Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung (Golden BU)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als →Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner; für unser Versicherungsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

Wichtige Fachbegriffe, die im Text mit einem Pfeil „→“ markiert sind, werden im beigefügten Glossar erläutert.

Inhaltsverzeichnis

Der Versicherungsumfang **2**

§ 1 Was ist versichert? 2
§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen? 3
§ 3 Was gilt für die Schnelle Leistung bei schwerer Krankheit? 6
§ 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen? 6
§ 5 Was ist Berufsunfähigkeit durch Unfall im Sinne dieser Bedingungen? Wann besteht der Anspruch und in welchen Fällen ist der Anspruch ausgeschlossen? 7
§ 6 Wann sind Sie an Investmentfonds beteiligt und was gilt bei einer Beteiligung? 7
§ 7 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt? 8

Gestaltungsmöglichkeiten **9**

§ 8 Welche Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie? 9

Beginn des Versicherungsschutzes **13**

§ 9 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz? 13

Beitragszahlung **13**

§ 10 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? 13
§ 11 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen? 14

Regelungen zur Fondsauswahl **14**

§ 12 Wie können Sie Fonds wechseln? 14
§ 13 Was geschieht bei unplanmäßigen Veränderungen der Fonds? 15

Kündigung und Beitragsfreistellung Ihres Vertrags **15**

§ 14 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen? 15
§ 15 Welchen →Abzug erheben wir bei Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung? 16

Kosten für den Versicherungsschutz **16**

§ 16 Wie werden die Kosten Ihres Vertrags verrechnet? 16
§ 17 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung? 17

Ihre Pflichten, unsere Rechte und Pflichten **17**

§ 18 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung? 17
§ 19 Was müssen Sie beachten, wenn Sie eine Leistung verlangen (Obliegenheiten)? 18
§ 20 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab? 20
§ 21 Was gilt nach Anerkennung der Berufsunfähigkeit? 20
§ 22 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten, wenn Sie Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangen? 20
§ 23 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens? 21
§ 24 Was gilt, wenn die →versicherte Person ihren Wohnsitz und/oder Arbeitsplatz ins Ausland verlegt? 21
§ 25 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie? 21

Leistungsempfänger **21**

§ 26 Wer erhält die Versicherungsleistung? 21

Sonstiges **21**

§ 27 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung? 21
§ 28 Wo ist der Gerichtsstand? 21
§ 29 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind? 22
§ 30 Welche der vorstehenden Bestimmungen können geändert werden? 22

Besondere Bedingungen für Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit **22**

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir bei Arbeitsunfähigkeit? 22
§ 2 Was ist Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen? 23
§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen? 23
§ 4 Wann entsteht der Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit? 23
§ 5 Was müssen Sie beachten, wenn Sie Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit verlangen (Obliegenheiten)? 24
§ 6 Was gilt für die Nachprüfung der Arbeitsunfähigkeit? 24

Besondere Bedingungen bei Einschluss des Pflegepakets **24**

§ 1 Was ist im Rahmen des Pflegepakets versichert? 24
§ 2 Was gilt für den Pflegebasisschutz? 24
§ 3 Was gilt für die Pflege-Plus-Option? 24
§ 4 Was gilt für die Pflegebeitragsbefreiung? 25
§ 5 Wie ist das Verhältnis zur Berufsunfähigkeitsversicherung und was gilt bei Kündigung und Beitragsfreistellung? 25
§ 6 Was gilt bei Nachversicherung der Berufsunfähigkeitsversicherung? 25

Besondere Bedingungen bei Ausübung der MeinPlan Kids BU-Option mit Pflegeschutz und der BU-Option zur Golden IV **25**

§ 1 Erhöhung der jährlichen BU-Rente 25
§ 2 Nachversicherung 26
§ 3 Weitere Bestimmungen zu den Erhöhungsmöglichkeiten 26
§ 4 Weitere Bestimmungen zum Versicherungsumfang 26

Der Versicherungsumfang

§ 1 Was ist versichert?

Leistungsumfang

1. Wird die →versicherte Person während der →Versicherungsdauer berufsunfähig (siehe § 2), gilt Folgendes:

   a) **Haben Sie keine →Wartezeit vereinbart**, zahlen wir die versicherte Berufsunfähigkeitsrente (BU-Rente). Weiterhin befreien wir Sie von der Beitragszahlungspflicht.

   b) **Haben Sie eine →Wartezeit vereinbart** und wird die →versicherte Person innerhalb der →Wartezeit berufsunfähig, gilt Folgendes:

   - Wird die →versicherte Person ausschließlich durch einen Unfall berufsunfähig (vergleiche § 5), zahlen wir die versicherte BU-Rente. Weiterhin befreien wir Sie von der Beitragszahlungspflicht. Der Unfall muss während der →Versicherungsdauer eingetreten sein.

   - Wird die →versicherte Person aus anderen Gründen berufsunfähig, erbringen wir keine Leistung. Die Berufsunfähigkeitsversicherung (BU-Versicherung) erlischt ab Beginn. Die gezahlten Beiträge erstatten wir.

     Tritt die Berufsunfähigkeit nach Ablauf der →Wartezeit ein, erbringen wir die Leistungen gemäß Absatz 1 a).

   c) Ob Sie eine →Wartezeit vereinbart haben, finden Sie in Ihrem →Versicherungsschein.

2. Die BU-Rente zahlen wir monatlich im Voraus.

3. Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und BU-Rente entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Unsere Leistung erbringen wir ab Beginn des darauffolgenden Monats. Dies gilt vorbehaltlich einer vereinbarten →Karenzzeit gemäß Absatz 4.

4. Haben Sie eine →Karenzzeit vereinbart, entsteht der Anspruch auf die Rente erst mit deren Ablauf. Die →versicherte Person muss während der →Karenzzeit ununterbrochen berufsunfähig gewesen sein und dies bei deren Ablauf weiterhin sein. Wir erbringen Leistungen nur für die Zeit nach Ablauf der →Karenzzeit.

   Endet die Berufsunfähigkeit und wird die →versicherte Person danach innerhalb von 24 Monaten erneut berufsunfähig, berücksichtigen wir bereits zurückgelegte →Karenzzeiten. Dies gilt nur, wenn die Berufsunfähigkeit aufgrund derselben Ursache eintritt.

   Ob Sie eine →Karenzzeit vereinbart haben, finden Sie in Ihrem →Versicherungsschein.

5. Haben Sie eine garantierte Rentenerhöhung im Leistungsfall vereinbart, erhöhen wir die garantierte BU-Rente jährlich ab Rentenbeginn um den vereinbarten Prozentsatz. Als Basis dient die vereinbarte garantierte BU-Rente des Vorjahres.

   Wenn die →versicherte Person nicht mehr berufsunfähig ist, zahlen Sie die gleichen Beiträge wie vor Eintritt der Berufsunfähigkeit.

   Sollte die →versicherte Person zu einem späteren Zeitpunkt erneut berufsunfähig werden, leisten wir die BU-Rente in Höhe der zuletzt erreichten garantierten BU-Rente. Sie behalten somit Ihre bisher erreichten garantierten Rentenerhöhungen.

   Erhalten Sie eine lebenslange Rente nach § 1 Absatz 10 oder 12, so enden die Erhöhungen der BU-Rente im Rahmen der garantierten Rentenerhöhung mit Ablauf der →Versicherungsdauer.

6. Haben Sie die →Überschussverwendung Fondsguthaben, die →Überschussverwendung Teilweise Beitragsverrechnung, die →Überschussverwendung verzinsliche Ansammlung oder die →Überschussverwendung Bonusrente gewählt, erhalten Sie neben den im →Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen weitere Leistungen aus der →Überschussbeteiligung. Die vereinbarte Überschussverwendung finden Sie in Ihrem →Versicherungsschein.

7. Haben Sie eine verlängerte →Leistungsdauer vereinbart, erkennen wir auch nach Ablauf der →Versicherungsdauer geltend gemachte Ansprüche noch an. Voraussetzung ist, dass die →versicherte Person vor Ablauf der →Versicherungsdauer berufsunfähig wurde.

8. Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten. Wir erstatten Ihnen diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurück. Sobald bei uns die für die Leistungsprüfung erforderlichen Unterlagen gemäß § 19 Absatz 2 eingegangen sind, verzinsen wir die Beiträge ab Beginn des darauffolgenden Monats. Die Verzinsung erfolgt in Höhe des jeweils geltenden Zinssatzes für Depoteinlagen bei der Lebensversicherung von 1871 a. G. München.

   Haben Sie die Unterlagen gemäß § 19 Absatz 2 a) und c) eingereicht, stunden wir auf Antrag zinslos die künftig fälligen Beiträge. Die Stundung erfolgt bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht. Lehnen wir die Leistung ab, können Sie die gestundeten Beiträge wie folgt zurückzahlen:

   - in Form einer einmaligen Zahlung

   - in einem Zeitraum von bis zu 48 Monaten in jährlichen, halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten.

   Anstelle der zinslosen Rückzahlung der gestundeten Beiträge in der genannten Frist, können Sie die offenen Beiträge auch durch eine Vertragsänderung – wahlweise Verringerung der Versicherungsleistungen oder Erhöhung des zukünftigen Beitrags – begleichen.

→Leistungsdauer

9. Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente erlischt, wenn eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist:

   - Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt nicht mehr vor (vergleiche § 21 Absatz 3).

   - Die →versicherte Person stirbt. In diesem Fall endet die Leistung mit Ablauf des Monats, in dem die →versicherte Person gestorben ist.

   - Die vereinbarte →Leistungsdauer läuft ab.

Lebenslange Pflegerente

10. Wir zahlen die BU-Rente lebenslang weiter, wenn die →versicherte Person zum Ablauf der →Versicherungsdauer pflegebedürftig gemäß § 2 Absatz 9 ist. Voraussetzung hierfür ist, dass die →Versicherungsdauer mindestens bis Endalter 60 vereinbart ist. Zudem muss die →versicherte Person innerhalb der letzten zehn Jahre der →Versicherungsdauer ununterbrochen pflegebedürftig gewesen sein. Sofern Sie zusätzlich eine lebenslange BU-Rente vereinbart haben, wird die lebenslange Rente nur einmal erbracht.

11. Haben Sie das Pflegepaket vereinbart, gilt Absatz 10 nicht. Sie erhalten dann die Leistungen nach den Besonderen Bedingungen bei Einschluss des Pflegepakets.

Lebenslange BU-Rente

12. Haben Sie eine lebenslange BU-Rente vereinbart, zahlen wir eine lebenslange Leistung in Form einer Altersrente. Voraussetzung ist, dass Sie zwischen dem 50. Lebensjahr der →versicherten Person und dem Ablauf der →Versicherungsdauer ununterbrochen einen Anspruch auf Berufsunfähigkeitsleistungen hatten.

    Die vereinbarte →Leistungsdauer können Sie Ihrem →Versicherungsschein entnehmen.

    Falls Sie die MeinPlan-Kids BU-Option mit Pflegeschutz oder die BU-Option zur Golden IV ausgeübt haben, beachten Sie bitte die Besonderen Bedingungen bei Ausübung der MeinPlan Kids BU-Option mit Pflegeschutz und der BU-Option zur Golden IV.

Anspruch auf Beratung und Unterstützung im Leistungsfall

13. Sie haben Anspruch darauf, dass wir Sie bei der Darlegung der Leistungsvoraussetzungen unterstützen und beraten. Zusätzlich helfen wir Ihnen bei der beruflichen Reintegration.

    Wir unterstützen Sie insbesondere

    - bei der Beschreibung der bisherigen Berufstätigkeit (gegebenenfalls auch durch einen persönlichen Besuch)

- beim Nachweis der gesundheitlichen Beeinträchtigungen, wenn unklar ist, durch wen die erforderlichen medizinischen Auskünfte zu erteilen sind
- bei Fragen zu einer Rehabilitation (medizinisch und berufskundlich)
- bei Berufsfindungsmaßnahmen, zum Beispiel durch die Benennung der jeweils zuständigen Stellen
- bei Fragen zu einer betrieblichen Umorganisation, soweit die →versicherte Person selbstständig ist.

Sonderleistungen

14. Wiedereingliederungshilfe

Endet unsere Leistungspflicht aufgrund der Aufnahme einer neuen beruflichen Tätigkeit (vergleiche § 2 Absatz 1 b)) zahlen wir eine einmalige Wiedereingliederungshilfe in Höhe von sechs Monatsrenten. Wird die →versicherte Person erneut berufsunfähig, rechnen wir die Wiedereingliederungshilfe auf neu entstehende Rentenansprüche an. Dies gilt nur, wenn die →versicherte Person innerhalb von sechs Monaten aus gleichem medizinischen Grund berufsunfähig wird. Die Wiedereingliederungshilfe können Sie während der Vertragslaufzeit mehrfach in Anspruch nehmen, wenn die Voraussetzungen jeweils erneut erfüllt sind.

15. Rehabilitationshilfe (Kostenbeihilfe)

Haben Sie eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme mit einer Dauer von mindestens drei Wochen abgeschlossen, zahlen wir eine Kostenbeihilfe von 550 Euro. Diese Maßnahme muss ärztlich verordnet und von einem gesetzlichen oder privaten Kostenträger genehmigt sein. Die Beihilfe kann während der →Versicherungsdauer bis zu dreimal in Anspruch genommen werden.

16. Umorganisationshilfe bei Selbstständigen

Kann eine Berufsunfähigkeit durch zumutbare Umorganisation abgewendet werden (vergleiche § 2 Absatz 2), erbringen wir eine einmalige Umorganisationshilfe in Höhe von sechs Monatsrenten. Ein Anspruch besteht nur, sofern die Umorganisationsmaßnahme auch tatsächlich durchgeführt wird. Die Umorganisationshilfe zahlen wir nur, wenn die verbleibende →Leistungsdauer für die BU-Rente noch mindestens zwölf Monate beträgt. Wird die →versicherte Person erneut berufsunfähig, rechnen wir die Umorganisationshilfe auf neu entstehende Rentenansprüche an. Dies gilt nur dann, wenn die →versicherte Person innerhalb von sechs Monaten aus gleichem medizinischen Grund berufsunfähig wird.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

1. Berufsunfähigkeit bei Berufstätigen

a) Berufsunfähigkeit

Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die →versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechenden) Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, nicht mehr zu mindestens 50 Prozent ausüben kann beziehungsweise sechs Monate nicht mehr ausüben konnte.

Die Berufsunfähigkeit gilt ab Beginn dieses sechsmonatigen Zeitraums als eingetreten.

Wir verzichten auf die Möglichkeit einer sogenannten →abstrakten Verweisung.

b) Konkrete Verweisung

Berufsunfähigkeit liegt **nicht** vor, wenn die →versicherte Person eine andere Tätigkeit konkret ausübt und die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Das Leistungsvermögen der →versicherten Person für die neue Tätigkeit im Sinne von § 2 Absatz 1 a) muss mindestens 50 Prozent betragen.
- Die →versicherte Person muss über die Ausbildung und die Fähigkeiten verfügen, die zur Ausübung der neuen Tätigkeit erforderlich sind.
- Die Tätigkeit muss der bisherigen Lebensstellung der →versicherten Person entsprechen.

Die bisherige Lebensstellung ergibt sich aus dem erzielten Einkommen und der sozialen Wertschätzung des Berufs. Eine der bisherigen Lebensstellung entsprechende berufliche Tätigkeit wird ausgeübt, wenn das erzielte Einkommen nicht spürbar unter das Niveau des zuletzt erzielten Einkommens absinkt. Auch die soziale Wertschätzung muss vergleichbar sein. Eine Minderung des →regelmäßigen Bruttoeinkommens von 20 Prozent oder mehr gegenüber dem →regelmäßigen Bruttoeinkommen des bisher ausgeübten Berufs ist nicht zumutbar. Sollte die künftige Rechtsprechung geringere Zumutbarkeitsgrenzen festlegen, werden wir diese Grenzen zu Ihren Gunsten anwenden. In begründeten Einzelfällen kann auch eine Einkommenseinbuße unter 20 Prozent unzumutbar sein.

c) Maßgebender Beruf bei Prüfung der Berufsunfähigkeit

Bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit im Sinne von Absatz 1 a) und b) ist der zuletzt ausgeübte Beruf maßgebend. Entscheidend ist dabei, wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war. Hat die →versicherte Person infolge einer fortschreitenden Krankheit oder (auch altersentsprechenden) Kräfteverfalls ihren Beruf leidensbedingt geändert, ist der bei Eintritt des Leidens ausgeübte Beruf maßgebend.

Einen Berufswechsel während der Vertragslaufzeit müssen Sie uns nicht anzeigen. Sie können jedoch die Berufseinstufung der →versicherten Person nach einem Berufswechsel gemäß § 8 Absatz 4 überprüfen lassen.

Berufe im Sinne dieser Bedingungen sind auch die Tätigkeiten von Schülern, Auszubildenden, Studenten und Hausfrauen/-männern. Was Berufsunfähigkeit für diese Berufe bedeutet, haben wir in den Absätzen 3 bis 6 geregelt.

Im Falle einer vorübergehenden Unterbrechung der Berufstätigkeit, zum Beispiel wegen Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit, Sabbatical, und der gesetzlichen Pflege- oder Familienpflegezeit, legen wir bei der Beurteilung der Berufsunfähigkeit die zuletzt vor der Unterbrechung ausgeübte Tätigkeit und die damit verbundene Lebensstellung zugrunde.

Befindet sich die →versicherte Person im Mutterschutz oder in Elternzeit, legen wir bei der Beurteilung der Berufsunfähigkeit entweder den Beruf Hausfrau/-mann oder die zuletzt vor der Unterbrechung ausgeübte Tätigkeit zugrunde. Wir stellen dabei auf die für Sie vorteilhaftere Tätigkeit und die damit verbundene Lebensstellung ab.

Erst wenn sich die →versicherte Person dafür entschieden hat, die Tätigkeit als Hausfrau/-mann dauerhaft auszuüben, gilt dies als Berufswechsel. Bei der Beurteilung der Berufsunfähigkeit legen wir dann die Tätigkeit als Hausfrau/-mann zugrunde.

Bei einem dauerhaften Ausscheiden aus dem Berufsleben (zum Beispiel passive Altersteilzeit) legen wir bei der Beurteilung der Berufsunfähigkeit die zuletzt vor dem Ausscheiden ausgeübte Tätigkeit und die damit verbundene Lebensstellung zugrunde.

d) Berufsunfähigkeit bei Teilzeitbeschäftigten

Teilzeitbeschäftigung im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die →versicherte Person

- arbeitsvertraglich oder auf selbstständiger Basis wöchentlich weniger als 30 Stunden arbeitet oder
- eine Tätigkeit als Schüler oder Student ausübt.

Bei der Feststellung des beruflichen Tätigkeitsbildes zur Ermittlung der Berufsunfähigkeit berücksichtigen wir bei Teilzeitbeschäftigten neben der Erwerbstätigkeit auch die Tätigkeit im Rahmen der Versorgung von kindergeldberechtigten Kindern oder pflegebedürftigen Angehörigen, falls diese Tätigkeit ausgeübt wird.

2. Berufsunfähigkeit bei Selbstständigen

Bei Selbstständigen gelten zusätzliche Bedingungen für das Vorliegen einer Berufsunfähigkeit. Neben den Voraussetzungen nach Absatz 1 muss die →versicherte Person auch nach einer zumutbaren Umorganisation des Betriebs außerstande sein, ihren Beruf auszuüben.

Eine Umorganisation ist beispielsweise dann zumutbar, wenn der →versicherten Person die Stellung als Betriebsinhaber/in erhalten bleibt. Zusätzlich dürfen kein erheblicher Kapitaleinsatz

erforderlich und keine erheblichen Einkommenseinbußen damit verbunden sein. Eine Umorganisation ist nicht zumutbar, wenn sich dadurch eine Minderung des durchschnittlichen Jahresgewinns vor Steuern der letzten drei Jahre beziehungsweise seit Beginn der Selbstständigkeit, sofern diese weniger als drei Jahre zurückliegt, von 20 Prozent oder mehr ergibt. Sollte die künftige Rechtsprechung geringere Zumutbarkeitsgrenzen festlegen, werden wir diese Grenzen zu Ihren Gunsten anwenden. In begründeten Einzelfällen kann auch eine Minderung des durchschnittlichen Jahresgewinns vor Steuern der letzten drei Jahre von unter 20 Prozent unzumutbar sein. Gleiches gilt für die einmaligen Kosten, die im Rahmen einer Umorganisation anfallen.

Wir verzichten auf die Prüfung einer Umorganisation des Betriebs,

- bei weisungsgebundenen Arbeitnehmern, oder
- wenn die →versicherte Person eine akademische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat und in ihrer täglichen Arbeitszeit mindestens zu 90 Prozent kaufmännische, planerische, leitende oder organisatorische Tätigkeiten ausübt (zum Beispiel als Wirtschaftsprüfer, Steuerberater, Rechts- oder Patentanwalt, Notar, Informatiker, Architekt oder Ingenieur), oder
- wenn der Betrieb weniger als fünf Mitarbeiter hat. Ausgenommen sind Geschäftsführer, Praktikanten, Werkstudenten oder Auszubildende, oder
- wenn die →versicherte Person freiberuflich/selbstständig als Arzt oder Apotheker tätig ist.

