine ärztliche Untersuchung je medizinischer Fachrichtung durch von uns beauftragte Ärzte, Psychotherapeuten für die neuropsychologische Zusatztestung bzw. Gutachter innerhalb von 12 Monaten verlangen, um festzustellen, welche Leistungseinschränkungen im Einzelnen vorliegen. Sollte sich die versicherte Person im Ausland aufhalten, übernehmen wir die Reise- und Unterbringungskosten für Untersuchungen in Deutschland in angemessener Höhe. Angemessen bedeutet für uns zum Beispiel:

- ein Zugticket in der zweiten Klasse;
- bei Anreise mit dem eigenen PKW: Abrechnung der gefahrenen Kilometer mit der dann gültigen Entfernungspauschale;
- Unterbringung in einem Mittelklassehotel.

Dies gilt nur, wenn nach Prüfung der uns bis dahin vorliegenden medizinischen Unterlagen eine Entscheidung über den Leistungsantrag nicht möglich ist. In diesem Fall ist die versicherte Person verpflichtet uns zu ermächtigen, die vorliegenden Informationen über den Vertragsinhalt, den Beruf und die Gesundheitsdaten an den medizinischen Gutachter zu übermitteln. Ferner ist der Gutachter auch uns gegenüber schriftlich von seiner ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden.

3. Zumutbare Anordnungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt trifft, um die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu mindern, sind zu befolgen. Zumutbar sind:

   a) die Verwendung verordneter Heil- oder Hilfsmittel, z.B. der Gebrauch einer Seh- oder Hörhilfe und von Prothesen;

   b) Maßnahmen, die nicht mit besonderen Schmerzen oder Gefahren verbunden sind sowie sichere Aussicht auf Heilung oder wesentliche Besserung bieten. Heilbehandlungen, die mit einem operativen Eingriff verbunden sind, sehen wir in diesem Zusammenhang als nicht zumutbar an.

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

1. Nach Prüfung der bei uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in Textform, ob, in welchem Umfang und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen. Wir verpflichten uns, Ihnen innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Eingang der jeweils zur Prüfung vorgelegten Unterlagen unsere Entscheidung über die Leistungspflicht mitzuteilen oder weitere Unterlagen für die Prüfung anzufordern oder Ihnen mitzuteilen, dass wir weitere Schritte (z.B. ein neutrales Gutachten) einleiten werden. Während der Prüfung werden wir Sie regelmäßig, mindestens monatlich, über den Sachstand informieren und fehlende Unterlagen zeitnah anfordern.
2. Wir können in sachlich begründeten Ausnahmefällen einmalig ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis unter einstweiliger Zurückstellung der Frage aussprechen, ob der Versicherte berufsunfähig im Sinne von § 3 ist. Die Dauer des mit zeitlicher Begrenzung ausgesprochenen Anerkenntnisses darf insgesamt zwölf Monate nicht überschreiten. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich begrenzte Anerkenntnis für uns bindend. Die in diesem Zusammenhang erbrachten Leistungen werden nicht zurückgefordert, auch wenn später kein Anspruch auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit entsteht.

§ 16 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

1. Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit im Sinne von § 3, ihren Grad, die Pflegebedürftigkeit und das Fortleben der versicherten Person nachzuprüfen. Dies gilt jedoch nicht für die Dauer des zeitlich begrenzten Anerkenntnisses nach § 15 Nr. 2.
2. Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen des § 14 Nr. 2 und 3 gelten entsprechend.
3. Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen oder hat sich ihr Grad auf weniger als 50 % vermindert, bzw. sind bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit die Voraussetzungen des § 3 Nr. 13 bis 16 entfallen, werden wir von der Leistung frei. In diesem Fall legen wir Ihnen die Veränderung in Textform dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.

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

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 14 oder § 16 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Ansprucherhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 18 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

1. Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.

§ 19 Wer erhält die Versicherungsleistung?

1. Die Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente erfolgt an die versicherte Person. Eine Änderung dieses Bezugsrechts während der Laufzeit des Vertrages ist nicht möglich.
2. 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.

§ 20 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?

1. Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen – soweit in diesen Bedingungen nicht anders geregelt – stets in Textform erfolgen. Bitte richten Sie alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen an unsere Hauptverwaltung.
2. Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, sollten Sie uns auch in Ihrem Interesse eine im Inland ansässige Person benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen (Zustellungsbevollmächtigter).

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

1. Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden können. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.
2. Bei Änderung Ihres Namens gilt Nr. 1 entsprechend.

§ 22 Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?

1. Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen bei Vertragsabschluss, bei Änderung nach Vertragsabschluss oder auf Nachfrage unverzüglich – d. h. ohne schuldhaftes Zögern – zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.
2. Notwendige Informationen im Sinne von Nr. 1 sind derzeit alle Umstände, die für die Beurteilung
   - Ihrer persönlichen Steuerpflicht,
   - der Steuerpflicht dritter Personen, die Rechte an ihrem Vertrag haben und
   - der Steuerpflicht des Leistungsempfängers

   maßgebend sein können.

   Dazu zählen die deutsche oder ausländische Steuerpflicht, die Steueridentifikationsnummer, der Geburtsort und der Wohnsitz.

   Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, müssen Sie trotz einer nicht bestehenden Steuerpflicht damit rechnen, dass wir Ihre Vertragsdaten an in- oder ausländische Steuerbehörden melden.

§ 23 Welche Kosten können wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen?

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

   Dies gilt beispielsweise bei:
   - Ausfertigung einer Ersatzurkunde oder von Abschriften des Versicherungsscheines;
   - schriftlicher Fristsetzung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen;
   - Mahnverfahren wegen Beitragsrückständen (§§ 37 und 38 VVG);
   - Rückläufern im Lastschriftverfahren;
   - Angebotserstellung von Vertragsänderungen und deren Durchführung;
   - Bearbeitung von Abtretungen und Verpfändungen.
2. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem pauschalen Abgeltungsbetrag zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern sind, entfällt der Abgeltungsbetrag bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.

§ 24 Welche Sanktionen führen zum Ausschluss des Versicherungsschutzes?

1. Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz und Anspruch auf jegliche Leistungen nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union, der Vereinten Nationen oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.
2. Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika und des Vereinigten Königreichs, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

§ 25 Was sind die Vertragsgrundlagen, welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung und wer ist die zuständige Aufsichtsbehörde?

1. Vertragsgrundlagen sind Ihr Antrag, das zum Antrag gehörende Angebot inkl. Modellrechnung, der Versicherungsschein, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die gegebenenfalls für Ihren Vertrag geltenden Besonderen Versicherungsbedingungen. Für den Vertrag gelten die Rechnungsgrundlagen unseres Tarifwerkes bei Vertragsabschluss.
2. Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.
3. Wir als Versicherer und der diesem Versicherungsvertrag zugrunde liegende Tarif unterliegen der Kontrolle und Aufsicht durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), D-53117 Bonn, Graurheindorfer Str. 108.

§ 26 Wo ist der Gerichtsstand?

1. Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder der für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
2. Sind Sie eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthaltes zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.

3. Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.
4. Sind Ihr Wohnsitz oder Ihr gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie nach unserem Sitz oder unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.

§ 27 Welche außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren stehen zur Verfügung?

Die Zufriedenheit unserer Kunden steht für uns im Mittelpunkt. Sollten Sie dennoch einmal nicht zufrieden sein, können Sie sich gerne an uns wenden. Dies gibt uns die Möglichkeit, für Sie eine Lösung zu finden und unseren Service zu optimieren.

Die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V. Sie können damit das kostenlose außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen.

Den Ombudsmann der Versicherungen erreichen Sie unter Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 080632, D-10006 Berlin oder im Internet unter www.versicherungsombudsmann.de.

Generell steht Ihnen auch die BaFin als zuständige Aufsichtsbehörde in Beschwerdefällen zur Verfügung. Die Anschrift der BaFin finden Sie unter § 25 Nr. 3.

Von der Inanspruchnahme des kostenlosen außergerichtlichen Streitschlichtungsverfahrens unberührt bleibt die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

II Anhang der Allgemeinen Bedingungen zur Kündigung und Beitragsfreistellung Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung

Die Kündigung oder Beitragsfreistellung Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung ist mit Nachteilen verbunden.

- Im Falle einer Kündigung haben Sie keinen Anspruch auf einen Rückkaufswert. Auch die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.
- Im Falle einer Beitragsfreistellung stehen nicht unbedingt Mittel in der Höhe der eingezahlten Beiträge für die Bildung einer beitragsfreien Rente zur Verfügung, da aus diesen auch Abschluss- und Vertriebskosten sowie Kosten für die Verwaltung des gebildeten Kapitals finanziert werden und der in den Allgemeinen Bedingungen erwähnte Abzug erfolgt. Bei seiner Kalkulation werden folgende Umstände berücksichtigt:

Veränderung der Risikolage

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

Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital

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

III Besondere Bedingungen für die Nachversicherungsgarantie zur Berufsunfähigkeitsversicherung