3. Berufsunfähigkeit bei Schülern

a) Schüler im Sinne dieser Bedingungen ist, wer bei Eintritt des Versicherungsfalls

- in Schulausbildung ist,
- noch keine abgeschlossene Berufsausbildung oder ein abgeschlossenes Studium hat und
- kein Auszubildender oder Student im Sinne von Absatz 4 a) beziehungsweise 5 a) ist.

b) Berufsunfähigkeit bei Schülern liegt vor, wenn die →versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechenden) Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 Prozent außerstande ist beziehungsweise sechs Monate außerstande war, am regulären Schulunterricht, so wie er zuletzt ohne gesundheitliche Beeinträchtigung stattgefunden hat, teilzunehmen.

Die Berufsunfähigkeit gilt ab Beginn dieses sechsmonatigen Zeitraums als eingetreten.

Bei der Beurteilung, ob der Schüler außerstande ist, am regulären Schulunterricht teilzunehmen, stellen wir auf den konkreten Schulalltag des jeweils betroffenen Schülers ab.

Wir berücksichtigen dabei insbesondere, ob der Schüler

- den Schulweg bewältigen sowie die erforderlichen Verkehrsmittel nutzen kann
- dem Unterricht folgen kann (Aufnahme- und Konzentrationsfähigkeit)
- zur mündlichen und schriftlichen Kommunikation fähig ist
- am Unterricht in bestimmten Fächern (zum Beispiel Sport, Musik) teilnehmen kann, soweit diesen in der besuchten Schulform ein besonderer Stellenwert zukommt
- die Hausaufgaben bewältigen kann.

Ob eine Berufsunfähigkeit vorliegt, hängt von der Schulform und der konkret vorliegenden gesundheitlichen Beeinträchtigung ab. Dabei berücksichtigen wir auch, wie das Schulgebäude ausgestattet ist.

Wir verzichten auf die Möglichkeit der Verweisung auf eine andere Schulform (Verzicht auf konkrete und →abstrakte Verweisung).

c) Berufsunfähigkeit liegt **nicht** mehr vor, wenn die →versicherte Person

- Auszubildender oder Student im Sinne von Absatz 4 beziehungsweise 5 wird
- eine berufliche Tätigkeit aufnimmt

Voraussetzung ist, dass dieser Ausbildungs- oder Studiengang beziehungsweise diese Tätigkeit der Lebensstellung der →versicherten Person entspricht, die vor Eintritt der Berufsunfähigkeit bestanden hat.

Der Ausbildungsgang beziehungsweise die Tätigkeit entsprechen der Lebensstellung der →versicherten Person insbesondere dann nicht, wenn sie,

- eine Ausbildung oder Tätigkeit in einer besonderen Einrichtung für behinderte Menschen aufnimmt
- eine geringfügige Beschäftigung ausübt.

4. Berufsunfähigkeit bei Auszubildenden

a) Auszubildender im Sinne dieser Bedingungen ist, wer bei Eintritt des Versicherungsfalls eine Berufsausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf absolviert.

b) Berufsunfähigkeit bei Auszubildenden liegt vor, wenn die →versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechenden) Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 Prozent außerstande ist beziehungsweise seit sechs Monaten außerstande war, die Ausbildung fortzuführen, so wie sie zuletzt ohne gesundheitliche Beeinträchtigung stattgefunden hat.

Berufsunfähigkeit bei Auszubildenden liegt ebenfalls vor, wenn die →versicherte Person den angestrebten Ausbildungsberuf nicht mehr ausüben kann.

Die Berufsunfähigkeit gilt ab Beginn des sechsmonatigen Zeitraums als eingetreten.

Wir verzichten auf die Möglichkeit der Verweisung auf eine andere Berufsausbildung oder die Ausübung einer Berufstätigkeit (Verzicht auf →abstrakte Verweisung).

c) Berufsunfähigkeit liegt **nicht** mehr vor, wenn die →versicherte Person

- eine andere Ausbildung oder
- eine berufliche Tätigkeit

konkret aufnimmt. Voraussetzung ist, dass diese Ausbildung beziehungsweise Tätigkeit der Lebensstellung der →versicherten Person entspricht, die vor Eintritt der Berufsunfähigkeit bestanden hat.

Wir legen bei Prüfung der Berufsunfähigkeit den mit der Ausbildung angestrebten Beruf und die damit verbundene Lebensstellung zugrunde.

5. Berufsunfähigkeit bei Studenten

a) Student im Sinne dieser Bedingungen ist, wer bei Eintritt des Versicherungsfalls in Vollzeit als Student an einer staatlichen oder staatlich anerkannten →Hochschule eingeschrieben ist.

b) Berufsunfähigkeit bei Studenten liegt vor, wenn die →versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechenden) Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 Prozent außerstande ist beziehungsweise seit sechs Monaten außerstande war, das Studium weiter zu betreiben, so wie es zuletzt ohne gesundheitliche Beeinträchtigung stattgefunden hat.

Die Berufsunfähigkeit gilt ab Beginn dieses sechsmonatigen Zeitraums als eingetreten.

Bei der Beurteilung, ob die →versicherte Person außerstande ist, das Studium weiter zu betreiben, stellen wir auf den konkreten Studienalltag ab.

Dabei berücksichtigen wir insbesondere, ob die →versicherte Person

- den Vorlesungen folgen kann
- ein gegebenenfalls im Studienplan vorgesehenes Pflichtpraktikum absolvieren kann

- die im Studienplan vorgesehenen Prüfungsleistungen erbringen kann.

Wir verzichten auf die Möglichkeit der Verweisung auf ein anderes Studium oder die Ausübung einer Berufstätigkeit (Verzicht auf →abstrakte Verweisung).

c) Berufsunfähigkeit liegt **nicht** mehr vor, wenn die →versicherte Person

- einen anderen Studiengang oder
- eine berufliche Tätigkeit

konkret aufnimmt. Voraussetzung ist, dass dieser Studiengang beziehungsweise diese Tätigkeit der Lebensstellung der →versicherten Person entspricht, die vor Eintritt der Berufsunfähigkeit bestanden hat.

Die Lebensstellung bei Studenten ergibt sich aus der Vergütung und sozialen Wertschätzung, die regelmäßig mit dem erfolgreichen Abschluss des Studiums erreicht wird. Voraussetzung ist, dass die →versicherte Person bei Eintritt der Berufsunfähigkeit mindestens die Hälfte der gesetzlich vorgesehenen oder im Durchschnitt üblichen Studienzeit absolviert hat. Andernfalls bemessen wir die Lebensstellung an derjenigen, die die →versicherte Person mit dem zuletzt erfolgreich abgeschlossenen Ausbildungsabschnitt erreicht hat, bevor die Berufsunfähigkeit eingetreten ist.

6. Berufsunfähigkeit bei Hausfrauen/-männern

a) Hausfrau/-mann im Sinne dieser Bedingungen ist, wer bei Eintritt des Versicherungsfalls

- nicht erwerbstätig ist
- nicht Schüler, Auszubildender oder Student ist und
- einen Haushalt mit Angehörigen führt.

b) Berufsunfähigkeit bei Hausfrauen/-männern liegt vor, wenn die →versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechenden) Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 Prozent außerstande ist beziehungsweise sechs Monate außerstande war, die Tätigkeiten im Haushalt weiter auszuführen, so wie dies zuletzt ohne gesundheitliche Beeinträchtigung stattgefunden hat.

Die Berufsunfähigkeit gilt ab Beginn dieses sechsmonatigen Zeitraums als eingetreten.

Wir verzichten auf die Möglichkeit der Verweisung auf die Ausübung einer Berufstätigkeit (Verzicht auf →abstrakte Verweisung).

c) Berufsunfähigkeit liegt **nicht** mehr vor, wenn die →versicherte Person eine berufliche Tätigkeit konkret aufnimmt.

Ausgenommen hiervon ist, wenn die →versicherte Person

- eine Tätigkeit in einer besonderen Einrichtung für behinderte Menschen aufnimmt oder
- eine geringfügige Beschäftigung ausübt.

7. Berufsunfähigkeit infolge Erwerbsminderung

Wenn die →versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat, gilt Folgendes:

Die →versicherte Person ist ebenfalls berufsunfähig, wenn ein Träger der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland eine unbefristete volle Erwerbsminderungsrente anerkennt.

8. Berufsunfähigkeit infolge eines Tätigkeitsverbots (Infektionsklausel)

Die →versicherte Person ist auch berufsunfähig, wenn wegen einer von ihr ausgehenden Infektionsgefahr

- ein Tätigkeitsverbot aufgrund gesetzlicher Vorschriften wegen einer Infektionsgefahr erfolgt,
- die zuständige Behörde ein Tätigkeitsverbot nach dem Infektionsschutzgesetz ausspricht oder
- ein Tätigkeitsverbot aufgrund eines Hygieneplans eines anerkannten Hygienikers vorliegt.

Dieses Verbot muss sich auf mindestens 50 Prozent der Tätigkeit beziehen, die die →versicherte Person zuletzt in gesunden Tagen ausgeübt hat.

Sofern das Tätigkeitsverbot eine prägende Teiltätigkeit umfasst, ist die →versicherte Person auch dann berufsunfähig, wenn es weniger als 50 Prozent der gesamten beruflichen Tätigkeit betrifft.

Das Tätigkeitsverbot muss sich über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erstrecken.

Berufsunfähigkeit liegt **nicht** mehr vor, wenn

- das Tätigkeitsverbot wieder aufgehoben wurde oder
- die →versicherte Person eine andere Tätigkeit zu mehr als 50 Prozent konkret ausübt und die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
  - Das Leistungsvermögen der →versicherten Person für die neue Tätigkeit im Sinne von § 2 Absatz 1 a) muss mindestens 50 Prozent betragen.
  - Die →versicherte Person muss über die Ausbildung und die Fähigkeiten verfügen, die zur Ausübung der neuen Tätigkeit erforderlich sind.
  - Die Tätigkeit muss der bisherigen Lebensstellung der →versicherten Person entsprechen (vergleiche § 2 Absatz 1b)), die vor Eintritt des Tätigkeitsverbots bestanden hat.

9. Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit

a) Die →versicherte Person ist ebenfalls berufsunfähig, wenn sie pflegebedürftig ist.

b) Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die →versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls so hilflos ist, dass sie der Hilfe einer anderen Person bedarf. Voraussetzung ist, dass diese Hilfe in erheblichem Umfang täglich nötig ist:

- bei mindestens drei der in Absatz 9 c) genannten Verrichtungen (sogenannte →Activities of Daily Living = ADL)
- auch bei Einsatz technischer oder medizinischer Hilfsmittel.

Ist die →versicherte Person für mindestens sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig, gilt die Pflegebedürftigkeit ab Beginn dieses Zeitraums als eingetreten.

c) Bewertungsmaßstab für die Einstufung des Pflegefalls

Bewertungsmaßstab ist die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung legen wir die nachstehenden Verrichtungen zugrunde:

Die →versicherte Person benötigt Hilfe beim:

Fortbewegen im Zimmer

Hilfebedürftig ist, wer die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls.

Aufstehen und Zubettgehen

Hilfebedürftig ist, wer nur mithilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder ins Bett gelangen kann.

An- und Auskleiden

Hilfebedürftig ist, wer sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann– auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung.

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken

Hilfebedürftig ist, wer nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße.

Waschen, Kämmen oder Rasieren

Hilfebedürftig ist, wer von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da er selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.

Verrichten der Notdurft

Hilfebedürftig ist, wer die Unterstützung einer anderen Person benötigt. Gründe hierfür sind:

- Er kann sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern.
- Er kann seine Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten.
- Der Darm beziehungsweise die Blase kann nur mit fremder Hilfe entleert werden.

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

d) Pflegebedürftigkeit unabhängig vom Bewertungsmaßstab

Unabhängig von der Bewertung aufgrund der Verrichtungen liegt Pflegebedürftigkeit vor:

- wenn die →versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf,
- wenn die →versicherte Person dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann,
- wenn die →versicherte Person infolge einer schweren oder mittelschweren Demenz (Hirnleistungsstörung) kontinuierliche Beaufsichtigung benötigt, weil sie sich selbst oder andere sonst erheblich gefährden würde. Die Diagnose ist durch einen Facharzt für Neurologie auf der Basis einer ausführlichen Untersuchung zu stellen und unter Verwendung psychometrischer Tests zu bestätigen. Es muss mindestens ein Schweregrad 5 („Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen“) vorliegen, der über die Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg ermittelt wird.

e) Vorübergehende Änderung des Gesundheitszustands

Vorübergehende akute Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung. Vorübergehende Besserungen bleiben ebenfalls unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

§ 3 Was gilt für die Schnelle Leistung bei schwerer Krankheit?

1. Erkrankt die →versicherte Person an einer der in Absatz 3 genannten schweren Krankheiten, ist ein vereinfachter Nachweis nach § 19 Absatz 5 für die schnelle Leistung bei schwerer Krankheit ausreichend.

   In diesem Fall leisten wir die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente für einen Zeitraum von bis zu 18 Monaten und befreien Sie für diesen Zeitraum von der Pflicht, Beiträge zu zahlen. Die Leistung endet nicht, wenn sich die Gesundheit der →versicherten Person vor Ablauf der 18 Monate verbessern sollte.

2. Sie können die schnelle Leistung bei schwerer Krankheit nicht erhalten, wenn

   - der Vertrag im Rahmen einer betrieblichen Altersversorgung besteht,
   - Sie bereits eine schnelle Leistung bei schwerer Krankheit erhalten oder erhalten haben,
   - Sie bereits Leistungen aufgrund von Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit erhalten oder
   - der Vertrag zum Zeitpunkt der ersten Diagnose weniger als sechs Monate besteht. Dies gilt auch für Erhöhungen mit Ausnahme von Erhöhungen aus einer →Dynamik.

   Eine vereinbarte →Wartezeit bei Berufsunfähigkeit nach § 1 gilt auch für die schnelle Leistung bei schwerer Krankheit.

Definition der schweren Krankheiten

3. Wir leisten, wenn die →versicherte Person an einer der folgenden schweren Krankheiten erkrankt:

a) Krebs

Eine Krebserkrankung liegt vor, wenn die →versicherte Person

- eine Chemotherapie oder eine Strahlentherapie begonnen hat oder diese unmittelbar bevorsteht und mindestens eine Metastase festgestellt wurde oder
- sich wegen der Schwere der Erkrankung in einer palliativen Therapie befindet.

b) Herzinfarkt

Ein Herzinfarkt liegt vor, wenn die →versicherte Person einen Herzinfarkt erleidet, der zu einer anhaltenden Einschränkung der Herzleistung führt. Eine anhaltende Einschränkung der Herzleistung liegt vor, wenn eine Reduktion der Ejektionsfraktion auf weniger als 30 Prozent über mindestens 14 Tage hinweg trotz medikamentöser Behandlung besteht.

c) Schlaganfall

Ein Schlaganfall liegt vor, wenn die →versicherte Person einen Schlaganfall erleidet, der zur Lähmung einer Körperhälfte mit einem Kraftverlust von mindestens 5/6 über mindestens 14 Tage hinweg führt.

d) Querschnittslähmung

Eine Querschnittslähmung liegt vor, wenn die →versicherte Person auf einen Rollstuhl aufgrund einer Querschnittslähmung angewiesen ist.

e) Sprach-/Seh-/Hör-Verlust

Sprach-/Seh-/Hör-Verlust liegt vor, wenn ein vollständiger organischer Sprach-/Seh- oder Hör-Verlust über mindestens 14 Tage vorliegt.

Dauer der Leistung

4. Erkrankt die →versicherte Person an einer der schweren Krankheiten nach Absatz 3, erbringen wir die monatliche Leistung ab Beginn des darauffolgenden Monats. Die Leistung endet, wenn:

   - wir für 18 Monate schnelle Leistungen bei schwerer Krankheit erbracht haben,
   - die vertragliche →Leistungsdauer der Versicherung abgelaufen ist oder
   - die →versicherte Person verstorben ist.

   Eine vereinbarte →Karenzzeit wird auf den 18-monatigen Zeitraum angerechnet.

5. Leistungen wegen Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit müssen Sie zusätzlich beantragen. Wir erbringen diese nicht automatisch, wenn die schnellen Leistungen bei schwerer Krankheit enden. Sie können den Antrag auf Leistungen wegen Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig mit dem Antrag auf eine schnelle Leistung bei schwerer Krankheit oder zu einem späteren Zeitpunkt stellen. Leistungen aufgrund von Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit erbringen wir nicht gleichzeitig mit der schnellen Leistung bei schwerer Krankheit.

§ 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

1. Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Berufsunfähigkeit gekommen ist.

2. Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:

   a) durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat durch die →versicherte Person. Verkehrsdelikte und fahrlässige Verstöße sind hiervon ausgenommen.

   b) durch folgende von der →versicherten Person vorgenommene Handlungen:

   - vorsätzliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall
   - vorsätzliche Selbstverletzung
   - versuchte Selbsttötung.

   Wir werden jedoch leisten, wenn uns nachgewiesen wird, dass die →versicherte Person diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat.

c) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als →Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der →versicherten Person herbeigeführt haben.

d) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen schädigen. Dabei muss zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Behörde tätig geworden sein.

e) durch innere Unruhen, sofern die →versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.

f) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse. Wir werden jedoch leisten, wenn

- die →versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig wird, denen sie außerhalb Deutschlands ausgesetzt war. Dies gilt nur, wenn die →versicherte Person an den kriegerischen Ereignissen nicht aktiv beteiligt war.

- die →versicherte Person als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei mit Mandat der NATO, UN oder OSZE berufsunfähig wird, während sie an deren humanitären Hilfeleistungen oder friedenssichernden Maßnahmen teilgenommen hat.

g) unmittelbar oder mittelbar durch

- den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen

- den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen.

Durch diesen Einsatz oder die Freisetzung muss die Gesundheit einer Vielzahl von Personen geschädigt werden. Dabei muss der Einsatz oder das Freisetzen zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führen, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist. Dies muss von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt werden.

§ 5 Was ist Berufsunfähigkeit durch Unfall im Sinne dieser Bedingungen? Wann besteht der Anspruch und in welchen Fällen ist der Anspruch ausgeschlossen?

Haben Sie eine →Wartezeit vereinbart, gelten die folgenden Regelungen zur Berufsunfähigkeit durch Unfall.

Was ist Berufsunfähigkeit durch Unfall im Sinne dieser Bedingungen?

1. Ein Unfall liegt vor, wenn die →versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

2. Als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung der →versicherten Person an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

   - ein Gelenk verrenkt wird oder

   - Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

Wann besteht der Anspruch und in welchen Fällen ist der Anspruch ausgeschlossen?

3. Grundsätzlich haben Sie Anspruch auf Leistung unabhängig davon, wie es zu dem Unfall gekommen ist.

4. In folgenden Fällen haben Sie keinen Anspruch auf Leistung bei Berufsunfähigkeit durch Unfall:

   a) Unfälle der →versicherten Person

   - durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen

   - durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.

   Wir leisten jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch einen Unfall gemäß den Absätzen 1 und 2 verursacht wurden.

   b) Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen. Wir leisten jedoch, wenn ein Unfall gemäß Absatz 1 die überwiegende Ursache ist.

   c) Gesundheitsschäden durch Strahlen.

   d) Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der →versicherten Person. Wir leisten jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe infolge eines Unfalls gemäß den Absätzen 1 und 2 veranlasst wurden. Dies gilt auch bei strahlendiagnostischen und -therapeutischen Heilmaßnahmen oder Eingriffen.

   e) Infektionen durch

   - Insektenstiche oder –bisse

   - sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten

   Wir leisten jedoch bei

   - Tollwut,

   - Wundstarrkrampf,

   - Infektionen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der →versicherten Person, für die nach Absatz d) Versicherungsschutz besteht.

   f) Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

   g) Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall gemäß den Absätzen 1 und 2 verursacht wurden.

   h) Bauch- oder Unterleibsbrüche. Wir leisten jedoch, wenn sie durch eine unter den Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.

§ 6 Wann sind Sie an Investmentfonds beteiligt und was gilt bei einer Beteiligung?

1. Haben Sie gemäß § 7 Absatz 5 als →Überschussverwendung Fondsguthaben oder →Überschussverwendung Teilweise Beitragsverrechnung vereinbart, sind Sie unmittelbar an der Wertentwicklung eines Sondervermögens (→Anlagestock) beteiligt. Dieses Sondervermögen besteht aus Anteilen von Fonds, an die die Leistungen aus Ihrem Vertrag gebunden sind. Wir legen den →Anlagestock gesondert von unserem sonstigen Vermögen an. Die auf Ihren Vertrag anfallenden Fondsanteile bilden das →Fondsguthaben Ihrer Versicherung.

2. Die Versicherungsleistungen sind vom Wert des →Fondsguthaben Ihrer Versicherung abhängig.

   Den Wert des →Fondsguthabens ermitteln wir wie folgt: Die Anteile von Investmentfonds werden mit dem Rücknahmepreis angesetzt. Wir multiplizieren die Anzahl der Fondsanteile in Ihrem Vertrag mit dem am jeweiligen Stichtag ermittelten Rücknahmepreis. Bei im Voraus bekannten Transaktionen, legen wir als Stichtag den Tag der Fälligkeit zugrunde. Sollte dieser Tag kein →Börsentag sein, erfolgt die Umrechnung am darauffolgenden →Börsentag. Bei sofort auszuführenden Transaktionen erfolgt die Umrechnung spätestens am dritten →Börsentag nach Eingang Ihres Auftrages bei uns. Fondsanteile in Fremdwährung werden zu den dabei gültigen Tageskursen in Euro umgerechnet.

3. Soweit die Erträge aus den im →Anlagestock enthaltenen Vermögenswerten nicht ausgeschüttet werden, fließen sie unmittelbar dem →Anlagestock zu. Sie erhöhen damit den Wert der Fondsanteile. Erträge, die ausgeschüttet werden, rechnen wir in Fondsanteile um. Wir schreiben diese Ihrem Vertrag gut.

4. Da die Wertentwicklung des →Fondsguthabens nicht vorauszusehen ist, können wir den Wert der Versicherungsleistung vor Beginn der Rentenzahlung nicht garantieren.

   Sie haben die Chance, insbesondere bei Kurssteigerungen der Investmentfonds im →Anlagestock einen Wertzuwachs zu erzielen. Bei Kursrückgängen tragen Sie aber auch das Risiko der Wertminderung. Dies bedeutet, dass die Versicherungsleistung bei einer guten Fondsentwicklung höher sein wird als bei einer weniger guten Fondsentwicklung. Bei Werten, die nicht in Euro

geführt werden, können Schwankungen der Währungskurse den Wert des →Fondsguthabens zusätzlich beeinflussen.

§ 7 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

1. Sie erhalten gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) eine →Überschussbeteiligung. Diese umfasst eine Beteiligung an den Überschüssen und an den →Bewertungsreserven.

   Die Überschüsse und die →Bewertungsreserven ermitteln wir nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuchs. Wir veröffentlichen sie jährlich im Anhang des Geschäftsberichts.

   In den nachfolgenden Absätzen erläutern wir Ihnen,

   - wie wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens ermitteln und wie wir diesen verwenden (Absatz 2),
   - wie Ihr Vertrag an dem Überschuss beteiligt wird (Absätze 3 und 4),
   - wie hoch die auf Ihren Vertrag entfallenden Überschüsse sind und wie sie verwendet werden (Absatz 5),
   - wie →Bewertungsreserven entstehen und wie wir diese Ihrem Vertrag zuordnen (Absätze 6 und 7),
   - warum wir die Höhe der →Überschussbeteiligung Ihres Vertrags nicht garantieren können (Absatz 8) und
   - wie wir Sie über die →Überschussbeteiligung informieren (Absätze 9 und 10).

Wie ermitteln wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens und wie verwenden wir diesen?

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

   Ein Teil der für die →Überschussbeteiligung zur Verfügung stehenden Mittel wird den überschussberechtigten Versicherungsverträgen unmittelbar als Direktgutschrift gutgeschrieben. Einen verbleibenden Rest führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu. Der Rückstellung für Beitragsrückerstattung können aber auch Mittel entnommen und den überschussberechtigten Versicherungsverträgen gutgeschrieben werden. Sinn der Rückstellung für Beitragsrückerstattung ist es, Schwankungen des Überschusses über die Jahre auszugleichen. Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dürfen wir grundsätzlich nur für die →Überschussbeteiligung der →Versicherungsnehmer verwenden. Nur in gesetzlich festgelegten Ausnahmefällen können wir hiervon mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde abweichen.

   Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrags am Überschuss ergeben sich weder aus der Höhe des Rohüberschusses noch aus der Höhe der Zuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung.

Wie wird Ihr Vertrag an dem Überschuss beteiligt?

3. Bei der Verteilung des Überschusses auf die einzelnen Verträge wenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren an. Hierzu haben wir gleichartige Versicherungen in Bestandsgruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den verschiedenen Versicherungsarten zu berücksichtigen. Unterscheiden sich die Tarife in einer Bestandsgruppe, so bilden wir innerhalb der Bestandsgruppen Gewinnverbände.

   Ihre Versicherung gehört zur Bestandsgruppe BV Berufsunfähigkeitsversicherungen. Haben Sie den Tarif SBUg abgeschlossen, gehört Ihre Versicherung zum Gewinnverband BUg 2023 L. Haben Sie den Tarif FSBU abgeschlossen, zählt Ihre Versicherung zum Gewinnverband FSBU 2022. Anderenfalls gehört sie zum Gewinnverband BU 2023 L. Haben Sie das Pflegepaket vereinbart, gehört Ihre Versicherung zusätzlich zum Gewinnverband PRZ 2022 in der Bestandsgruppe PR Pflegerenten-Zusatzversicherungen. Jede einzelne Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen der Bestandsgruppen, denen sie angehört.

   Die Verteilung des Überschusses auf die einzelnen Gruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Hat eine Bestandsgruppe oder ein Gewinnverband nicht zur Entstehung des Überschusses beigetragen, besteht insoweit auch kein Anspruch auf →Überschussbeteiligung.

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

   Ihr Vertrag erhält auf der Grundlage der Überschussdeklaration Anteile an dem auf Ihren Gewinnverband entfallenden Teil des Überschusses. Die Mittel hierfür werden bei der Direktgutschrift zulasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen.

Wie hoch sind die auf Ihren Vertrag entfallenden Überschüsse und wie werden sie verwendet?

5. Den laufenden Überschussanteil weisen wir jeweils zu Beginn jedes Versicherungsmonats zu. Bei viertel-, halb- oder jährlicher Beitragszahlung weisen wir zu Beginn jedes Zahlungszeitraums alle auf den Zahlungszeitraum entfallenden monatlichen Überschussanteile zu. Beenden Sie die Versicherung vor Ablauf des Zahlungszeitraums, bringen wir die bis zum Ende des Zahlungszeitraums zu viel zugewiesenen Überschussanteile wieder in Abzug.

   Überschüsse vor Eintritt der Berufsunfähigkeit

   Der laufende Überschussanteil besteht aus einem Grundüberschussanteil, der in Prozent des überschussberechtigten Beitrages festgesetzt wird.

   Der laufende Überschussanteil kann unterschiedlich verwendet werden.

   Je nach Überschussverwendung gilt das Folgende:

   Welche Überschussverwendung auf Ihre Versicherung zutrifft, finden Sie in Ihrem →Versicherungsschein.

   →Überschussverwendung Beitragsverrechnung beziehungsweise →Überschussverwendung vollständige Beitragsverrechnung

   Haben Sie als →Überschussverwendung Beitragsverrechnung vereinbart, werden die laufenden Überschussanteile mit Ihren garantierten Beiträgen verrechnet.

   →Überschussverwendung verzinsliche Ansammlung

   Haben Sie als →Überschussverwendung verzinsliche Ansammlung vereinbart, wird der laufende Überschussanteil auf einem separaten Konto angesammelt. Die Höhe der Verzinsung des angesammelten Guthabens ist nicht garantiert.

   Erhalten Sie eine BU-Rente führen wir das vorhandene angesammelte Guthaben bis zum Ende des Vertrags fort.

   Bei Tod der →versicherten Person, bei Kündigung oder bei Ablauf der Versicherung zahlen wir das vorhandene angesammelte Guthaben aus.

   →Überschussverwendung Bonusrente

   Haben Sie als →Überschussverwendung Bonusrente vereinbart, werden die laufenden Überschussanteile zur Finanzierung einer zusätzlichen Rente (→Bonusrente) für diejenigen Verträge verwendet, die eine Rente wegen Berufsunfähigkeit erhalten. Die →Bonusrente wird zusammen mit der versicherten BU-Rente ausgezahlt und ist der Höhe nach garantiert, solange der Anspruch auf Rente fortbesteht. Vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit verändert sich bei einer Veränderung der Überschussanteilsätze auch die Höhe der →Bonusrente. Vermindert sich diese →Bonusrente aufgrund einer Veränderung der Überschussanteilsätze, werden wir Sie schriftlich informieren. Sie können in diesem Fall verlangen, dass wir Ihren Vertrag anpassen. Sie müssen dies innerhalb von drei Monaten nach unserer Benachrichtigung geltend machen. In diesem Fall erhöhen wir die garantierte BU-Rente, sodass folgende Gesamtrenten gleich hoch sind:

   - Summe aus der erhöhten garantierten BU-Rente und der aus dieser mit den veränderten Überschussanteilsätzen gebildeten →Bonusrente

- Summe der ursprünglich garantierten BU-Rente und der aus dieser mit den Überschussanteilsätzen vor der Überschussanpassung gebildeten →Bonusrente

Für den Erhöhungsteil müssen Sie einen Beitrag entrichten. Diesen ermitteln wir gemäß den Rechnungsgrundlagen, die wir bei Vertragsabschluss verwendet haben. Aufsichtsrechtliche Anforderungen bleiben unberührt. Die übrigen Vertragsdaten bleiben unverändert.

Für die Anpassung ist keine Risikoprüfung erforderlich. Es entstehen für Sie daher bei der Prüfung unserer Leistungspflicht keine Nachteile.

Machen Sie von dem Recht, Ihren Vertrag anzupassen, keinen Gebrauch, sinkt die →Bonusrente nach Ablauf der Dreimonatsfrist.

→Überschussverwendung Fondsguthaben

Haben Sie als →Überschussverwendung Fondsguthaben vereinbart, wird der laufende Überschussanteil als →Fondsguthaben Ihrer Versicherung gemäß § 6 geführt.

Erhalten Sie eine BU-Rente führen wir das vorhandene →Fondsguthaben bis zum Ende der vereinbarten →Versicherungsdauer fort.

Bei Tod der →versicherten Person, bei Kündigung oder bei Ablauf der Versicherung zahlen wir das vorhandene →Fondsguthaben aus.

→Überschussverwendung Teilweise Beitragsverrechnung

Ein Teil der Überschussanteile wird dazu verwendet, Ihren garantierten Beitrag zu senken. Der andere Teil der Überschussanteile wird als →Fondsguthaben Ihrer Versicherung gemäß § 6 geführt.

Erhalten Sie eine BU-Rente führen wir das vorhandene →Fondsguthaben bis zum Ende der vereinbarten →Versicherungsdauer fort.

Bei Tod der →versicherten Person, bei Kündigung oder bei Ablauf der Versicherung zahlen wir ein vorhandenes →Fondsguthaben aus.

Überschüsse nach Eintritt der Berufsunfähigkeit

Versicherungen im Rentenbezug erhalten als laufende Überschussanteile Zinsüberschussanteile. Diese setzen wir in Prozent des maßgeblichen →Deckungskapitals fest. Sie werden in eine →Bonusrente umgewandelt, die zusammen mit der versicherten BU-Rente ausgezahlt wird.

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

6. →Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über ihrem jeweiligen handelsrechtlichen Buchwert liegt.

7. Haben Sie als →Überschussverwendung verzinsliche Ansammlung vereinbart, können →Bewertungsreserven für die angesammelten Überschussanteile entstehen.

   In diesem Fall erhalten Sie bei Beendigung Ihres Vertrags eine Beteiligung an den →Bewertungsreserven.

8. Haben Sie eine andere Überschussverwendung gewählt, erhalten Sie vor Eintritt der Berufsunfähigkeit keine Beteiligung an den →Bewertungsreserven.

9. Während einer Rentenzahlung können →Bewertungsreserven bei denjenigen Kapitalanlagen bestehen, die zur Deckung der Rentenzahlungen herangezogen werden.

   Im Rentenbezug beteiligen wir Sie unabhängig von der gewählten Überschussverwendung über eine angemessen erhöhte laufende →Überschussbeteiligung an den →Bewertungsreserven.

   Die Höhe der →Bewertungsreserven ermitteln wir während einer Rentenzahlung wegen Berufsunfähigkeit jährlich neu.

10. Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den →Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt. Nähere Erläuterungen zu den für Ihren Vertrag maßgeblichen →Bewertungsreserven können Sie unserem Geschäftsbericht entnehmen.

Warum können wir die Höhe der →Überschussbeteiligung nicht garantieren?

11. Die Höhe der →Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab, die nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar sind. Einflussfaktoren sind insbesondere die Entwicklung des Berufsunfähigkeitsrisikos, des Kapitalmarkts und der Kosten.

    Die Höhe der künftigen →Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch Null Euro betragen.

Wie informieren wir über die →Überschussbeteiligung?

12. Die festgelegten Überschussanteilsätze veröffentlichen wir jährlich in unserem Geschäftsbericht. Diesen finden Sie auf unserer Internetseite unter www.lv1871.de.

13. Über den Stand Ihrer Ansprüche unterrichten wir Sie jährlich. Diese Standmitteilung senden wir Ihnen erstmals nach dem Ende des ersten Versicherungsjahres zu. Dabei berücksichtigen wir die →Überschussbeteiligung Ihres Vertrags. Sie erhalten keine automatische Information, wenn der Stand der →Überschussbeteiligung unverändert bleibt.

    Haben Sie die →Überschussverwendung Fondsguthaben, die →Überschussverwendung Teilweise Beitragsverrechnung oder die →Überschussverwendung verzinsliche Ansammlung gewählt, geben wir Ihnen auf Wunsch den aktuellen Wert Ihres Guthabens jederzeit an.

Gestaltungsmöglichkeiten

§ 8 Welche Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie?

1. Nachversicherungsgarantie

a) Was versteht man unter Nachversicherungsgarantie für die Berufsunfähigkeitsversicherung und wann können Sie diese beantragen?

Sie haben das Recht, die vereinbarte BU-Rente zu erhöhen - ohne erneute Risikoprüfung. Diese Möglichkeit der Erhöhung bezeichnen wir als Nachversicherung. Durch die Nachversicherung erhöht sich Ihr Beitrag. Weitere Änderungen ergeben sich für Ihren Vertrag nicht.

Das bedeutet insbesondere:

- Die Nachversicherung erfolgt auf Basis der Ihrem Vertrag aktuell zugrundeliegenden Berufseinstufung.
- Den Beitrag für die Erhöhung berechnen wir mit den Rechnungsgrundlagen zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses.
- Medizinische Risiken, Hobbys und Freizeitaktivitäten werden wir im Rahmen der Nachversicherung nicht überprüfen. Zwischenzeitlich aufgetretene Erkrankungen oder aufgenommene Freizeitaktivitäten können somit nicht zu einer Beitragserhöhung führen.
- Wir prüfen lediglich, ob die Nachversicherung finanziell angemessen ist (vergleiche Absatz 1 c)).

Ereignisabhängige Nachversicherung

Sie können das Recht auf Nachversicherung beim Eintritt der nachfolgend genannten Ereignisse im Leben der →versicherten Person ausüben. Das ist innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt des jeweiligen Ereignisses möglich. Das Ereignis muss während der →Versicherungsdauer eingetreten sein.

- Eintritt der Volljährigkeit
- Heirat
- Scheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft
- Geburt oder Adoption eines Kindes
- Tod des erwerbstätigen Ehepartners oder des eingetragenen Lebenspartners
- Genehmigung zum Bau eines selbst genutzten Hauses oder Erwerb von selbst genutztem Wohneigentum jeweils mit einem Darlehen von mindestens 100.000 Euro

- Erstmaliger Beginn einer Berufsausbildung
- Erstmaliger Beginn eines Hochschulstudiums, wenn die →versicherte Person nicht vorher eine unbefristete oder mindestens auf sechs Monate befristete Erwerbstätigkeit – angestellt oder selbstständig - ausgeübt hat
- Abschluss eines Hochschulstudiums oder anerkannten Ausbildungsberufs und Beginn einer Tätigkeit, die dieses Studium oder diese Ausbildung typischerweise voraussetzen
- Erstmaliger Eintritt in das Berufsleben, sofern die →versicherte Person eine unbefristete oder mindestens auf sechs Monate befristete Erwerbstätigkeit – angestellt oder selbstständig - aufnimmt
- Abschluss einer akademischen Weiterqualifizierung wie zum Beispiel Master, Promotion oder Facharztausbildung, sofern die →versicherte Person eine der Weiterqualifizierung entsprechende berufliche Tätigkeit ausübt
- Gehaltserhöhung (= Erhöhung des →regelmäßigen Bruttoeinkommens) um mindestens zehn Prozent im Zusammenhang mit Arbeitgeberwechsel, Beförderung oder Erhöhung der Arbeitszeit im Rahmen einer Teilzeittätigkeit. Als Beförderung gilt auch, wenn die →versicherte Person eine Weiterbildung erfolgreich absolviert oder einen Meisterbrief erhält
- Wechsel aus einem mindestens ein Jahr laufenden sozialversicherungspflichtigen Teilzeit- oder befristeten Arbeitsverhältnis in eine unbefristete Vollzeitstelle
- Aufnahme einer selbstständigen beruflichen Tätigkeit in einem der folgenden freien Berufe: Arzt, Apotheker, Architekt, Beratender Ingenieur, Notar, Patentanwalt, Psychotherapeut, Rechtsanwalt, Steuerberater und Wirtschafsprüfer. Voraussetzung ist, dass eine Mitgliedschaft in der jeweils zuständigen Kammer besteht.
- bei Selbstständigen Steigerung des Gewinns vor Steuern in den letzten drei Geschäftsjahren um durchschnittlich 30 Prozent im Vergleich zum durchschnittlichen Gewinn vor Steuern der drei davorliegenden Geschäftsjahre
- erstmaliges Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) mit dem Jahresgehalt am Ende eines Kalenderjahres; maßgeblich ist die BBG der allgemeinen Rentenversicherung des Bundeslandes, in dem die →versicherte Person ihren Arbeitsplatz hat
- Wegfall des Berufsunfähigkeitsschutzes aus der gesetzlichen Rentenversicherung für Handwerker bei Erfüllung der Mindestpflichtversicherungszeit
- Wegfall oder Reduzierung der Ansprüche bei Berufsunfähigkeit aus der betrieblichen Altersversorgung.

Ereignisunabhängige Nachversicherung

Sie können das Recht auf Nachversicherung auch ausüben, ohne dass eines der Ereignisse nach Absatz 1 vorliegt. Voraussetzungen hierfür sind jedoch, dass

- in den letzten drei Jahren keine ereignisabhängige oder ereignisunabhängige Nachversicherung für diesen oder einen anderen bei der Lebensversicherung von 1871 a. G. München bestehenden Vertrag erfolgt ist und
- nicht zum gleichen Zeitpunkt eine ereignisabhängige Nachversicherung nach Absatz 1 beantragt wird.

→Wartezeit

Es gilt ab Beginn der jeweiligen ereignisunabhängigen Nachversicherung eine →Wartezeit von drei Jahren. Tritt ein Leistungsfall aufgrund von Berufsunfähigkeit, schwerer Krankheit gemäß § 3 Absatz 3 oder Arbeitsunfähigkeit vor Ablauf dieser →Wartezeit ein, erbringen wir keine Leistung aus der jeweiligen Nachversicherung. In diesem Fall erlischt diese Nachversicherung. Die hierfür bis zum Eintritt des Leistungsfalls geleisteten Beiträge werden zurückerstattet. Wurde der Leistungsfall jedoch ausschließlich durch einen Unfall verursacht (vergleiche § 5), leisten wir. Der Unfall muss während der →Wartezeit eingetreten sein.

Falls Sie die MeinPlan-Kids BU-Option mit Pflegeschutz oder die BU-Option zur Golden IV ausgeübt haben, beachten Sie bitte die Besonderen Bedingungen bei Ausübung der MeinPlan Kids BU-Option mit Pflegeschutz und der BU-Option zur Golden IV.

b) Wann ist das Recht auf Nachversicherung ausgeschlossen?

Sie können das Recht auf Nachversicherung nicht ausüben, wenn

- Sie Leistungen beantragt haben und wir noch nicht abschließend geprüft haben, ob die Leistungsvoraussetzungen vorliegen
- wir aktuell leisten
- wir bereits aufgrund von Berufsunfähigkeit geleistet haben
- der Vertrag aktuell beitragsfrei ist
- die →versicherte Person älter als 50 Jahre ist - maßgebend ist das →rechnungsmäßige Alter
- der Versicherungsvertrag über einen Kollektivvertrag zustande gekommen ist, der dieses Recht ausdrücklich ausschließt. Ob das Recht auf Nachversicherung ausgeschlossen ist, finden Sie in Ihrem →Versicherungsschein.

c) Wie hoch darf die nachzuversichernde jährliche Berufsunfähigkeitsrente sein?

(1) Wir ermitteln die Obergrenze für die BU-Rente, bis zu der eine Nachversicherung möglich ist. Haben Sie als →Überschussverwendung Bonusrente vereinbart, ist eine Nachversicherung nur möglich, wenn die Summe aus der erhöhten garantierten BU-Rente und der aus dieser gebildeten →Bonusrente die Obergrenze nicht übersteigt.