1. Tritt bei der versicherten Person eines der in Nr. 2 aufgeführten Ereignisse ein, so haben Sie das Recht, innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt des Ereignisses die zuletzt vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen. Jede einzelne Nachversicherung gilt für sich als Abschluss eines neuen Versicherungsvertrags mit den dann gültigen Versicherungsbedingungen, Tarifen und gesetzlichen Bestimmungen.
2. Ereignisse, die das Recht zur Inanspruchnahme einer Nachversicherung begründen, sind:
   - Erreichen der Volljährigkeit;
   - Heirat;
   - Ehescheidung, sofern deshalb die wöchentliche Arbeitszeit um mindestens zehn Stunden erhöht oder eine Erwerbstätigkeit wieder aufgenommen wird;
   - Geburt oder Adoption eines Kindes;
   - erfolgreicher Abschluss einer allgemein anerkannten Berufsausbildung, einer Höherqualifikation oder eines Hochschulstudiums;
   - erstmaliges Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten durch das Jahreseinkommen aus nichtselbstständiger Tätigkeit;
   - Wegfall des Berufsunfähigkeitsschutzes aus der gesetzlichen Rentenversicherung bei Freiberuflern und Selbstständigen;
   - Bei Steigerung des monatlichen Bruttoeinkommens aus nicht selbstständiger Tätigkeit um mindestens 10 % im Vergleich zu den letzten zwölf Monaten vor der Erhöhung (jeweils ohne Berücksichtigung von Sonderzahlungen, Bonuszahlungen oder Tantiemen). Bei beruflich Selbstständigen: Steigerung des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern des letzten Kalenderjahres um mindestens 25 % im Vergleich zum durchschnittlichen Gewinn vor Steuern der zwei davorliegenden Kalenderjahre;
   - Wegfall oder Reduzierung der betrieblichen Altersversorgung, z.B. bei Arbeitgeberwechsel in eine vergleichbare oder bessere Position;

- erstmaliger Wechsel in die berufliche Selbstständigkeit, falls die versicherte Person aus dieser Berufstätigkeit ihr hauptsächliches Erwerbseinkommen bezieht;
- Aufnahme eines Darlehens in Höhe von mindestens 50.000 € zur Finanzierung einer selbstgenutzten Immobilie durch die versicherte Person oder ihren Ehepartner.

Das Vorliegen dieser Ereignisse ist uns durch entsprechende Unterlagen (z.B. Urkunden) nachzuweisen.

3. Eine Nachversicherung ist nur zulässig, wenn die jährliche Rente hierdurch um mindestens 600 € erhöht wird. Bei Eintritt eines jeden der in Nr. 2 aufgeführten Ereignisse darf die Jahresrente um bis zu 25 % der bei Vertragsbeginn vereinbarten jährlichen Rente erhöht werden. Die Erhöhungen der jährlichen Renten im Rahmen der Nachversicherungsgarantie dürfen während der Versicherungsdauer insgesamt höchstens 100 % der bei Vertragsbeginn vereinbarten jährlichen Rente betragen; die versicherte Jahresrente einschließlich aller Erhöhungen darf hierbei 30.000 € nicht überschreiten.

   Voraussetzung für die Zulässigkeit jeder einzelnen Erhöhung im Rahmen der Nachversicherungsgarantie ist, dass nach erfolgter Leistungserhöhung die gesamte Jahresrente aller auf den Versicherten bei privaten Versicherern abgeschlossenen Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsversicherungen in einem angemessenen Verhältnis zum Einkommen steht, d.h. das letzte jährliche Nettoeinkommen der versicherten Person nicht übersteigt. Wir haben das Recht, diese Voraussetzung zu überprüfen.
4. Die Nachversicherung bewirkt eine Beitragserhöhung, deren Höhe sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnungsmäßigen Alter der versicherten Person (Differenz zwischen dem Beginnjahr der Versicherung und dem Geburtsjahr der versicherten Person), der Laufzeit der Nachversicherung und nach der Risikoeinstufung des abgeschlossenen Vertrages errechnet.
5. Sofern die Voraussetzungen für die Nachversicherung vorliegen, tritt der erhöhte Versicherungsschutz zu Beginn der nächsten Versicherungsperiode nach Beantragung der Nachversicherung in Kraft. Der erhöhte Versicherungsschutz erstreckt sich längstens bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem die Versicherungsdauer der ursprünglichen Berufsunfähigkeitsversicherung endet.
6. Das Recht auf Nachversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung erlischt, wenn
   - die versicherte Person das 50. Lebensjahr vollendet hat oder
   - eine Berufsunfähigkeit im Sinne von § 3 der Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung „S-M.A.R.T" – ohne Leistungen bei psychischen Erkrankungen vorliegt oder
   - zum Zeitpunkt der Erhöhung die versicherte Person arbeitsunfähig krankgeschrieben ist oder
   - zum Zeitpunkt der Erhöhung die Voraussetzungen für die Berufsunfähigkeit erfüllt sind.