Die Obergrenze dokumentieren wir in Ihrem →Versicherungsschein. Die Höhe der Obergrenze hängt von den Angaben ab, die Sie bei Antragstellung gemacht haben. Dafür ist insbesondere der Beruf der →versicherten Person entscheidend. In die Obergrenze fallen alle für dieselbe →versicherte Person bei uns bestehenden oder beantragten BU-Renten.

Wenn die →versicherte Person den Beruf wechselt, berechnen wir auf Ihren Wunsch hin die Obergrenze neu. Die Obergrenze werden wir in keinem Fall reduzieren.

Übersteigt die neue Obergrenze die versicherte Jahresrente, ist ab diesem Zeitpunkt eine Nachversicherung bis zu dieser Obergrenze möglich.

(2) Die Gesamt-BU-Rente darf 60 Prozent des →regelmäßigen Bruttoeinkommens der →versicherten Person nicht übersteigen. Darunter fallen alle für dieselbe →versicherte Person bei uns oder anderen Versicherungen bestehenden oder beantragten BU-Renten.

Es gibt Berufe, für die nach unseren Annahmerichtlinien Höchstgrenzen für die versicherbare Jahresrente bestehen. In diesem Fall können Sie die Gesamt-BU-Rente durch Nachversicherung maximal bis zu dieser Höchstgrenze unabhängig vom Arbeitseinkommen aufstocken. Eine Aufstockung ist allerdings generell höchstens bis zur Obergrenze gemäß Absatz (1) möglich.

(3) Bei der ereignisabhängigen Nachversicherung ist eine Erhöhung der Rente um maximal 50 Prozent möglich. Maßgeblich ist dafür die Rente zu dem Zeitpunkt, an dem Sie die Erhöhung beantragen.

(4) Bei der ereignisunabhängigen Nachversicherung darf die Erhöhung der Rente jeweils maximal 3.000 Euro jährlich betragen.

(5) Jede Erhöhung der Rente muss mindestens 600 Euro betragen.

Falls Sie die MeinPlan-Kids BU-Option mit Pflegeschutz oder die BU-Option zur Golden IV ausgeübt haben, beachten Sie bitte die Besonderen Bedingungen bei Ausübung der MeinPlan Kids BU-Option mit Pflegeschutz und der BU-Option zur Golden IV.

d) Welche Unterlagen sind erforderlich, wenn Sie die Nachversicherung beantragen?

Wenn Sie eine Nachversicherung beantragen, müssen Sie uns Belege und Erklärungen zu folgenden Umständen einreichen:

- zum betreffenden Ereignis,
- zum →regelmäßigen Bruttoeinkommen,
- zur Gesamt-BU-Rente.

e) Welche sonstigen Vereinbarungen gelten für die Nachversicherung?

Im Falle einer Anpassung des Vertrags aufgrund Verminderung der aus Überschussanteilen gebildeten →Bonusrente gelten die Regelungen des Paragrafen „Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?“ Absatz „Verwendung der Überschüsse“.

2. Zukunftsgarantie für Schüler, Studenten und Auszubildende

a) Schüler, Studenten und Auszubildende im Sinne von § 2 Absatz 3 bis 5 haben die Möglichkeit, innerhalb von zwölf Monaten nach Abschluss eines Studiums beziehungsweise einer Ausbildung und Aufnahme einer entsprechenden Tätigkeit, eine Leistung bei Arbeitsunfähigkeit einzuschließen. Wir nehmen dabei keine erneute Risikoprüfung vor.

b) Studenten und Auszubildende im Sinne von § 2 Absatz 4 und 5 haben das Recht, innerhalb von zwölf Monaten nach Abschluss des Studiums beziehungsweise der Ausbildung ihre Berufseinstufung und die Obergrenze für die Nachversicherung überprüfen zu lassen. Schüler im Sinne von § 2 Absatz 3 haben diese Möglichkeit zusätzlich innerhalb von zwölf Monaten nach

- einem Wechsel der Schulform,
- einer Versetzung in die gymnasiale Oberstufe und
- dem erstmaligen Beginn eines Studiums, einer Berufsausbildung oder einer Berufstätigkeit.

Eine Beitragserhöhung und eine Herabsetzung der Obergrenze sind dabei ausgeschlossen. Wir nehmen keine erneute Risikoprüfung vor.

c) Schüler, Studenten und Auszubildende im Sinne von § 2 Absatz 3 bis 5 haben ferner das Recht, innerhalb von zwölf Monaten nach Abschluss eines Studiums beziehungsweise einer Ausbildung und Aufnahme einer entsprechenden Tätigkeit, eine →Dynamik einzuschließen oder eine bestehende →Dynamik zu erhöhen. Wir nehmen keine erneute Risikoprüfung vor. Es können alle Dynamikmodelle und Prozentsätze gewählt werden, die nach unseren Annahmerichtlinien für den dann ausgeübten Beruf zulässig sind.

d) Zudem ist im Rahmen der ereignisabhängigen Nachversicherung eine Erhöhung der zuletzt versicherten BU-Rente um maximal 100 Prozent bei folgenden Ereignissen möglich:

- Erstmaliger Beginn einer Berufsausbildung
- Erstmaliger Beginn eines Hochschulstudiums, wenn die →versicherte Person nicht vorher eine unbefristete oder mindestens auf sechs Monate befristete Erwerbstätigkeit – angestellt oder selbstständig - ausgeübt hat
- Abschluss eines Hochschulstudiums oder anerkannten Ausbildungsberufs und Beginn einer Tätigkeit, die dieses Studium oder diese Ausbildung typischerweise voraussetzen.

Hierbei gilt bereits die gemäß Absatz 2 b) überprüfte Obergrenze, höchstens aber die für den jeweiligen Beruf gültige Höchstrente gemäß Annahmerichtlinie.

e) Falls in Ihrem →Versicherungsschein geregelt ist, dass die folgenden Ursachen und Umstände bei der Ermittlung der Berufsunfähigkeit nicht berücksichtigt werden (Ausschlussklausel),

- Gelenke
- Fußdeformitäten
- Sehnen
- Wirbelsäule
- Frakturen ohne Gelenkbeteiligung
- Allergien
- Sehstörungen unter 8 Dioptrien

können Sie innerhalb von zwölf Monaten nach dem erstmaligen Beginn einer unbefristeten oder mindestens auf sechs Monate befristeten Erwerbstätigkeit (angestellt oder selbständig) der →versicherten Person überprüfen lassen, ob ein Verzicht auf diese Ausschlussklausel für die Zukunft möglich ist.

Um zu prüfen, ob auf die Klausel verzichtet werden kann, überlassen wir Ihnen einen Fragebogen, der von Ihnen auszufüllen ist. Ferner sind Nachweise über die Erwerbstätigkeit und zusätzlich auf Verlangen über den Gesundheitszustand einzureichen. Die damit verbundenen Kosten sind von Ihnen zu tragen. Die Prüfung, ob ein Verzicht auf die Ausschlussklausel möglich ist, erfolgt auf Grundlage unserer zum Überprüfungszeitpunkt gültigen Annahmerichtlinien. Falls kein Verzicht auf die Klausel möglich ist, legen wir dies unter Vorlage der entsprechenden Annahmerichtlinie dar.

Falls Sie die MeinPlan-Kids BU-Option mit Pflegeschutz oder die BU-Option zur Golden IV ausgeübt haben, beachten Sie bitte die Besonderen Bedingungen bei Ausübung der MeinPlan Kids BU-Option mit Pflegeschutz und der BU-Option zur Golden IV.

3. Karrieregarantie für Berufstätige

a) Ist die →versicherte Person

- als Arbeitnehmer in einem unbefristeten Angestelltenverhältnis beschäftigt und
- hat die BU-Rente die Obergrenze, bis zu der eine Nachversicherung möglich ist, erreicht,

können Sie Ihre BU-Rente trotzdem ohne erneute Risikoprüfung erhöhen. Voraussetzung ist, dass das →regelmäßige monatliche Bruttoeinkommen der →versicherten Person im Rahmen einer Gehaltserhöhung im Vergleich zum Vormonat um mindestens fünf Prozent steigt. Sie können die BU-Rente innerhalb von zwölf Monaten nach der Erhöhung des →regelmäßigen monatlichen Bruttoeinkommens der →versicherten Person anheben.

b) Die prozentuale Erhöhung der BU-Rente darf maximal so hoch sein wie die prozentuale Erhöhung des →regelmäßigen monatlichen Bruttoeinkommens der →versicherten Person. Über die Erhöhung des →regelmäßigen monatlichen Bruttoeinkommens der →versicherten Person müssen Sie uns einen Nachweis erbringen.

Die Gesamt-BU-Rente darf infolge der Erhöhung aufgrund der Steigerung des →regelmäßigen monatlichen Bruttoeinkommens maximal doppelt so hoch sein wie die Obergrenze für die Nachversicherung. Diese Obergrenze finden Sie in Ihrem →Versicherungsschein.

Zudem darf die Gesamt-BU-Rente 60 Prozent des →regelmäßigen Bruttoeinkommens der →versicherten Person nicht übersteigen. Darunter fallen alle für dieselbe →versicherte Person bei uns oder anderen Versicherungen bestehenden oder beantragten BU-Renten.

Übt die →versicherte Person einen Beruf aus, für den nach unseren Annahmerichtlinien eine Höchstgrenze für die versicherbare Jahresrente gilt, darf die Gesamt-BU-Rente durch die Karrieregarantie nur bis zu dieser Höchstgrenze angehoben werden.

c) Sie können die Karrieregarantie nicht ausüben, wenn

- Sie die Gehaltserhöhung nach Abschluss einer Berufsausbildung beziehungsweise eines Hochschulstudiums und Beginn der entsprechenden Tätigkeit erhalten haben
- Sie aufgrund dieser Gehaltserhöhung bereits Ihr Recht auf Nachversicherungsgarantie in Anspruch genommen haben
- zum Zeitpunkt der Ausübung der Karrieregarantie die BU-Rente unterhalb der Obergrenze liegt, bis zu der eine Nachversicherung möglich ist
- Sie Leistungen aufgrund von Berufsunfähigkeit beantragt haben und wir noch nicht abschließend geprüft haben, ob die Leistungsvoraussetzungen vorliegen
- wir bereits aufgrund von Berufsunfähigkeit leisten oder geleistet haben
- die →versicherte Person älter als 50 Jahre ist - maßgebend ist das →rechnungsmäßige Alter
- der Versicherungsvertrag über einen Kollektivvertrag zustande gekommen ist, der dieses Recht ausdrücklich ausschließt. Ob die Karrieregarantie ausgeschlossen ist, finden Sie in Ihrem →Versicherungsschein.

d) Wenn Sie die Karrieregarantie ausüben wollen, müssen Sie uns Belege und Erklärungen zu folgenden Umständen einreichen:

- zum →regelmäßigen monatlichen Bruttoeinkommen vor der Gehaltserhöhung,
- zum →regelmäßigen monatlichen Bruttoeinkommen nach der Gehaltserhöhung,
- zum aktuell ausgeübten Beruf,
- zur Gesamt-BU-Rente.

4. Überprüfung der Berufseinstufung nach einem Berufswechsel

Bei einem Berufswechsel der →versicherten Person haben Sie das Recht die Berufseinstufung der →versicherten Person und die Obergrenze für die Nachversicherung überprüfen zu lassen. Dies ist frühestens zwölf Monate nach dem Berufswechsel der →versicherten Person möglich. Dazu müssen Sie uns den Fragenbogen Berufswechsel einreichen. Wenn die neue berufliche Tätigkeit zu einer verbesserten Berufseinstufung führt, sinkt der künftige zu zahlende Beitrag. Wir ermitteln den neuen Beitrag mit den Rechnungsgrundlagen, die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses gelten. Vereinbarte Zuschläge oder Einschränkungen der Leistungen bleiben unverändert.

Wir können eine Änderung der Berufseinstufung und der Obergrenze für die Nachversicherung von einer erneuten Risikoprüfung abhängig machen.

Können wir Ihnen aufgrund des Berufswechsels der →versicherten Person keinen günstigeren Beitrag beziehungsweise keine höhere Obergrenze anbieten, bleiben Ihr bisheriger Beitrag und Ihre bisherige Obergrenze unverändert. Eine Beitragserhöhung und eine Herabsetzung der Obergrenze schließen wir von Vornherein aus.

5. Verlängerungsgarantie

a) Sie haben das Recht, die →Versicherungsdauer und →Leistungsdauer Ihres Vertrags an eine Erhöhung der Regelaltersgrenze in der Deutschen Rentenversicherung oder im berufsständischen Versorgungswerk des entsprechenden Kammerberufes, in dem die →versicherte Person Mitglied ist, anzupassen – ohne erneute Risikoprüfung. Die →Versicherungsdauer und die →Leistungsdauer Ihres Vertrags werden dabei maximal um die Zeitspanne verlängert, um die sich die Regelaltersgrenze für die →versicherte Person verschiebt. Sie können die Dauer nur um volle Jahre verlängern.

Üben Sie die Verlängerungsgarantie aus, berechnen wir den Beitrag für Ihren Vertrag neu. Dabei berücksichtigen wir das Alter der →versicherten Person bei Abschluss des Vertrags, die Restlaufzeit des bisherigen Vertrags einschließlich der Verlängerung sowie gegebenenfalls vereinbarte Zuschläge. Infolge der verlängerten Vertragsdauer erhöhen sich Ihre Beiträge nach Ausübung der Verlängerungsoption. Über die Beitragsanpassung informieren wir Sie in →Textform. Gültige Leistungseinschränkungen gelten auch für die verlängerte →Versicherungsdauer.

b) Sie können das Recht auf Verlängerung innerhalb von zwölf Monaten

- nach Inkrafttreten einer Regelung in der gesetzlichen Rentenversicherung zur Erhöhung der Regelaltersgrenze beziehungsweise
- wenn die →versicherte Person Mitglied in einem berufsständischen Versorgungswerk ist, nach Inkrafttreten einer berufsständischen Regelung zur Erhöhung der Regelaltersgrenze des entsprechenden Kammerberufes

ausüben.

c) Sie können das Recht auf Verlängerungsgarantie nicht ausüben, wenn

- Sie Leistungen aufgrund von Berufsunfähigkeit beantragt haben und wir noch nicht abschließend geprüft haben, ob die Leistungsvoraussetzungen vorliegen
- wir bereits aufgrund von Berufsunfähigkeit leisten oder geleistet haben
- das bei Vertragsabschluss vereinbarte Endalter weniger als 60 Jahre beträgt
- der Vertrag beitragsfrei ist

6. Wahlrecht zur Übertragung der Fondsanteile

Haben Sie gemäß § 7 Absatz 5 als →Überschussverwendung Fondsguthaben oder →Überschussverwendung Teilweise Beitragsverrechnung vereinbart, haben Sie folgendes Wahlrecht:

Unsere Leistungen erbringen wir grundsätzlich in Geld. Sie können jedoch abweichend hiervon eine Auszahlung des →Fondsguthabens in Fondsanteile des →Anlagestocks verlangen. Ihr Antrag auf Übertragung der Fondsanteile muss uns spätestens einen Monat vor dem Fälligkeitstag der Auszahlung vorliegen. Zur Ausübung dieses Wahlrechts werden wir Sie rechtzeitig informieren. Auszahlungen unter 1.000 Euro, Bruchteile von Fondsanteilen oder Fondsanteile institutioneller Anlageklassen erbringen wir in jedem Fall in Geld.

Wenn Sie die Übertragung der Fondsanteile verlangen, müssen Sie uns ein bestehendes Wertpapierdepot benennen, auf welches die Anteile übertragen werden können.

Die Übertragung der Fondsanteile erfolgt auf Ihre Kosten (vergleiche § 17) und Ihre Gefahr.

7. Wahlrecht zur vorzeitigen Auszahlung des →Fondsguthabens (Teilauszahlung)

Haben Sie gemäß § 7 Absatz 5 als →Überschussverwendung Fondsguthaben oder →Überschussverwendung Teilweise Beitragsverrechnung vereinbart, können Sie folgendes Wahlrecht in Anspruch nehmen:

Sie können sich jederzeit einen Betrag aus Ihrem →Fondsguthaben auszahlen lassen. Eine →Auszahlung muss mindestens 200 Euro betragen.

Wir setzen die →Auszahlung in Euro fest. Den Betrag entnehmen wir anteilmäßig den Investmentfonds Ihres →Fondsguthabens. Maßgeblich für die Wertfestlegung der →Auszahlung ist der Preis der Fondsanteile des →Börsentages, an dem die →Auszahlung ausgeführt wird. Ist eine sofortige Auszahlung gewünscht, legen wir den Preis der Anteileinheiten spätestens des dritten →Börsentages nach dem der Antrag auf Auszahlung bei uns eingegangen ist zugrunde.

Bitte beachten Sie, dass →Auszahlungen das →Fondsguthaben mindern. Entsprechend vermindern sich auch die Leistungen aus dem →Fondsguthaben. Informationen dazu können Sie der Abrechnung Ihrer →Auszahlung entnehmen.

Die Teilauszahlung erfolgt auf Ihre Kosten (vergleiche § 17) und Ihre Gefahr.

8. Übernahme der Risikoprüfung Ihrer Versicherung für eine neue Basisrentenversicherung mit Berufsunfähigkeitszusatzversicherung

Sie können beantragen, dass wir die zu Ihrer bestehenden Berufsunfähigkeitsversicherung erfolgte Risikoprüfung für eine Basisrentenversicherung mit Berufsunfähigkeitszusatzversicherung (BUZ) übernehmen.

a) Welche Voraussetzungen gelten?

Sie können beantragen, dass das Ergebnis der Risikoprüfung Ihrer bestehenden Berufsunfähigkeitsversicherung für eine neue Basisrentenversicherung mit BUZ übernommen wird, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Sie kündigen die bestehende Berufsunfähigkeitsversicherung unter der Bedingung, dass eine Basisrentenversicherung mit BUZ mit der →versicherten Person als →Versicherungsnehmer zustande kommt. Die →versicherte Person beantragt gleichzeitig mit der Kündigung der bestehenden Versicherung eine Basisrentenversicherung mit BUZ. Ihre Kündigung der bestehenden Versicherung wird mit Beginn der Basisrentenversicherung mit BUZ wirksam.
- Der Abschluss der Basisrentenversicherung mit BUZ erfolgt in dem Tarif, der zu diesem Zeitpunkt verkaufsoffen ist.
- Der Beitrag und der Umfang des Versicherungsschutzes der Basisrentenversicherung mit BUZ bestimmt sich nach den Angaben zu Ihrer bestehenden Versicherung.
- Nachfolgende Angaben Ihrer bestehenden Versicherung gelten nicht weiter. Es gilt stattdessen:
  - Versicherungsbeginn ist das Datum, zu dem die Basisrentenversicherung mit BUZ beginnen soll.

- Eintrittsalter ist das Alter der →versicherten Person bei Abschluss der Basisrentenversicherung mit BUZ.
- Die →Versicherungsdauer und die →Leistungsdauer der neuen Berufsunfähigkeitszusatzversicherung entsprechen der restlichen →Versicherungsdauer und restlichen →Leistungsdauer der bestehenden Versicherung.
- Haben Sie zu Ihrer Versicherung Leistungen bei Pflegebedürftigkeit im Rahmen des Pflegepakets oder Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit vereinbart, entfallen diese bei der Basisrentenversicherung mit BUZ.
- Der Beitrag zur Basisrentenversicherung beträgt - ohne Berücksichtigung des Beitrags zur Berufsunfähigkeitszusatzversicherung - höchstens 3.000 Euro jährlich.

Wollen Sie zusätzliche Leistungen vereinbaren, ist dafür unsere Zustimmung erforderlich.

b) Wie erfolgt die Risikoprüfung zur Basisrentenversicherung mit BUZ?

- Wir legen der neuen Basisrentenversicherung mit BUZ das Ergebnis der Risikoprüfung Ihrer bestehenden Versicherung einschließlich vereinbarter Zuschläge sowie Leistungsausschlüsse zugrunde.
- Haben Sie uns im Rahmen der Antragsstellung der bestehenden Versicherung unzutreffende Angaben über die Risikoverhältnisse der →versicherten Person gemacht (Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht), gelten die Regelungen gemäß § 18 auch für die neue Basisrentenversicherung mit BUZ. Die Fristen nach § 21 Absatz 3 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nach § 18 beginnen bei Abschluss der Basisrentenversicherung mit BUZ nicht neu zu laufen.

c) Wann ist die Übernahme des Ergebnisses der Risikoprüfung für eine Basisrentenversicherung mit BUZ ausgeschlossen?

In folgenden Fällen können Sie nicht verlangen, dass wir die zu Ihrer bestehenden Versicherung erfolgte Risikoprüfung für eine Basisrentenversicherung mit BUZ übernehmen:

- Sie haben Leistungen aufgrund von Berufsunfähigkeit der →versicherten Person beantragt und wir haben noch nicht abschließend geprüft, ob die Leistungsvoraussetzungen vorliegen.
- Wir leisten bereits aufgrund von Berufsunfähigkeit der →versicherten Person.
- Die →versicherte Person ist älter als 40 Jahre - maßgebend ist das →rechnungsmäßige Alter.
- Die bestehende Versicherung ist über einen Kollektivvertrag mit reduzierter Risikoprüfung zustande gekommen.
- Die bestehende Versicherung ist darauf zurückzuführen, dass Sie eine der folgenden Optionen ausgeübt haben:
  - BU-Option der Golden IV,
  - BU-Option der Performer Primus-Rentenversicherung,
  - BU-Option mit Pflegeschutz von MeinPlan Kids,
  - Fortführung der BU-Rente im Rahmen einer selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung bei Beitragsfreistellung der MeinPlan Basisrente nach § 14 Absatz 8 der Besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit erweiterten Leistungen zu „MeinPlan Basisrente – die fondsgebundene Basis-Rente der LV 1871“.
- Ihre bestehende Versicherung ist beitragsfrei gestellt.
- Ihre Versicherung besteht im Rahmen einer betrieblichen Altersversorgung.
- Das Endalter Ihrer bestehenden Versicherung liegt unter dem Mindest-Endalter, das für den Abschluss einer Basisrentenversicherung mit BUZ vorausgesetzt wird.

Beginn des Versicherungsschutzes

§ 9 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie den Vertrag mit uns abgeschlossen haben. Jedoch besteht vor dem im →Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn kein Versicherungsschutz. Allerdings kann unsere Leistungspflicht entfallen, wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen (vergleiche § 10 Absatz 2 und 3 und § 11).

Beitragszahlung

§ 10 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

1. Die Beiträge können Sie je nach Vereinbarung durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge entrichten. Die →Versicherungsperiode entspricht der Zahlungsweise. Bei Jahreszahlung beträgt sie beispielsweise ein Jahr, bei halbjährlicher Beitragszahlung ein halbes Jahr und so weiter.
2. Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zahlen, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Unverzüglich heißt, ohne schuldhaftes Zögern. Der Versicherungsbeginn ist im →Versicherungsschein angegeben.

   Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden jeweils zu Beginn der vereinbarten →Versicherungsperiode fällig.
3. Sie können die Beiträge überweisen oder im Lastschriftverfahren zahlen. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, buchen wir den Beitrag jeweils zu den in Absatz 2 genannten Terminen von dem uns angegebenen Konto ab.
4. Sie haben den Beitrag rechtzeitig gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag (Absatz 2) alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Wenn wir vereinbart haben, den Beitrag von einem Konto einzuziehen, gilt die Zahlung in folgendem Fall als rechtzeitig:
   - Der Beitrag konnte am Fälligkeitstag eingezogen werden und
   - Sie haben einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen.

   Konnten wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, können wir künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens verlangen.
5. Sie übermitteln Ihre Beiträge auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

Stundung

6. Sie können verlangen, dass die Beitragszahlung für Ihre Versicherung ausgesetzt wird. Eine solche Stundung ist für maximal 24 Monate möglich. Während der Elternzeit ist abweichend davon eine Stundung von maximal 36 Monaten möglich.

   Der Versicherungsschutz bleibt während dieser Zeit in vollem Umfang erhalten.

   Voraussetzungen für die Stundung sind:
   - Der Vertrag besteht mindestens seit einem Jahr und
   - seit der letzten Stundung ist mindestens ein Jahr vergangen und
   - die nach Ablauf der Beitragsstundung verbleibende →Beitragszahlungsdauer beträgt noch mindestens ein Jahr.

   Für eine Stundung der Beiträge ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich.

   Während des Stundungszeitraums fallen keine Zinsen aufgrund der Stundung für Sie an.

   Nach Ablauf des Stundungszeitraums können Sie die gestundeten Beiträge zinslos:
   - in einem Betrag nachzahlen,

- in monatlichen, vierteljährlichen, halbjährlichen, jährlichen Raten über einen Zeitraum von maximal 48 Monaten nachentrichten. Oder
- mit einem vorhandenen verzinslich angesammelten Guthaben oder →Fondsguthaben ganz oder teilweise verrechnen lassen.

Anstelle der zinslosen Rückzahlung der gestundeten Beiträge, können Sie die offenen Beiträge auch durch eine Vertragsänderung – wahlweise Verringerung der Versicherungsleistungen oder Erhöhung des zukünftigen Beitrags – begleichen.

Haben Sie die Beitragszahlung bereits 24 Monate ausgesetzt, müssen Sie alle gestundeten Beiträge nachzahlen, bevor Sie erneut eine Stundung vereinbaren können.

Sie können nicht mehr stunden, wenn Sie bereits eine Stundung für insgesamt 24 Monate in Anspruch genommen haben und die gestundeten Beiträge auf die restliche →Beitragszahlungsdauer verteilt wurden.

Sie können das Recht auf Stundung neu begründen, indem Sie die ausstehenden auf die restliche →Beitragszahlungsdauer verteilten Raten einmalig nachzahlen.

7. Wenn eine Leistung fällig wird, verrechnen wir etwaige Beitragsrückstände mit dieser. Kündigen Sie Ihre Versicherung und ist eine Verrechnung der gestundeten Beiträge nicht möglich, müssen Sie diese in einem Betrag nachzahlen.

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

Erster Beitrag

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

2. Ist der erste Beitrag noch nicht gezahlt, wenn der Versicherungsfall eintritt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in →Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im →Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Pflicht zur Leistung bleibt bestehen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie das Ausbleiben der Zahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag

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

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

5. Nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist können wir den Vertrag fristlos kündigen, wenn Sie sich noch immer mit Beiträgen, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

   Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Sie wird dann automatisch mit Ablauf der Frist wirksam, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt noch immer mit der Zahlung in Verzug sind. Auf diese Rechtsfolge müssen wir Sie ebenfalls hinweisen.

6. Sie können den angeforderten Betrag auch dann noch nachzahlen, wenn unsere Kündigung wirksam geworden ist. Nachzahlen können Sie nur innerhalb eines Monats nach der Kündigung. Wurde die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden, können Sie innerhalb eines Monats nach Fristablauf nachzahlen.

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

Regelungen zur Fondsauswahl

§ 12 Wie können Sie Fonds wechseln?

Haben Sie gemäß § 7 Absatz 5 als →Überschussverwendung Fondsguthaben oder →Überschussverwendung Teilweise Beitragsverrechnung vereinbart, können Sie Folgendes in Anspruch nehmen:

Umschichtung des →Fondsguthaben (→Shift)

1. Sie können jederzeit Ihr bereits angespartes →Fondsguthaben in andere Fonds umschichten (→Shiften). Sie können aus allen Fonds unserer aktuellen Auswahl wählen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass gleichzeitig auch zukünftige Beiträge in neue Fonds investiert werden. Solange Sie die Anlageaufteilung der künftigen Beträge nicht ändern (vergleiche Absatz 2), erfolgt die Anlage entsprechend Ihrer bisher gewählten Fondsaufteilung.

   Bei der Umschichtung wird das →Fondsguthaben entsprechend Ihrer Festlegung ganz oder teilweise auf die neu bestimmten Fonds übertragen. Wir rechnen dieses in Anteileinheiten der neu bestimmten Fonds um. Dabei legen wir den Kurs des →Börsentages zugrunde, an dem der Fondswechsel ausgeführt wird.

   Die Umschichtung führen wir spätestens am zweiten →Börsentag nach Eingang Ihres Auftrages bei uns durch, jedoch nicht vor dem von Ihnen genannten Termin. Die Umschichtung von →Fondsguthaben auf Fonds, die Ihrem →Fondsguthaben bereits zugrunde liegen, gilt ebenfalls als →Shift. Bei einer Umschichtung fallen keine Ausgabeaufschläge an.

   Die Umschichtung Ihres →Fondsguthaben ist immer kostenfrei.

Änderung der Anlageaufteilung (→Switch)

2. Sie können auch nur Ihre künftigen Beiträge in anderen von uns angebotenen Fonds anlegen (→Switchen). Dabei können Sie aus den zur Verfügung stehenden Fonds insgesamt bis zu 20 verschiedene Fonds wählen. Für die Anlageaufteilung muss der Prozentanteil pro Fonds mindestens 3 Prozent betragen. Es sind nur ganzzahlige Prozentsätze möglich. Die Summe der prozentualen Anteile muss 100 Prozent ergeben. Das bereits angesammelte →Fondsguthaben ist von dieser Änderung nicht betroffen und verbleibt in den bisher angesparten Fonds.

   Die Änderung führen wir spätestens am zweiten →Börsentag nach Eingang Ihres Auftrages bei uns durch. Ist ein →Switch von Ihnen zu einem späteren Termin gewünscht, wird die Änderung an diesem Termin durchgeführt. Die Änderung Ihrer Anlageaufteilung (→Switch) ist für Sie immer kostenfrei.

3. Bei einem Wechsel Ihrer Fondsanlage (→Shift oder →Switch) bleiben die technischen Daten zu Ihrer Versicherung unverändert. Technische Daten sind beispielsweise der Versicherungsbeginn, der Rentenzahlungsbeginn, der Beitrag, die garantierte →Todesfallleistung sowie eine eventuell vereinbarte →Erlebensfallgarantie.

4. Ihrem →Fondsguthaben dürfen insgesamt bis zu 40 Investmentfonds zugrunde liegen.

Vermögenssicherung zum Ende der →Versicherungsdauer (→Ablaufmanagement)

5. Bei Versicherungen ab einer →Versicherungsdauer von zwölf Jahren bieten wir Ihnen die Möglichkeit eines kostenfreien passiven →Ablaufmanagements an. Dadurch werden die Risiken einer Wertminderung aufgrund von Kursrückgängen reduziert (Sicherung Ihres Börsenerfolges).

   Haben Sie das passive →Ablaufmanagement bei Vertragsabschluss vereinbart, beginnen wir fünf Jahre vor dem vereinbarten Ende der →Versicherungsdauer mit der Sicherung Ihres Börsenerfolges. Wir schichten unabhängig vom Kapitalmarktverlauf Ihr →Fondsguthaben monatlich in einen risikoarmen Fonds um. Den risikoarmen Fonds wählen wir aus unserer dann gültigen Fondsauswahl aus. Über den Beginn des →Ablaufmanagements werden wir Sie rechtzeitig informieren. Weitere Informationen und Erläuterungen erhalten Sie mit unserem Schreiben.

   Sie können jederzeit das →Ablaufmanagement beenden. Die Frist für die Beendigung zum nächsten Monatsersten beträgt zwei Wochen. Eine erneute Aktivierung ist ebenfalls möglich.

   Haben Sie das →Ablaufmanagement nicht bei Vertragsabschluss vereinbart, werden wir Sie dennoch rechtzeitig auf diese Option hinweisen (Ablaufcheck). Sie haben dann die Möglichkeit

das →Ablaufmanagement nachträglich zu beantragen oder einmalig Ihr →Fondsguthaben kostenlos in risikoärmere Investmentfonds umzuschichten.

§ 13 Was geschieht bei unplanmäßigen Veränderungen der Fonds?

1. Das Fondsangebot kann im Laufe der Zeit aus unterschiedlichen Gründen Veränderungen unterworfen sein.

   Solche Gründe können beispielsweise sein:

   - die Schließung oder Auflösung eines Investmentfonds durch die Fondsgesellschaft
   - die nachträgliche Erhebung oder Erhöhung von Kosten, mit denen wir beim Fondseinkauf belastet werden
   - die Einstellung von An- und Verkauf
   - die Beendigung unserer Kooperation mit der entsprechenden Fondsgesellschaft
   - Investmentfonds erfüllen die ursprüngliche Anlagestrategie aus Sicht des Vermögensverwalters oder des Versicherers nicht mehr beziehungsweise entsprechen der Anlagephilosophie des gewählten Portfolios nicht mehr.

2. In solchen Fällen sind wir berechtigt, den betroffenen Investmentfonds aus unserer Auswahl zu entfernen. Dies gilt auch für bereits bestehende Versicherungsverträge.

3. Sollte Ihre Versicherung von einer Änderung nach Absatz 1 oder 2 betroffen sein, werden wir Sie unverzüglich schriftlich benachrichtigen. Ab Zugang einer derartigen Benachrichtigung können Sie innerhalb von vier Wochen einen Investmentfonds aus unserer aktuellen Auswahl benennen, der anstelle des bei uns nicht mehr zur Anlage zur Verfügung stehenden Investmentfonds treten soll. Dies gilt für die Anlage zukünftiger Beträge und gegebenenfalls – je nach Art des Vorfalls – auch für die Umschichtung des bestehenden →Fondsguthabens.

4. Benennen Sie innerhalb der gesetzten Frist keinen Investmentfonds, sind wir berechtigt, einen Wechsel vorzunehmen. Dabei wählen wir einen Investmentfonds, der nach Meinung des Verantwortlichen Aktuars ein vergleichbares Anlageprofil bietet. Einen entsprechenden Investmentfonds sowie den Fondswechselstichtag werden wir Ihnen bereits in der in Absatz 3 genannten Benachrichtigung benennen.

5. Kosten entstehen hierbei für Sie nicht.

Kündigung und Beitragsfreistellung Ihres Vertrags

§ 14 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?

Kündigung

1. Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Schluss der laufenden →Versicherungsperiode (vergleiche § 10 Absatz 1) in →Textform kündigen. Die Kündigung wird zum Schluss der →Versicherungsperiode wirksam, in der wir Ihre Kündigung erhalten haben. Maßgebend ist der Eingang des Kündigungsschreibens bei uns.

2. Mit Ihrer Kündigung erlischt die Versicherung. Ein →Rückkaufswert wird nicht fällig. Haben Sie gemäß § 7 Absatz 5 als →Überschussverwendung verzinsliche Ansammlung, →Überschussverwendung Fondsguthaben oder →Überschussverwendung Teilweise Beitragsverrechnung vereinbart, zahlen wir davon unberührt das angesammelte Guthaben beziehungsweise das →Fondsguthaben aus. Die Kündigung ist mit dem Nachteil verbunden, dass kein Versicherungsschutz mehr besteht.

3. Ist die →versicherte Person zum Zeitpunkt der Kündigung berufsunfähig, bleiben Ansprüche aufgrund bereits vor Kündigung eingetretener Berufsunfähigkeit unberührt.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

4. Anstelle einer Kündigung nach Absatz 1 können Sie jederzeit in →Textform verlangen, zum Beginn der nächsten →Versicherungsperiode von der Pflicht zur Beitragszahlung befreit zu werden. Die Beitragsfreistellung wird zum Schluss der →Versicherungsperiode wirksam, in der wir Ihren Antrag erhalten haben. Maßgebend ist der Eingang des Schreibens bei uns.

   In diesem Fall setzen wir die versicherte BU-Rente auf eine beitragsfreie Rente herab. Sie wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik gemäß § 165 Absatz 2 VVG errechnet.

   Ergibt sich eine →beitragsfreie BU-Rente von Null Euro, erlischt die Versicherung.

   Sie haben die Möglichkeit zu beantragen, dass die Rentenhöhe bei Verkürzung der →Versicherungsdauer beibehalten wird.

5. Der aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Leistung zur Verfügung stehende Betrag entspricht nicht der Summe der gezahlten Beiträge. Er entspricht dem →Deckungskapital zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung. Dieses berechnen wir nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation.

   Wir legen mindestens den Betrag des →Deckungskapitals zugrunde, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Haben Sie eine →Beitragszahlungsdauer von weniger als fünf Jahren vereinbart, verteilen wir die Abschluss- und Vertriebskosten auf die →Beitragszahlungsdauer.

   Von dem aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Leistung zur Verfügung stehenden Betrags nehmen wir einen →Abzug gemäß § 15 vor.

   Weiterhin ziehen wir ausstehende Forderungen (zum Beispiel rückständige Beiträge, Kosten) von dem zur Verfügung stehenden Betrag ab.

6. **Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vergleiche § 16) nur ein geringer Betrag zur Bildung einer →beitragsfreien BU-Rente vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikobeiträge - gemessen an den gezahlten Beiträgen - keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer →beitragsfreien BU-Rente zur Verfügung. Nähere Informationen zur →beitragsfreien BU-Rente können Sie Ihrem →Versicherungsschein entnehmen.**

7. Ist die →versicherte Person zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung berufsunfähig, bleiben Ansprüche aufgrund vor Beitragsfreistellung eingetretener Berufsunfähigkeit unberührt.

Befristung der Beitragsfreistellung

8. Sie können jederzeit in →Textform verlangen, zum Beginn der nächsten →Versicherungsperiode von der Pflicht zur Beitragszahlung für einen von Ihnen festgelegten Zeitraum befreit zu werden. Der von Ihnen festgelegte Zeitraum der Beitragsfreistellung darf nicht mehr als sechs Monate betragen. Ist der vereinbarte Zeitraum der Beitragsfreistellung abgelaufen, setzen wir die Beitragszahlung wieder in Kraft, ohne dass Sie dies beantragen müssen.

9. Die Beitragszahlung setzen wir nach Ende der von Ihnen gewählten Frist nicht wieder in Kraft, wenn

   - die →versicherte Person berufsunfähig im Sinne von § 2 oder § 5 ist,
   - Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit vereinbart sind und die →versicherte Person arbeitsunfähig im Sinne von § 2 der Besonderen Bedingungen für die Leistung bei Arbeitsunfähigkeit ist oder
   - die verbleibende →Beitragszahlungsdauer weniger als ein Jahr beträgt.

10. Wird die Beitragszahlung nach Ablauf der von Ihnen gewählten Frist wieder in Kraft gesetzt, führen wir den Vertrag mit der BU-Rentenhöhe fort, die vor der Beitragsfreistellung vereinbart war. Wir berechnen Ihren Beitrag nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu. Falls der Beitrag höher sein sollte

als der Beitrag vor der Beitragsfreistellung, können Sie den Vertrag auch mit dem Beitrag weiterführen, der vor der Beitragsfreistellung vereinbart war. In diesem Fall setzen wir die Höhe der BU-Rente entsprechend herab.

11. Die Wiederinkraftsetzung führen wir mit unveränderten Rechnungsgrundlagen durch.

Wiederaufnahme der Beitragszahlung nach Beitragsfreistellung (Wiederinkraftsetzung)

12. Sie können die Beitragszahlung innerhalb von drei Jahren nach Beginn der Beitragsfreistellung wiederaufnehmen. Dies gilt nur dann, wenn die →versicherte Person noch nicht berufsunfähig im Sinne von § 2 oder sofern Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit vereinbart sind, arbeitsunfähig im Sinne von § 2 der Besonderen Bedingungen für die Leistung bei Arbeitsunfähigkeit ist. Die verbleibende →Beitragszahlungsdauer muss mindestens noch ein Jahr betragen.

13. Innerhalb von sechs Monaten nach Beitragsfreistellung können Sie die Beitragszahlung jederzeit wiederaufnehmen. Nach den sechs Monaten können Sie den Vertrag nur nach positiver Risikoprüfung wieder in Kraft setzen.

    Bei einer Wiederinkraftsetzung innerhalb von sechs Monaten verlängert sich eine vereinbarte →Wartezeit um die Dauer, in der die Versicherung außer Kraft gesetzt war. Bei einer Wiederinkraftsetzung nach sechs Monaten beginnt die vereinbarte →Wartezeit neu zu laufen.

14. Wenn Sie die Beitragszahlung wiederaufnehmen, wird der Vertrag mit der BU-Rentenhöhe, wie sie vor der Beitragsfreistellung vereinbart war, fortgeführt. Wir berechnen Ihren Beitrag nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu. Falls der Beitrag höher sein sollte, als der Beitrag vor Beitragsfreistellung, können Sie den Vertrag auch mit dem Beitrag wie er vor Beitragsfreistellung vereinbart war, weiterführen. In diesem Fall setzen wir die BU-Rente entsprechend herab.

15. Die Wiederinkraftsetzung führen wir mit unveränderten Rechnungsgrundlagen durch.

Herabsetzung des Beitrags

16. Anstelle der Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung können Sie die Höhe der Beiträge reduzieren. Es gelten die in Absatz 1 genannten Termine und Fristen. Der herabgesetzte Beitrag muss mindestens zehn Euro betragen.

17. Im Falle einer Reduzierung der Beiträge verringert sich die versicherte Berufsunfähigkeits- oder Pflegerente beziehungsweise die →Versicherungsdauer. Die herabgesetzte Rente beziehungsweise →Versicherungsdauer berechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. Für die Reduzierung erheben wir einen →Abzug gemäß § 15. Er wird anteilig berechnet.

18. Eine Herabsetzung des Beitrags können Sie nur verlangen, wenn die nach Absatz 14 berechnete BU-Rente mindestens 600 Euro jährlich beträgt. Andernfalls können Sie nur die Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung verlangen.