   Nach Meldung eines Leistungsfalles werden bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht keine Erhöhungen im Rahmen der Nachversicherung durchgeführt. Sofern eine Berufsunfähigkeit anerkannt wird, entfällt eine nach Eintritt der Berufsunfähigkeit durchgeführte Erhöhung im Rahmen der Nachversicherung rückwirkend.

IV Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung

Sofern für Ihre Berufsunfähigkeitsversicherung eine planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung vereinbart wurde (Dynamikplan), gelten für unser Vertragsverhältnis zusätzlich die nachfolgenden Besonderen Bedingungen. Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen sinngemäß Anwendung.

§ 1 Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Versicherungsleistungen?

1. In Ihrem Versicherungsschein ist im Einzelnen vereinbart, nach welchem der folgenden Maßstäbe sich die Beiträge bzw. die Versicherungsleistungen Ihrer Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen. Es bestehen folgende Möglichkeiten:
   a) der Beitrag für diese Versicherung erhöht sich jährlich um den vereinbarten Prozentsatz des Vorjahresbeitrags;
   b) die Versicherungsleistungen werden jährlich um den vereinbarten Prozentsatz der zuletzt gültigen Rente angehoben.
2. Die Beitragserhöhung (Nr. 1 a)) bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen. Eine nach Nr. 1 b) vorgenommene Erhöhung der Versicherungsleistungen ist mit einer entsprechenden Beitragserhöhung verbunden.
3. Die Erhöhungen erfolgen bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer, jedoch nicht mehr, wenn die versicherte Person das rechnungsmäßige Alter (Differenz zwischen dem Beginnjahr der Versicherung und dem Geburtsjahr der versicherten Person) von 65 Jahren erreicht hat.

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?

1. Die Erhöhungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen erfolgen jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres.
2. Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

§ 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?

Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnungsmäßigen Alter der versicherten Person, der restlichen Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer, einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag, dem bei Abschluss des Vertrages gültigen Tarif und den ursprünglichen Annahmebedingungen. Entsprechendes gilt für die Berechnung der Beitragserhöhungen, wenn die Versicherungsleistungen jährlich um einen vereinbarten Prozentsatz angehoben werden. Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge.

§ 4 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen?

1. Alle im Rahmen des Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen, auch die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich ebenfalls auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen. Entsprechende Anwendung findet auch der Paragraph „Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet?“ der Allgemeinen Bedingungen.
2. Die Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag setzt die Fristen der Allgemeinen Bedingungen bezüglich der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nicht erneut in Lauf.
3. Im Hinblick auf die Überschussbeteiligung gelten die getroffenen Vereinbarungen der zugrunde liegenden Hauptversicherung. Die Erhöhungen werden hierbei wie neu abgeschlossene Verträge behandelt, deren Versicherungs- bzw. Leistungsdauer jeweils gleich der restlichen Versicherungs- bzw. Leistungsdauer der Grundversicherung ist.

§ 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

1. Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen.
2. Unterbliebene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.
3. Sie können von Ihrem Recht auf Aussetzung der Beitragsdynamik beliebig oft Gebrauch machen, ohne dass Ihr Recht auf weitere Erhöhungen erlischt.
4. Solange wegen Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit Ihre Beitragszahlungspflicht ganz oder teilweise entfällt, erfolgen keine Erhöhungen.

V Besondere Bedingungen für die Tarifwechseloption

Tarif-Wechseloption:

Es besteht für Sie die Möglichkeit innerhalb der ersten 10 Jahre nach Vertragsabschluss maximal aber bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres einmalig und ohne erneute Gesundheitsprüfung in den nächst höheren Tarif zu wechseln, sofern der Tarif für Neugeschäft noch zugelassen ist. Dies betrifft die Tarifwerke B 922, B 921 und B 920.

Von der Wechseloption können Sie keinen Gebrauch machen, wenn

- eine Antragsannahme zu erschwerten Bedingungen erfolgte;
- eine Berufsunfähigkeit im Sinne von § 3 der Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung „S-M.A.R.T“ vorliegt;
- zum Zeitpunkt der Ausübung der Wechseloption die versicherte Person arbeitsunfähig krankgeschrieben ist;
- zum Zeitpunkt der Ausübung der Wechseloption die Voraussetzungen für die Berufsunfähigkeit erfüllt sind.

B920/pdf/12.25.17

InterRisk Lebensversicherungs-AG
Vienna Insurance Group
Sitz/Registergericht:
Wiesbaden HRB 12059

Vorstand:
Dr. Florian Sallmann (Vors.),
Beate Krost, Christoph Wolf
Aufsichtsratsvors.: Mag. Liane Hirner

Carl-Bosch-Straße 5
65203 Wiesbaden
Postfach 25 72
65015 Wiesbaden

Telefon: 0611 2787-0
www.interrisk.de
info@interrisk.de

InterRisk
VIENNA INSURANCE GROUP