Wiederanhebung nach Herabsetzung des Beitrags

19. Innerhalb von drei Jahren nach Herabsetzung können Sie ihren Beitrag wieder bis zur Höhe des vor der Herabsetzung vereinbarten Beitrags anheben. Dies gilt nur dann, wenn die →versicherte Person noch nicht berufsunfähig im Sinne von § 2 und, sofern Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit vereinbart sind, arbeitsunfähig im Sinne von § 2 der Besonderen Bedingungen für die Leistung bei Arbeitsunfähigkeit ist. Die verbleibende →Beitragszahlungsdauer muss mindestens noch ein Jahr betragen

20. Innerhalb von sechs Monaten nach Herabsetzung können Sie den Beitrag jederzeit wieder anheben. Nach den sechs Monaten können Sie den Beitrag nur nach positiver Risikoprüfung wieder anheben.

21. Wenn Sie die Wiederanhebung beantragen, führen wir den Vertrag mit dem Beitrag fort, der vor der Herabsetzung vereinbart war. Die BU-Rente nach Wiederanhebung wird nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu berechnet. Falls die BU-Rente niedriger sein sollte, als die Rente vor Herabsetzung, können Sie den Vertrag auch mit der BU-Rente wie sie vor der Herabsetzung vereinbart war, weiterführen. In dem Fall berechnen wir Ihren Beitrag nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu.

22. Die Wiederanhebung erfolgt mit unveränderten Rechnungsgrundlagen.

Rückzahlung der Beiträge

23. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

§ 15 Welchen →Abzug erheben wir bei Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung?

1. Bei Beitragsfreistellung vor dem vereinbarten Ablauf der Versicherung erheben wir einen →Abzug.

2. Den →Abzug berechnen wir aus zwei Teilen:

   - 40 Prozent des Betrags, der für die Bildung der herabgesetzten Leistung nach § 14 zur Verfügung steht
   - neun Prozent der versicherten garantierten jährlichen BU-Rente vor Beitragsfreistellung

   Der →Abzug ist maximal so hoch wie der Betrag, der für die Bildung der herabgesetzten Leistung nach § 14 zur Verfügung steht.

3. Den Eurobetrag des →Abzugs können Sie Ihrem →Versicherungsschein entnehmen.

4. Der →Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den →Abzug aus den folgenden Gründen für angemessen:

   Mit dem →Abzug wird eine negative Veränderung der Risiko- und Ertragslage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen:

   - Veränderung der Risikolage

     Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass die Risikogemeinschaft sich gleichmäßig aus →Versicherungsnehmern mit einem hohen und einem geringeren Risiko zusammensetzt. Da Personen mit einem geringen Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko, schaffen wir mithilfe des →Abzugs einen Ausgleich. Damit entsteht der Risikogemeinschaft durch die vorzeitige Einstellung der Beitragszahlung kein Nachteil.

   - Veränderung der Ertragslage

     Durch die Verrechnung eines Teils der Überschüsse mit den Beiträgen ergibt sich eine Vorleistung auf zukünftige Überschüsse. Diese wird durch den Versichertenbestand zur Verfügung gestellt. Mithilfe des →Abzugs stellen wir bei Beitragsfreistellung hierfür einen Ausgleich her.

   Die Darlegungs- und Beweislast für die Bemessungsgrundlage und die Angemessenheit des →Abzugs liegt bei uns. Wenn Sie uns nachweisen, dass der von uns vorgenommene →Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der →Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

Kosten für den Versicherungsschutz

§ 16 Wie werden die Kosten Ihres Vertrags verrechnet?

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

   Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören die Kosten für die Antragsprüfung und die Provisions- oder Courtagezahlungen an den Vermittler. Außerdem umfassen die Abschluss- und Vertriebskosten zum Beispiel die Kosten für die Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen. Bei den übrigen Kosten handelt es sich um Verwaltungskosten. Hierzu gehören beispielsweise Kosten für die laufende Vertragsverwaltung, für Korrespondenzen oder die Betreuung Ihres Vertrags.

   Die Höhe der einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten können Sie dem Informationsblatt zu Ver-

sicherungsprodukten unter „Prämie; Kosten“ entnehmen. Das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten haben Sie mit den vorvertraglichen Informationen erhalten.

Abschluss- und Vertriebskosten

2. Wir wenden auf Ihren Vertrag das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung an. Das bedeutet: Wir ziehen die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten heran. Dies gilt jedoch nicht für den Teil der ersten Beiträge, der für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen →Versicherungsperiode und aufgrund von gesetzlichen Regelungen für die Bildung einer Deckungsrückstellung bestimmt ist. Bei Kündigung des Versicherungsvertrags steht mindestens der Betrag des →Deckungskapitals zur Verfügung, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Jahre ergibt.

   Bei →Beitragszahlungsdauern unter fünf Jahren werden die Abschluss- und Vertriebskosten auf die tatsächliche →Beitragszahlungsdauer verteilt.

   Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 Prozent der Beiträge beschränkt, die von Ihnen während der Laufzeit des Vertrags zu zahlen sind.

Übrige Kosten (Verwaltungskosten)

3. Die übrigen Kosten verteilen wir über die gesamte Vertragslaufzeit.

4. Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihres Vertrags nur geringe Beiträge zur Bildung der →beitragsfreien BU-Rente vorhanden sind (siehe § 14 Absatz 5 und 6). Nähere Informationen zur →beitragsfreien BU-Rente finden Sie in der Tabelle im →Versicherungsschein.

§ 17 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

1. Falls aus besonderen von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir die entstehenden Kosten gesondert in Rechnung stellen. Dies erfolgt entweder als pauschaler Abgeltungsbetrag oder in Höhe der tatsächlich entstehenden Kosten.

   Dies gilt bei:

   - Rückläufern im Lastschriftverfahren
   - Interne Teilung aufgrund Versorgungsausgleich
   - Ausstellen einer Ersatzurkunde beziehungsweise Ausstellen eines neuen →Versicherungsscheines
   - Abschriften der Erklärungen, die Sie mit Bezug auf Ihren Vertrag abgegeben haben
   - Änderung des →Versicherungsnehmers
   - Abtretungen und Verpfändungen
   - Auszahlungen aus dem →Fondsguthaben und Teilkündigung
   - Beitragsänderung, Beitragspausen (Stundung), Wiederinkraftsetzung
   - Übertragung der Investmentfonds auf ein Depot
   - Umwandlung zur Erlangung eines Pfändungsschutzes
   - Durchführung von sonstigen Vertragsänderungen wie zum Beispiel Schließung von Beitragslücken, Änderung der Laufzeit
   - Postvollmacht.

2. Wir haben uns bei der Bemessung des pauschalen Abgeltungsbetrags an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand orientiert. Wenn Sie uns nachweisen, dass der pauschale Abgeltungsbetrag der Höhe nach wesentlich niedriger anzusetzen ist, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass die dem pauschalen Abgeltungsbetrag zugrundeliegenden Annahmen in Ihrem Fall dem Grunde nach nicht zutreffen, entfällt der Betrag.

Ihre Pflichten, unsere Rechte und Pflichten

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

Vorvertragliche Anzeigepflicht

1. Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in →Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung erheblich sind, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen.

   Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in →Textform stellen.

   Das gilt insbesondere auch für Fragen bezüglich der →versicherten Person nach

   - gegenwärtigen und früheren Erkrankungen
   - gesundheitlichen Störungen und Beschwerden
   - Rauchverhalten
   - der abgeschlossenen Ausbildung
   - der beruflichen Tätigkeit einschließlich deren Ausgestaltung
   - bestehenden, beendeten oder beantragten Versicherungsverträgen
   - Freizeitverhalten
   - der Familiensituation.

2. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.

3. Wird der Vertrag von einem Vertreter des →Versicherungsnehmers geschlossen, sind bei einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung und deren Folgen sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters als auch die des →Versicherungsnehmers zu berücksichtigen. Der →Versicherungsnehmer kann sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch dem →Versicherungsnehmer Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Rechtsfolgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung

4. Nachfolgend informieren wir Sie, unter welchen Voraussetzungen wir bei einer Verletzung der Anzeigepflicht

   - vom Vertrag zurücktreten können
   - den Vertrag kündigen können
   - den Vertrag ändern können
   - den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten können.

Rücktritt

5. Wenn die Anzeigepflicht verletzt wird, können wir vom Vertrag zurücktreten.

   Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, sofern wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Dies müssen Sie uns nachweisen.

6. Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz. Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurücktreten, leisten wir jedoch unter folgender Voraussetzung trotzdem: Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der

   - weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls

- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich

war. Dies müssen Sie uns nachweisen.

Wir sind nicht zur Leistung verpflichtet, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

7. Wenn wir vom Vertrag zurücktreten, erlischt die Versicherung, ohne dass ein →Rückkaufswert fällig wird.

Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

8. Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgt ist. In diesem Fall können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

9. Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, sofern wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände geschlossen hätten, wenn auch zu anderen Bedingungen. Dies müssen Sie uns nachweisen. Wir verzichten auf unser Kündigungsrecht, sofern die Anzeigepflichtverletzung unverschuldet erfolgt ist.

10. Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt er sich in einen beitragsfreien Vertrag nach Maßgabe des § 14 Absatz 4 bis 6 um.

Vertragsanpassung

11. Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände zu anderen Bedingungen geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil.

Die Vertragsanpassung erfolgt in Form einer Beitragserhöhung und/oder Ausschlussklausel. Haben Sie oder die →versicherte Person die Anzeigepflicht schuldhaft verletzt, erfolgt die Anpassung des Vertrags rückwirkend. Haben Sie beziehungsweise die →versicherte Person die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, verzichten wir auf das Recht zur Vertragsanpassung.

12. Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen, wenn

- wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als zehn Prozent erhöhen
- wir den Versicherungsschutz für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

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

Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

13. Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung stehen uns nur zu, wenn wir Sie auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Dies muss durch gesonderte Mitteilung in →Textform erfolgen.

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

15. Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

16. Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch noch innerhalb von zehn Jahren nach Vertragsabschluss geltend machen. Haben Sie oder die →versicherte Person die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist nach Satz 1 zehn Jahre.

Anfechtung

17. Wir können den Vertrag auch anfechten. Voraussetzung ist, dass unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrags durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist. Handelt es sich um Angaben der →versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären. Dies gilt auch, wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Absatz 7 gilt entsprechend. Die Frist für die Anfechtung beträgt ein Jahr. Sie beginnt mit dem Zeitpunkt, in welchem wir von dem Anfechtungsgrund Kenntnis erlangt haben. Die Anfechtung können wir nur innerhalb von zehn Jahren nach Vertragsabschluss ausüben.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

18. Die Absätze 1 bis 17 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert oder wiederhergestellt wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung vorgenommen wird. Die Fristen nach Absatz 16 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung des Vertrags für den geänderten oder wiederhergestellten Teil neu.

Erklärungsempfänger

19. Die Ausübung unserer Rechte erfolgt durch eine schriftliche Erklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist.

20. Auf den Rücktritt, die Kündigung, die Vertragsanpassung oder Anfechtung des Versicherungsvertrags können wir uns auch dritten Berechtigten gegenüber berufen.

§ 19 Was müssen Sie beachten, wenn Sie eine Leistung verlangen (Obliegenheiten)?

1. Sie können eine Leistung aus der Berufsunfähigkeitsversicherung jederzeit beantragen. Es gibt keine Frist, bis zu der Sie den Eintritt der Berufsunfähigkeit melden müssen.

2. Ohne Ihre Mitwirkung und die der →versicherten Person können wir nicht prüfen, ob ein Leistungsanspruch besteht. 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 unter § 22 aufgeführt.

Neben der Feststellung des Versicherungsfalls können wir auch prüfen, ob der Vertrag wirksam abgeschlossen worden ist (siehe auch § 18). Auch insoweit sind Sie verpflichtet mitzuwirken.

Wir unterstützen Sie dabei, die erforderlichen Nachweise zu beschaffen, indem wir Ihnen nach der Anmeldung eines Versicherungsfalls eine Liste der einzureichenden Unterlagen und entsprechende Formulare und Vordrucke zur Verfügung stellen.

Wenn Sie eine Leistung anmelden, müssen Sie uns auf Verlangen folgende Auskünfte erteilen und Unterlagen einreichen, beziehungsweise bei deren Beschaffung mitwirken.

a) Eine Schilderung in →Textform, aufgrund welcher Ursachen die berufliche Tätigkeit nicht mehr ausgeübt werden kann oder eingeschränkt ist.

Anstelle von Ihnen kann diese Schilderung auch ein Dritter abgeben, der zur Auskunftserteilung in der Lage ist (zum Beispiel die vom →Versicherungsnehmer abweichende →versicherte Person, Versicherungsberater, Rechtsanwalt, Versicherungsmakler oder -vermittler sowie Angehörige).

Dazu müssen Sie jede einzelne Ursache angeben und, soweit bekannt, vorliegende Diagnosen dazu, aufgrund derer die berufliche Tätigkeit nicht mehr ausgeübt werden kann oder eingeschränkt ist. Die anzugebenden Ursachen können sich auch auf mehrere Krankheitsbilder oder Verletzungen beziehen.

Über einzelne Ursachen und Diagnosen können Ihnen auch Auskunft geben:

- Ärzte,
- Krankenhäuser oder
- sonstige Personen,

sofern die →versicherte Person dort in medizinischer Behandlung war.

Ferner müssen Sie uns angeben:

- Den Zeitpunkt, an dem erstmals eine gesundheitliche Beeinträchtigung aufgetreten ist, die die weitere Ausübung der beruflichen Tätigkeit der →versicherten Person verhindert oder eingeschränkt hat.
- Den Verlauf der gesundheitlichen Beeinträchtigungen, von den ersten Anzeichen bis heute.

  Darüber hinaus müssen Sie uns schildern, wie sich die gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die berufliche Tätigkeit der →versicherten Person auswirken (zum Beispiel reduzierte Arbeitszeit bis hin zur Aufgabe der Tätigkeit, Einschränkung körperlicher Tätigkeiten, Einschränkung von Bürotätigkeiten).

b) Arztbriefe und ärztliche Berichte derjenigen Ärzte in →Textform, die die →versicherte Person wegen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen behandelt haben oder aktuell behandeln. Die Arztbriefe und ärztlichen Berichte werden nur ab dem in a) genannten Zeitpunkt benötigt.

   Die betreffenden Berichte sollen folgende Informationen enthalten:

- Ursache der gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Nennung jeder einzelnen Ursache, jedes Ereignisses wie zum Beispiel ein Unfallhergang) beziehungsweise jeder Folge eines Ereignisses
- Beginn der Beschwerden sowie der ärztlichen Behandlung (Nennung des Zeitpunktes, an dem sich die →versicherte Person erstmals wegen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung aufgrund der zuvor genannten Ursachen behandeln ließ)
- Diagnosen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen
- 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, ab dem die →versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nicht mehr ausüben konnte oder in der Ausübung eingeschränkt gewesen ist).
- voraussichtliche Dauer der gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Prognose)

c) Eine Beschreibung des beruflichen Tätigkeitsbildes. Diese soll enthalten:

- Die Bezeichnung des Berufs der →versicherten Person, der zuletzt in gesunden Tagen ausgeübt wurde.
- Stellung im Betrieb und den Umfang von Personalverantwortung
- Eine detaillierte Schilderung der beruflichen Tätigkeit der →versicherten Person vor Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Form eines tabellarischen Stundenplans für jeden Arbeitstag in einer typischen durchschnittlichen Arbeitswoche. Dafür benötigen wir folgende Angaben:
  - Art der Ausführung der Einzelverrichtungen (zum Beispiel Körperbelastung durch Heben von schweren Lasten; stehendes Arbeiten; extreme Hitzebelastung). Hierzu gehört zudem die Angabe des Anteils an kaufmännischer Tätigkeit (zum Beispiel Arbeiten am Schreibtisch), reisender Tätigkeit (zum Beispiel Fahrten im Außendienst), körperlicher Tätigkeit (zum Beispiel handwerkliche Tätigkeiten), künstlerischer Tätigkeit (zum Beispiel kreatives Arbeiten)
  - Folgende Angaben zu den Arbeitszeiten:
    - Gesamtarbeitszeit pro Arbeitstag, Arbeitswoche, Arbeitsmonat
    - Beginn und Ende eines Arbeitstages
    - Schichttätigkeit
    - Arbeitspausen.

  Bei selbstständigen Personen sind zusätzlich anzugeben:

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

  Wir unterstützen Sie auf Wunsch bei der Beschreibung des beruflichen Tätigkeitsbildes (vergleiche § 1 Absatz 13).

d) Nachweise über die Höhe des Erwerbseinkommens vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigungen zur Dokumentation der sozialen Stellung der →versicherten Person. Dies sind regelmäßig die Einkommensnachweise oder Einkommensteuerbescheide für längstens drei Jahre vor dem Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Bei selbständigen Personen sind die Jahresabschlüsse für längstens drei Wirtschaftsjahre vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und der letzte vorliegende Einkommensteuerbescheid vorzulegen. Bei freiberuflich tätigen Personen und sonstigen nicht bilanzierungspflichtigen Selbstständigen sind die Einnahme-Überschuss-Rechnungen für längstens drei Kalenderjahre vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und der letzte vorliegende Einkommensteuerbescheid einzureichen.

e) Sofern Sie Leistungsansprüche wegen Pflegebedürftigkeit geltend machen:

- Nachweis über Art und Umfang der erforderlichen Hilfe durch eine andere Person für die folgenden Verrichtungen:
  - Fortbewegung im Zimmer
  - Aufstehen und Zubettgehen
  - An- und Auskleiden
  - Einnehmen von Mahlzeiten
  - Waschen, Kämmen, Rasieren
  - Verrichten der Notdurft
- Nachweis über die Notwendigkeit einer Beaufsichtigung aufgrund seelischer Erkrankung oder geistiger Behinderung
- Nachweis über das Bestehen einer dauernden Bettlägerigkeit
- Bei Vorliegen einer Demenz, ärztlicher Nachweis über den Schweregrad der kognitiven Leistungseinbußen gemäß der Global Deterioration Scale (GDS) nach Reisberg

  Der Nachweis kann durch eine Bescheinigung von der Person oder Einrichtung geführt werden, die mit der Pflege betraut ist.

f) Eine Aufstellung

- aller Ärzte, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die →versicherte Person seit Beginn der gesundheitlichen Beeinträchtigung ab dem unter a) genannten Zeitpunkt in Behandlung war, ist oder – sofern durch bereits fest vereinbarte Termine bekannt – künftig sein wird. Hierfür genügt eine einfache tabellarische Aufstellung mit namentlicher Nennung, Anschrift und Kontaktdaten.
- der Versicherungsgesellschaften bei denen die →versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Berufsunfähigkeit geltend machen könnte.

g) Wir übernehmen die Kosten für die Beschaffung der erforderlichen Nachweise.

h) Neben den unter § 19 geregelten Auskunftspflichten in Zusammenhang mit der Prüfung eines Leistungsanspruchs kann eine weitergehende Auskunftspflicht nach § 25 bestehen.

3. Wir können zusätzlich auf unsere Kosten maximal eine ärztliche Untersuchung je medizinischer Fachrichtung durch von uns beauftragte Ärzte verlangen, um festzustellen, welche Leistungseinschränkungen vorliegen. 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 zu beauftragenden Arzt zu

übermitteln. Ferner ist der Arzt auch uns gegenüber schriftlich von seiner ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden.

Wenn von uns eine ärztliche Untersuchung verlangt wird, gilt Folgendes:

- Alle nachgewiesenen angemessenen Kosten, die der →versicherten Person im Zusammenhang mit der Untersuchung entstehen, werden von uns erstattet. Dies sind insbesondere angemessene Reise- und Unterbringungskosten sowie Verpflegungsaufwand.
- Wenn sich die →versicherte Person im Ausland aufhält, erfolgt die Untersuchung nach Möglichkeit im jeweiligen Aufenthaltsland. Voraussetzung dafür ist, dass ein englisch- oder deutschsprachiger für die Erkrankung zuständiger geeigneter Facharzt mit Gutachtenerfahrung gefunden wird. Wird kein geeigneter Arzt im Aufenthaltsland gefunden, können wir eine Begutachtung in Deutschland verlangen.

4. Das Befolgen von ärztlichen Anordnungen (insbesondere operative Eingriffe) ist nicht Voraussetzung für die Anerkennung von Leistungen. Somit verzichten wir auf die sogenannte Arztanordnungsklausel. Hiervon ausgenommen ist der Einsatz von einfachen Hilfsmitteln des täglichen Lebens. Darunter fallen zum Beispiel das Tragen einer Brille, einer Hörhilfe oder orthopädischer Einlagen. Weiterhin ausgenommen sind einfache und gefahrlose ärztlich verordnete Heilbehandlungen, die mit keinen besonderen Schmerzen verbunden sind. Voraussetzung für diese Ausnahmen ist, dass dadurch eine wesentliche Verbesserung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erwarten ist.

5. Eine schnelle Leistung bei schwerer Krankheit nach § 3 können Sie innerhalb von sechs Monaten nach der ersten Diagnose beantragen.

   Ihrem Antrag müssen Sie einen Bericht eines für das Krankheitsbild zuständigen Facharztes beifügen.

   Der Bericht muss Folgendes enthalten:

   - den Zeitpunkt der ersten Diagnose,
   - eine genaue Beschreibung der Erkrankung und
   - im Falle einer Krebserkrankung den Behandlungsplan sowie die Tumorklassifikation und
   - im Falle eines Herzinfarkts oder eines Sprach-/Seh-/Hör-Verlusts den Befund der Verlaufskontrolle im Abstand von mindestens 14 Tagen nach der Erstdiagnose.

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

1. Wir prüfen das Vorliegen einer bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit sowie gegebenenfalls das Vorliegen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung. Die Prüfung erfolgt anhand der von Ihnen eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen. Nach dieser Prüfung erklären wir in →Textform, ob, in welchem Umfang und ab welchem Zeitpunkt wir eine Leistung anerkennen.

2. Wir informieren Sie über unsere Entscheidung zur Leistungspflicht oder erforderliche weitere Prüfungsschritte beziehungsweise noch fehlende Unterlagen. Unsere Information erfolgt innerhalb von einer Woche, nachdem wir die Unterlagen gemäß § 19 erhalten haben. Über einen Anspruch auf eine schnelle Leistung bei schwerer Krankheit nach § 3 entscheiden wir innerhalb von fünf Arbeitstagen nach Erhalt der erforderlichen Nachweise.

   Fordern wir bei Dritten (Ärzten, Behörden, Versicherungsträgern und so weiter) Auskünfte oder Unterlagen an, informieren wir Sie unter Hinweis auf Ihre Mitwirkungspflichten. Haben wir die Unterlagen nach vier Wochen noch nicht erhalten, werden wir an die Übermittlung erinnern. Gleichzeitig informieren wir Sie über die noch ausstehenden Unterlagen. Werden diese Fristen überschritten, ersetzen wir einen nachgewiesenen Schaden.

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

4. Im Einzelfall kann ein Anerkenntnis einmalig zeitlich begrenzt werden – auf maximal zwölf Monate. Das Anerkenntnis ist bis zum Ablauf der Frist für uns bindend. Verweisung und Nachprüfung sind für die Zeit der Befristung ausgeschlossen.

   Das zeitlich befristete Anerkenntnis werden wir begründen. Folgende Punkte können Gründe für eine Befristung darstellen:

   - Wir konnten die Berufsunfähigkeit zum Beispiel aufgrund fehlender Untersuchungen oder Gutachten noch nicht abschließend feststellen.
   - Wir gehen davon aus, dass die Berufsunfähigkeit nur vorübergehend bestehen wird, da beispielsweise ein Ausheilen der Unfallfolgen oder eine Umorganisation des Betriebes absehbar sind.

   Nach Ablauf der Befristung werden wir prüfen, ob ein weiterer Leistungsanspruch gegeben ist. Sie müssen keinen erneuten Leistungsanspruch geltend machen. Wir übernehmen die Kosten für die Prüfung der Fortdauer des Leistungsanspruchs.

Kostenübernahme für Rechtsberatung nach einer Leistungsablehnung

5. Haben Sie eine Leistung aus der Berufsunfähigkeitsversicherung beantragt und haben wir den Leistungsanspruch abgelehnt, können Sie diese Entscheidung auf unsere Kosten rechtlich überprüfen lassen. Die Kostenerstattung kann für die →versicherte Person nur einmal für die gesamte →Versicherungsdauer in Anspruch genommen werden, auch wenn mehrere Versicherungsverträge bestehen. Sie ist auf 500 Euro begrenzt. Wir übernehmen die nachgewiesenen Kosten für folgende Stellen:

   - zugelassene Versicherungsberater
   - die Landesverbraucherzentralen
   - zugelassene Rechtsanwälte.

6. Haben wir den Vertrag wegen arglistiger Täuschung angefochten, besteht kein Anspruch auf Kostenerstattung. Wir werden jedoch leisten, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Anzeigepflicht nicht arglistig verletzt wurde.

7. Die Rechtsberatung müssen Sie innerhalb von drei Monaten, nachdem Sie unseren Bescheid bezüglich der Ablehnung der Leistung erhalten haben, in Anspruch nehmen.

§ 21 Was gilt nach Anerkennung der Berufsunfähigkeit?

1. Wenn wir unsere Leistungspflicht anerkannt haben, sind wir berechtigt, das Fortbestehen des Anspruchs nachzuprüfen. Das gilt auch, wenn unsere Leistungspflicht gerichtlich festgestellt worden ist. Wir können auch prüfen, ob die →versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von § 2 ausübt. Neu erworbene berufliche Ausbildungen und Fähigkeiten werden berücksichtigt.

2. Zur Nachprüfung können wir jederzeit Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der →versicherten Person verlangen. Die Untersuchungen erfolgen durch von uns beauftragte Ärzte. Die Kosten werden von uns übernommen. Die Bestimmungen des § 19 gelten entsprechend.

Leistungsfreiheit

3. Wir sind leistungsfrei, wenn wir feststellen, dass die in § 1 und § 2 genannten Voraussetzungen der Leistungspflicht entfallen sind. Diese Veränderung legen wir in →Textform dar. Unsere Leistungen können wir mit Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen einstellen. Ab diesem Zeitpunkt müssen Sie die Beiträge wieder zahlen.

§ 22 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten, wenn Sie Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangen?

Wir leisten nicht, solange Sie oder die →versicherte Person eine Mitwirkungspflicht nach § 19 oder § 21 vorsätzlich nicht erfüllen. Wir sind bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht berechtigt, unsere Leistung zu kürzen. Das erfolgt in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis.

Weisen Sie nach, dass die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt worden ist, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen.

Die Ansprüche bleiben auch bestehen, soweit Sie uns nachweisen, dass die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Das gilt nicht, wenn die Mitwirkungspflicht arglistig verletzt wird.

Erfüllen Sie die Mitwirkungspflicht später, leisten wir ab Beginn des Monats, in dem die Mitwirkungspflicht erfüllt wird.

Wir sind nur vollständig oder teilweise leistungsfrei, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in →Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

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

1. Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Das heißt ohne schuldhaftes Zögern. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen. Wir sind berechtigt, eine an Sie zu richtende Erklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift zu senden. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefs als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung auf Ihren Gewerbebetrieb abgeschlossen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben. Eine an Sie zu richtende Erklärung ist beispielsweise das Setzen einer Zahlungsfrist.
2. Bei Änderung Ihres Namens gilt Absatz 1 entsprechend.
3. Wenn Sie sich für längere Zeit im Ausland aufhalten, sollten Sie uns eine im Inland ansässige Person benennen. Dies ist auch in Ihrem Interesse. Die benannte Person müssen Sie bevollmächtigen, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen. Diese Person fungiert dann als Ihr Zustellungsbevollmächtigter.

§ 24 Was gilt, wenn die →versicherte Person ihren Wohnsitz und/oder Arbeitsplatz ins Ausland verlegt?

Der Versicherungsschutz besteht weltweit. Verlegt die →versicherte Person den Wohnsitz nach Vertragsabschluss ins Ausland, hat dies keinen Einfluss auf den Versicherungsschutz. Dies gilt auch für die Verlegung des Arbeitsplatzes.

§ 25 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?

1. Wir können aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sein. In diesem Fall müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen unverzüglich zur Verfügung stellen. Unverzüglich heißt: ohne schuldhaftes Zögern.

   Dies gilt bei Vertragsabschluss, bei Änderung nach Vertragsabschluss oder auf unsere Nachfrage. Wenn dritte Personen Rechte an Ihrem Vertrag haben und deren Status für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist, müssen Sie ebenfalls mitwirken.
2. Notwendige Informationen im Sinne von Absatz 1 sind beispielsweise Umstände, die maßgebend sein können zur Beurteilung von:

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

   Dazu zählen insbesondere die deutsche oder ausländische(n) Steueridentifikationsnummer(n), das Geburtsdatum, der Geburtsort und der Wohnsitz.
3. Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, gilt Folgendes: Bei einer entsprechenden gesetzlichen Verpflichtung melden wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden. Das gilt auch dann, wenn gegebenenfalls keine steuerliche Ansässigkeit im Ausland besteht.
4. Eine Verletzung Ihrer Auskunftspflichten gemäß den Absätzen 1 und 2 kann dazu führen, dass wir unsere Leistung nicht zahlen. Dies gilt solange, bis Sie uns die für die Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt haben.

Leistungsempfänger

§ 26 Wer erhält die Versicherungsleistung?

1. Unsere Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir unwiderruflich an die →versicherte Person.

   Bei Direktversicherungen und Rückdeckungsversicherungen gilt die im Versicherungsantrag getroffene spezielle Verfügung.

Bezugsberechtigung

2. Sie können uns weder widerruflich noch unwiderruflich eine andere Person benennen, die die Leistung erhalten soll.

   Bei Direktversicherungen und Rückdeckungsversicherungen gilt die im Versicherungsantrag getroffene spezielle Verfügung.

Abtretung und Verpfändung

3. Ansprüche auf die BU-Rente können nicht abgetreten oder verpfändet werden. Soweit eine Abtretung oder Verpfändung von Ansprüchen auf Leistungen, die keine BU-Rentenleistungen sind, rechtlich möglich ist, gelten die Ausführungen in Absatz 4.

Anzeige

4. Die Abtretung und Verpfändung (Absatz 3) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn der bisherige Berechtigte uns diese in →Textform angezeigt hat. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie als unser →Versicherungsnehmer. Sind Sie als →Versicherungsnehmer nicht zugleich die →versicherte Person, ist der Berechtigte im Regelfall die →versicherte Person. Es können aber auch andere Personen sein, sofern bereits zuvor Ansprüche abgetreten oder verpfändet wurden.

Auszahlung der Versicherungsleistung

5. Die Auszahlung von Geldleistungen erfolgt ausschließlich per Überweisung.
6. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums trägt die empfangsberechtigte Person die Kosten und die damit verbundene Gefahr.
7. Bei Leistungen in Fondsanteilen hat uns die empfangsberechtigte Person ein Wertpapierdepot mitzuteilen, auf das wir die Anteile übertragen können. Für Kosten und Gefahrtragung gilt Absatz 6 entsprechend.

Sonstiges

§ 27 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet deutsches Recht Anwendung.

§ 28 Wo ist der Gerichtsstand?

1. Für Klagen aus dem Vertrag gegen uns ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk unser Sitz oder die für den Vertrag zuständige Niederlassung liegt. Zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz haben. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.
2. Klagen aus dem Vertrag gegen Sie müssen wir bei dem Gericht erheben, das für Ihren Wohnsitz zuständig ist. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.
3. Verlegen Sie Ihren Wohnsitz ins Ausland, sind für Klagen aus dem Vertrag die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben. Dies gilt auch, wenn Sie den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland verlegen. Ebenso gilt dies, wenn Sie eine juristische Person sind und Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung ins Ausland verlegen.

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

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

Versicherungsombudsmann

2. Wenn Sie Verbraucher sind, können Sie sich an den Ombudsmann für Versicherungen wenden. Diesen erreichen Sie derzeit wie folgt:

   Versicherungsombudsmann e.V.
   Postfach 080632
   10006 Berlin
   Tel.: 0800 3696000
   Fax: 0800 3699000
   E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
   www.versicherungsombudsmann.de

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

3. Wenn Sie Verbraucher sind und diesen Vertrag online (zum Beispiel über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben, können Sie sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform http://ec.europa.eu/consumers/odr/ wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet. Fragen hierzu können auch per E-Mail an uns gestellt werden: info@lv1871.de.

Versicherungsaufsicht

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

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

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

Unser Beschwerdemanagement

5. Unabhängig hiervon können Sie sich jederzeit auch an uns wenden. Unsere interne Beschwerdestelle steht Ihnen hierzu zur Verfügung. Sie erreichen diese derzeit wie folgt:

   Tel.: 089/55167-1150
   E-Mail: beschwerde@lv1871.de

Rechtsweg

6. Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

§ 30 Welche der vorstehenden Bestimmungen können geändert werden?

Bedingungsanpassung

1. Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt zum Beispiel der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) oder der Kartellbehörden für unwirksam erklärt worden, können wir diese nach § 164 VVG durch eine neue Regelung ersetzen. Voraussetzung ist, dass dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist, oder dass das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels Ihre Belange angemessen berücksichtigt. Ein Ersatz durch eine neue Regelung ist auch mit Wirkung für bestehende Verträge möglich.

2. Die neue Regelung nach Absatz 1 wird zwei Wochen, nachdem Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

Beitrags- und Leistungsänderung

3. Wir sind nach § 163 VVG berechtigt, den vereinbarten Beitrag neu festzusetzen, wenn

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

   Eine Neufestsetzung des Beitrags ist insoweit ausgeschlossen

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

   Die Mitwirkung des Treuhänders entfällt, wenn die Neufestsetzung oder die Herabsetzung der Versicherungsleistung der Genehmigung der Aufsichtsbehörde bedarf.

4. Sie können verlangen, dass anstelle einer Erhöhung des Beitrags die Versicherungsleistung entsprechend herabgesetzt wird. Bei einer beitragsfreien Versicherung sind wir unter den Voraussetzungen von Absatz 3 berechtigt, die Versicherungsleistung herabzusetzen.

5. Die Neufestsetzung des Beitrags und die Herabsetzung der Versicherungsleistung werden zu Beginn des zweiten Monats nach unserer Mitteilung wirksam. Wir teilen Ihnen damit die Neufestsetzung oder Herabsetzung und die hierfür maßgeblichen Gründe mit.

Besondere Bedingungen für Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Diese Besonderen Bedingungen ergänzen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Berufsunfähigkeitsversicherung (AVB). Soweit in diesen Besonderen Bedingungen nichts anderes geregelt ist, gelten die AVB.

Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit erbringen wir nur, wenn diese vereinbart wurden. Dies ist in Ihrem →Versicherungsschein dokumentiert. Wird die Arbeitsunfähigkeit in Ihrem →Versicherungsschein nicht erwähnt, haben Sie keine Leistung bei Arbeitsunfähigkeit vereinbart.

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir bei Arbeitsunfähigkeit?

Leistungsumfang

1. Wird die →versicherte Person während der →Versicherungsdauer arbeitsunfähig im Sinne von § 2, erbringen wir die Leistungen gemäß Absatz 2 und 3.

Befreiung von der Beitragszahlungspflicht bei sechswöchiger Arbeitsunfähigkeit

2. Sofern Sie uns Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen gemäß § 5 Absatz 1 und 2 einreichen, aus denen hervorgeht, dass die →versicherte Person seit sechs Wochen arbeitsunfähig ist, befreien wir Sie von der Pflicht, Beiträge zu zahlen.

   Endet die Arbeitsunfähigkeit und tritt innerhalb von sechs Monaten erneut Arbeitsunfähigkeit aufgrund derselben Ursache ein, gilt Folgendes:

   Bei der Ermittlung der Dauer der Arbeitsunfähigkeit werden bereits zurückgelegte Zeiten der Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt.

Rentenzahlung und Befreiung von der Beitragszahlungspflicht bei sechsmonatiger Arbeitsunfähigkeit

3. Sofern Sie uns Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen gemäß § 5 Absatz 1 bis 3 einreichen aus denen hervorgeht, dass

   a) die →versicherte Person seit sechs Monaten ununterbrochen arbeitsunfähig ist oder

   b) die →versicherte Person seit sechs Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig ist und eine fachärztliche Bescheinigung gemäß § 5 Absatz 3 eingereicht wird, nach der die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit mindestens sechs Monate betragen wird,

   befreien wir Sie von der Pflicht, Beiträge zu zahlen und erbringen die vereinbarte Rente.

   Wie lange wir die Leistung erbringen, ist in den Absätzen 7 bis 11 geregelt.

4. Haben Sie eine →Karenzzeit vereinbart, gilt für den Anspruch auf die Rente Folgendes:

   Die →versicherte Person muss während der →Karenzzeit ununterbrochen berufsunfähig oder arbeitsunfähig gewesen sein und dies bei deren Ablauf weiterhin sein. Nur für die Zeit nach dem Ablauftermin erbringen wir die vereinbarte Rente.

   Wann Arbeitsunfähigkeit vorliegt, ist in § 2 festgelegt. Wann Berufsunfähigkeit vorliegt, ist in § 2 der AVB festgelegt.

   Endet die Arbeitsunfähigkeit beziehungsweise Berufsunfähigkeit und tritt innerhalb von 24 Monaten erneut Arbeitsunfähigkeit oder Berufsunfähigkeit aufgrund derselben Ursache ein, werden bereits zurückgelegte →Karenzzeiten berücksichtigt.

5. Der Anspruch auf Wiedereingliederungshilfe gemäß § 1 Absatz 14 der AVB besteht nicht, wenn wir allein wegen Arbeitsunfähigkeit Leistungen erbracht haben.

6. Soweit in Ihrem →Versicherungsschein geregelt ist, dass bestimmte Ursachen und Umstände bei der Ermittlung der Berufsunfähigkeit nicht berücksichtigt werden (Ausschlussklausel), so gilt dies auch bei Arbeitsunfähigkeit.

→Leistungsdauer

7. Die Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit erbringen wir, solange die folgenden Punkte erfüllt sind:

   - Die →versicherte Person ist ununterbrochen arbeitsunfähig gemäß § 2.
   - Die →Leistungsdauer der BU-Versicherung ist nicht abgelaufen.
   - Die maximale →Leistungsdauer bei Arbeitsunfähigkeit gemäß Absatz 10 ist nicht abgelaufen.
   - Die →versicherte Person lebt.

   Die Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit enden mit Ablauf des Monats, in dem einer der vorgenannten Punkte weggefallen ist.

   Die Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit entfallen auch dann, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erbracht werden. Werden die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit rückwirkend erbracht, entfallen die Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit ebenfalls rückwirkend.

8. Nicht als Unterbrechung gelten:

   - Arbeitsversuche im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung.
   - Arbeitsversuche im Rahmen einer Umschulung. Die Umschulung muss durch den zuständigen Sozialversicherungsträger als Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben bewilligt worden sein.

9. Die Befreiung von der Beitragszahlungspflicht gemäß Absatz 2 oder 3 ist bei Vorliegen der Voraussetzungen zeitlich nicht begrenzt.

10. Die vereinbarte Rente bei Arbeitsunfähigkeit gemäß Absatz 3 erbringen wir für maximal 24 Monate. Vor Ablauf der 24 Monate weisen wir Sie rechtzeitig darauf hin, wann die Leistung bei Arbeitsunfähigkeit endet. Stellen Sie spätestens drei Monate vor Ablauf der →Leistungsdauer einen Antrag auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, verlängert sich die →Leistungsdauer bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht, maximal jedoch auf insgesamt 36 Monate.

    Wenn die →versicherte Person mehrfach arbeitsunfähig ist, gilt die maximale →Leistungsdauer für alle Arbeitsunfähigkeiten zusammen.

11. Haben Sie eine →Karenzzeit vereinbart, verkürzt sich die maximale →Leistungsdauer für die Rente um diejenigen Monate der →Karenzzeit, in denen Arbeitsunfähigkeit, jedoch keine Berufsunfähigkeit vorlag.

§ 2 Was ist Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

1. Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn für die →versicherte Person Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen gemäß § 5 Absatz 1 bis 3 ausgestellt wurden.

2. Arbeitsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn von anderer Seite ein Nachprüfungsverfahren die Arbeitsunfähigkeit nicht bestätigt hat. Dies kann in Form einer amts- beziehungsweise schulärztlichen Bescheinigung oder eines Gutachtens der Krankenversicherung erfolgen.

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

1. Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Arbeitsunfähigkeit gekommen ist.

2. Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn die Arbeitsunfähigkeit verursacht ist:

   a) durch folgende von der →versicherten Person vorgenommene Handlungen

   - vorsätzliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall
   - vorsätzliche Selbstverletzung

   Wir werden jedoch leisten, wenn uns nachgewiesen wird, dass die →versicherte Person diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat.

   b) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als →Versicherungsnehmer vorsätzlich die Arbeitsunfähigkeit der →versicherten Person herbeigeführt haben.

   c) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen schädigen. Dabei muss zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Behörde tätig geworden sein.

   d) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse. Wir werden jedoch leisten, wenn die →versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen arbeitsunfähig wird, denen sie außerhalb Deutschlands ausgesetzt war. Dies gilt nur, wenn die →versicherte Person an den kriegerischen Ereignissen nicht aktiv beteiligt war.

   e) unmittelbar oder mittelbar durch

   - den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen
   - den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen

   Durch diesen Einsatz oder die Freisetzung muss die Gesundheit einer Vielzahl von Personen geschädigt werden. Dabei muss der Einsatz oder das Freisetzen zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führen, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist. Dies muss von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt werden.

§ 4 Wann entsteht der Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit?

1. Sie können Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit frühestens beantragen, wenn die →versicherte Person seit sechs Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig ist.

2. Stellen Sie einen Antrag, befreien wir Sie ab Beginn des darauffolgenden Monats von der Pflicht, Beiträge zu zahlen. Voraussetzung ist, dass Sie mit dem Antrag Bescheinigungen gemäß § 5 Absatz 1 und 2 für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens sechs Wochen einreichen. Endet die Arbeitsunfähigkeit vor Ablauf von sechs Monaten, müssen Sie zum folgenden Monatsende die Beiträge wieder zahlen.

3. Reichen Sie Bescheinigungen gemäß § 5 für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens sechs Monaten ein, gilt Folgendes:

   - Wir zahlen die vereinbarte Rente.
   - Wir befreien Sie von der Pflicht, Beiträge zu zahlen.

   Der sechsmonatige Zeitraum muss dabei nicht komplett in der Vergangenheit liegen. Eine fachärztliche Prognose (vergleiche § 1 Absatz 3b)) ist ausreichend.

   Der Anspruch auf Leistung besteht rückwirkend ab dem Monatsersten nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

4. Stellen Sie den Antrag spätestens drei Monate nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit, gilt Folgendes:

   - Wir befreien Sie von der Pflicht, Beiträge zu zahlen gemäß Absatz 2 rückwirkend zum Ablauf des Monats, in dem die sechste Woche der Arbeitsunfähigkeit endet.
   - Wir sichern eine rückwirkende Auszahlung der Leistungen gemäß Absatz 3 innerhalb von einer Woche zu, nachdem alle erforderlichen Bescheinigungen für den gesamten Zeitraum von sechs Monaten bei uns eingegangen sind.

5. Die Regelungen zu zeitlich befristeten Anerkenntnissen gemäß § 20 Absatz 4 der AVB gelten nicht für Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit.

§ 5 Was müssen Sie beachten, wenn Sie Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit verlangen (Obliegenheiten)?

1. Wird eine Leistung wegen Arbeitsunfähigkeit beansprucht, sind uns unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:

   a) Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen entsprechend der in Deutschland gültigen gesetzlichen Bestimmungen und Richtlinien der Krankenkassen. Diese benötigen wir, wenn für die →versicherte Person eines der folgenden Kriterien gilt:

   - Es besteht ein gesetzlicher Anspruch auf Entgeltfortzahlung.
   - Es besteht ein Anspruch auf Krankengeld.
   - Es besteht eine Anzeigepflicht der Arbeitsunfähigkeit gegenüber der Agentur für Arbeit.

   b) Entsprechende privatärztliche Atteste, falls für die →versicherte Person keines der Kriterien aus Absatz 1 a) gilt. Hierunter fallen zum Beispiel Selbstständige ohne gesetzlichen Krankengeldanspruch oder nicht erwerbstätige Personen. Zu den entsprechenden privatärztlichen Attesten zählen zum Beispiel:

   - Bescheinigungen zur Beantragung von Krankentagegeld
   - Dienstunfähigkeitsbescheinigungen
   - Bescheinigungen zur Beurlaubung vom Unterricht aus gesundheitlichen Gründen

   c) Soweit vorliegend, amts- beziehungsweise schulärztliche Bescheinigungen sowie Gutachten der Krankenversicherung.

   Kosten, die hierdurch entstehen, muss der Ansprucherhebende tragen.

2. Die Bescheinigungen müssen von einem zugelassenen und praktizierenden Arzt ausgestellt worden sein. Praktiziert der Arzt nicht in dem Land, in dem die →versicherte Person ihren Wohnsitz oder ihren Arbeitsplatz hat, behalten wir uns vor, eine Bescheinigung durch einen unabhängigen, dort praktizierenden Arzt zu verlangen.

3. Mindestens eine der Bescheinigungen muss von einem für die Erkrankung zuständigen Facharzt ausgestellt worden sein. Sie muss Angaben zu Beginn und voraussichtlicher Dauer der Arbeitsunfähigkeit sowie zu der beziehungsweise den zugrundeliegenden Diagnosen enthalten. Diese müssen den Bestimmungen und Richtlinien der Krankenkassen entsprechen, die aktuell in Deutschland gültig sind (Diagnoseschlüssel der jeweils geltenden internationalen Klassifikation – ICD).

4. Wenn Sie Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit beantragen, müssen Sie nicht gleichzeitig Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragen.

§ 6 Was gilt für die Nachprüfung der Arbeitsunfähigkeit?

1. Solange wir Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit erbringen, sind wir berechtigt zu prüfen, ob die Leistungsvoraussetzungen noch vorliegen. Dazu können wir verlangen, dass uns Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen gemäß § 5 Absatz 1 und 2 eingereicht werden.

2. Sie müssen uns unverzüglich informieren, wenn keine Arbeitsunfähigkeit mehr vorliegt. Dies gilt, wenn Sie Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit beziehen oder einen Antrag hierauf gestellt haben.

Besondere Bedingungen bei Einschluss des Pflegepakets

Diese Besonderen Bedingungen ergänzen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Berufsunfähigkeitsversicherung (AVB). Soweit in diesen Besonderen Bedingungen nichts anderes geregelt ist, gelten die AVB.

Leistungen bei Pflegebedürftigkeit im Rahmen dieser Besonderen Bedingungen erbringen wir nur, wenn diese vereinbart wurden. Dies ist in Ihrem →Versicherungsschein dokumentiert. Wird das Pflegepaket in Ihrem →Versicherungsschein nicht erwähnt, haben Sie keine Leistungen bei Pflegebedürftigkeit im Rahmen des Pflegepakets vereinbart.

§ 1 Was ist im Rahmen des Pflegepakets versichert?

Das Pflegepaket besteht aus drei Komponenten:

- Pflegebasisschutz (§ 2)
- Pflege-Plus-Option (§ 3)
- Pflegebeitragsbefreiung (§ 4)

§ 2 Was gilt für den Pflegebasisschutz?

1. Wird die →versicherte Person während der →Versicherungsdauer der BU-Versicherung pflegebedürftig im Sinne von § 2 Absatz 9 der AVB, zahlen wir die vereinbarte Pflegerente. Diese Leistung wird zusätzlich zu einer nach § 1 der AVB fälligen BU-Rente erbracht.

2. Haben Sie eine →Karenzzeit für die BU-Versicherung vereinbart, entfällt diese, soweit Leistungen des Pflegebasisschutzes betroffen sind.

3. Haben Sie eine garantierte Rentenerhöhung im Leistungsfall für die BU-Versicherung vereinbart, gilt diese auch für die Rentenleistung aus dem Pflegebasisschutz.

4. Der Anspruch auf die Pflegerente erlischt, wenn

   - Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 2 Absatz 9 der AVB vor Ablauf der →Versicherungsdauer der BU-Versicherung nicht mehr vorliegt
   - die →versicherte Person stirbt

§ 3 Was gilt für die Pflege-Plus-Option?

Voraussetzungen

1. Sie haben das Recht, für die →versicherte Person der BU-Versicherung einmalig eine Anschluss-Pflegerentenversicherung zu vereinbaren (Pflege-Plus-Option). Eine erneute Gesundheitsprüfung ist nicht erforderlich.

Ausüben können Sie das Recht auf die Pflege-Plus-Option:

- frühestens zehn Jahre nach Versicherungsbeginn
- spätestens zum Ende der →Versicherungsdauer der BU-Versicherung
- wenn Sie keine Leistungen im Rahmen des Pflegebasisschutzes beziehen

Ausübung der Pflege-Plus-Option

2. Üben Sie die Pflege-Plus-Option aus, erhalten Sie eine selbstständige Anschluss-Pflegerentenversicherung bei der Lebensversicherung von 1871 a. G. München. Diese Versicherung beginnt an einem Monatsersten, spätestens drei Monate nach Ihrer Mitteilung zur Ausübung der Pflege-Plus-Option. Diese Mitteilung bedarf der →Textform. Mit Versicherungsbeginn erlischt der Pflegebasisschutz nach § 2.

   Ab diesem Zeitpunkt verringert sich Ihr Beitrag zur BU-Versicherung. Der Beitrag zur Anschluss-Pflegerentenversicherung kommt neu hinzu.

3. Üben Sie die Pflege-Plus-Option aus, berechnen wir den Beitrag zur Anschluss-Pflegerentenversicherung mit den dann gültigen Rechnungsgrundlagen. Ein vereinbarter Zuschlag für das Pflegepaket gilt auch für die Anschluss-Pflegerentenversicherung.

Leistungen der Anschluss-Pflegerentenversicherung

4. Wird die →versicherte Person während der Dauer der Anschluss-Pflegerentenversicherung pflegebedürftig im Sinne von § 2 Absatz 9 der AVB, zahlen wir die vereinbarte Pflegerente und befreien Sie von der Pflicht, Beiträge zu zahlen. Der Versicherungsschutz aus der Anschluss-Pflegerentenversicherung besteht lebenslang.

Höhe der Anschluss-Pflegerentenversicherung

5. Sie können die Pflegerente höchstens in der Höhe vereinbaren, die für den Pflegebasisschutz nach § 2 vereinbart war. Maßgeblich ist der Zeitpunkt der Ausübung der Pflege-Plus-Option. Die Höhe der Pflegerente ist auf maximal 2.000 Euro monatlich begrenzt.

Fortsetzung als Anschluss-Pflegerentenversicherung bei Ablauf der →Versicherungsdauer

6. Sie erhalten spätestens drei Monate vor Ablauf der →Versicherungsdauer der BU-Versicherung ein Angebot zu einer selbstständigen Anschluss-Pflegerentenversicherung. Der Beitrag für diese Versicherung entspricht dem zuletzt gezahlten Beitrag, jedoch maximal dem Beitrag, der für eine Pflegerente von 2.000 Euro monatlich erforderlich ist. Voraussetzung ist, dass Sie zu diesem Zeitpunkt Beiträge zur BU-Versicherung zahlen. Der Versicherungsbeginn ist der Monatserste, der auf den Ablauf der BU-Versicherung folgt.

   Ist die Höhe der Pflegerente unseres Angebots niedriger als die Höchstgrenze nach Absatz 5, können Sie Ihren Versicherungsschutz bis zu dieser Höchstgrenze vereinbaren. Hierfür ist dann ein höherer Beitrag zu entrichten.

7. Sie können unser Angebot zu der Anschluss-Pflegerentenversicherung innerhalb von 60 Tagen nach Zustellung annehmen. Danach halten wir uns an das Angebot nicht mehr gebunden.

Nichtausübung der Pflege-Plus-Option

8. Üben Sie die Pflege-Plus-Option nicht aus, besteht hieraus kein Anspruch auf eine Rückzahlung der Beiträge.

§ 4 Was gilt für die Pflegebeitragsbefreiung?

1. Sind Sie wegen Berufsunfähigkeit von der Beitragszahlungspflicht gemäß § 1 der AVB befreit, gilt dies ebenfalls für die Beiträge des Pflegepakets.

2. Haben Sie Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit vereinbart und sind Sie wegen Arbeitsunfähigkeit von der Beitragszahlungspflicht gemäß § 1 der Besonderen Bedingungen für Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit befreit, gilt dies ebenfalls für die Beiträge des Pflegepakets.

§ 5 Wie ist das Verhältnis zur Berufsunfähigkeitsversicherung und was gilt bei Kündigung und Beitragsfreistellung?

1. Das Pflegepaket bildet mit der BU-Versicherung eine Einheit. Es kann ohne die BU-Versicherung nicht fortgesetzt werden. Wenn der Versicherungsschutz aus der BU-Versicherung endet, erlischt auch das Pflegepaket.

Kündigung oder Beitragsfreistellung der BU-Versicherung

2. Kündigen Sie die BU-Versicherung, erlischt auch der Versicherungsschutz aus dem Pflegepaket.

3. Mit Beitragsfreistellung der BU-Versicherung wird auch das Pflegepaket beitragsfrei gestellt. Das Verhältnis zwischen der BU-Rente und der Pflegerente wird nicht verändert. Die beitragsfreie Pflegerente errechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. Der Betrag, der aus dem Pflegepaket für die Bildung der beitragsfreien Rente zur Verfügung steht, mindert sich um einen als angemessen angesehenen →Abzug. Der →Abzug beträgt 35 Prozent des Betrags, der für die Bildung der herabgesetzten Leistung zur Verfügung steht (vergleiche auch §§ 14 und 15 AVB). Die konkrete Höhe des →Abzugs können Sie Ihrem →Versicherungsschein entnehmen.

   Die Pflege-Plus-Option erlischt.

Alleinige Kündigung oder Beitragsfreistellung des Pflegepakets

4. Sie können das Pflegepaket jederzeit zum Schluss der laufenden →Versicherungsperiode in →Textform kündigen. Mit Kündigung erlischt der Anspruch auf Leistungen dieser Besonderen Bedingungen. Es wird kein →Rückkaufswert fällig. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

5. Das Pflegepaket kann nicht alleine beitragsfrei gestellt werden.

6. Im Falle der Beendigung oder der Beitragsfreistellung des Pflegepakets nach den Absätzen 1 bis 4 bleiben Ansprüche aufgrund bereits zuvor eingetretener Pflegebedürftigkeit unberührt.

§ 6 Was gilt bei Nachversicherung der Berufsunfähigkeitsversicherung?

Erhöht sich die Gesamt-BU-Rente im Rahmen der Nachversicherung, erhöht sich der Pflegebasisschutz im gleichen Verhältnis.

Besondere Bedingungen bei Ausübung der MeinPlan Kids BU-Option mit Pflegeschutz und der BU-Option zur Golden IV

Diese Besonderen Bedingungen ergänzen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Berufsunfähigkeitsversicherung (AVB). Sie gelten für den Fall, dass Sie von der MeinPlan Kids BU-Option mit Pflegeschutz oder der BU-Option zur Golden IV Gebrauch gemacht haben und eine selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung ohne Risikoprüfung abgeschlossen haben. Soweit in diesen Besonderen Bedingungen nichts Anderes geregelt ist, gelten die AVB.

§ 1 Erhöhung der jährlichen BU-Rente

Für die selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung ohne Risikoprüfung aus der MeinPlan Kids BU-Option mit Pflegeschutz gelten folgende Erhöhungsmöglichkeiten:

- Bei Abschluss der selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung innerhalb eines halben Jahres nach Vollendung des zehnten Lebensjahresdarf die versicherte jährliche BU-Rente ohne erneute Risikoprüfung um maximal 6.000 Euro erhöht werden, wenn
  - die →versicherte Person erstmalig eine Berufsausbildung oder ein Hochschulstudium aufnimmt und
  - nicht vorher eine unbefristete oder mindestens auf sechs Monate befristete Erwerbstätigkeit – angestellt oder selbstständig – ausgeübt hat.

Die Erhöhung ist nur zu dem Ereignis möglich, das zuerst eintritt.

- Bei Eintritt in das Berufsleben, sofern die →versicherte Person eine unbefristete oder mindestens auf sechs Monate befristete Erwerbstätigkeit – angestellt oder selbstständig – aufnimmt, kann die versicherte jährliche BU-Rente der selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung ohne erneute Risikoprüfung um maximal 6.000 Euro erhöht werden. Diese Erhöhungsmöglichkeit besteht unabhängig vom Alter der →versicherten Person bei Abschluss der selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung.

  Wurde bereits eine Erhöhung bei Aufnahme einer Berufsausbildung oder eines Hochschulstudiums vorgenommen, dürfen die beiden Erhöhungen zusammen 6.000 Euro nicht überschreiten. Diese Beschränkung entfällt, wenn nach Abschluss eines Hochschulstudiums ein akademischer Beruf aufgenommen wird, der dieses Studium typischerweise voraussetzt.

Die Erhöhung der versicherten BU-Rente muss jeweils innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt des jeweiligen Ereignisses beantragt werden. Wenn Sie eine Erhöhung beantragen, müssen Sie uns den Nachweis zum betreffenden Ereignis erbringen.

Verpasste Erhöhungsmöglichkeiten können nicht nachgeholt werden.

Diese Erhöhungsmöglichkeiten gelten nicht, wenn der Vertrag durch Ausübung der BU-Option zur Golden IV zustande gekommen ist.

§ 2 Nachversicherung

1. Ereignisabhängige Nachversicherung

Abweichend zu § 8 Absatz 1 a) der AVB gilt bei Nachversicherung folgendes:

Sie haben das Recht, die versicherte jährliche BU-Rente der selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung bei nachfolgend genannten Ereignissen ohne erneute Risikoprüfung um jeweils maximal 3.000 Euro zu erhöhen:

- Heirat oder Scheidung,
- Geburt oder Adoption eines Kindes,
- Genehmigung zum Bau eines selbst genutzten Hauses oder Erwerb von selbst genutztem Wohneigentum jeweils mit einem Darlehen von mindestens 100.000 Euro,
- erstmaliges Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) mit dem Jahresgehalt am Ende eines Kalenderjahres; maßgeblich ist die BBG der allgemeinen Rentenversicherung des Bundeslandes, in dem die →versicherte Person ihren Arbeitsplatz hat.

Die Erhöhungen aus diesen Ereignissen dürfen über die gesamte Vertragslaufzeit insgesamt 6.000 Euro jährlich nicht überschreiten.

Die Erhöhung der versicherten BU-Rente muss jeweils innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt des jeweiligen Ereignisses beantragt werden.

Die Möglichkeit einer ereignisunabhängigen Nachversicherung gemäß § 8 Absatz 1 a) der AVB entfällt.

2. Höhe der nachzuversichernden jährlichen BU-Rente

Abweichend zu § 8 Absatz 1 c) der AVB gilt für die Nachversicherung folgendes:

Die Gesamt-Berufsunfähigkeitsrente (Gesamt-BU-Rente) darf zusammen mit allen anderen für dieselbe →versicherte Person bei der LV 1871 oder anderen Lebensversicherungen bestehenden oder beantragten Berufsunfähigkeitsrenten 60 Prozent des →regelmäßigen Bruttoeinkommens nicht übersteigen. Für Berufe, für die nach unseren Annahmerichtlinien Höchstgrenzen für die versicherbare Jahresrente gelten, darf die Gesamt-BU-Rente durch Nachversicherung nur bis zu dieser Höchstgrenze aufgestockt werden.

Beantragen Sie eine Nachversicherung, muss die nachzuversichernde jährliche BU-Rente mindestens 600 Euro betragen. Die Erhöhung der Rente darf jeweils maximal 3.000 Euro jährlich betragen.

§ 3 Weitere Bestimmungen zu den Erhöhungsmöglichkeiten

Für die Erhöhungs- oder Nachversicherungsmöglichkeiten nach den §§ 1 und 2 dieser Besonderen Bedingungen gelten insbesondere die Rechnungsgrundlagen und Versicherungsbedingungen zum Zeitpunkt des Abschlusses der selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung.

Soweit zusätzliche Vereinbarungen getroffen wurden, gelten diese auch für die Erhöhungs- oder Nachversicherungsmöglichkeiten.

§ 4 Weitere Bestimmungen zum Versicherungsumfang

1. Beteiligung an Investmentfonds

Abweichend zu § 6 der AVB ist eine Beteiligung an Investmentfonds für die selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung ohne Risikoprüfung aus der MeinPlan Kids BU-Option mit Pflegeschutz oder der BU-Option zur Golden IV nicht möglich. Ein entsprechender Tarif kann somit nicht vereinbart werden.

2. Lebenslange BU-Rente

Abweichend zu § 1 Absatz 2 der AVB kann die lebenslange Leistung nicht vereinbart werden.

3. Zukunftsgarantie

Abweichend zu § 8 Absatz 2 b) der AVB gilt Folgendes:

Sie haben das Recht, innerhalb von zwölf Monaten nach

- einem Wechsel der Schulform,
- einer Versetzung in die gymnasiale Oberstufe,
- dem erstmaligen Beginn eines Studiums oder einer Berufsausbildung,
- Abschluss eines Studiums beziehungsweise einer Ausbildung und Aufnahme einer entsprechenden Tätigkeit

Ihre Berufseinstufung überprüfen zu lassen. Eine Beitragserhöhung ist dabei ausgeschlossen. Wir nehmen keine erneute Risikoprüfung vor.

Abweichend zu § 8 Absatz 2 c) der AVB gilt Folgendes:

Nimmt die →versicherte Person bei Eintritt in das Berufsleben eine unbefristete oder mindestens auf sechs Monate befristete Erwerbstätigkeit – angestellt oder selbstständig – auf, können Sie eine →Beitragsdynamik von maximal drei Prozent einschließen. Es können alle Dynamikmodelle gewählt werden, die nach unseren Annahmerichtlinien für den dann ausgeübten Beruf zulässig sind. Den Einschluss der →Dynamik müssen Sie innerhalb von sechs Monaten nach dem Eintritt in das Berufsleben beantragen.

Die Möglichkeit der Nachversicherung gemäß § 8 Absatz 2 d) der AVB entfällt, an deren Stelle treten die Erhöhungsmöglichkeiten gemäß § 1 dieser Besonderen Bedingungen.

Die Möglichkeit der Überprüfung bestehender Ausschlussklauseln gemäß § 8 Absatz 2 e) der AVB entfällt.

4. Karrieregarantie

Erhöhungen der BU-Rente gemäß der Karrieregarantie für Berufstätige (vergleiche § 8 Absatz 3 AVB) sind nicht möglich.

5. Erneute Risikoprüfung

Die Einschränkungen dieser Besonderen Bedingungen entfallen nachträglich, wenn für die →versicherte Person eine erneute Risikoprüfung durchgeführt wird.