münchener verein
Zukunft. In besten Händen.

Ausgabe SBU 2025/1

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Als Bestandteil der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gilt ergänzend zum Teil I: Allgemeine Bestimmungen für den von Ihnen gewählten Tarif der

Teil II: Tarifbedingungen für die selbständige Berufsunfähigkeits-Versicherung nach den Tarifen 54 und 56 (Deutsche Handwerker BerufsunfähigkeitsVersicherung)

Inhaltsübersicht:

§ 1 Was ist versichert? ... 1
§ 2 Welche Optionen können zu Vertragsbeginn vereinbart werden? ... 2
§ 3 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen? ... 3
§ 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen? ... 5
§ 5 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden? ... 5
§ 6 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab? ... 6
§ 7 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit? ... 6
§ 8 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit? ... 6
§ 9 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen? ... 6
§ 10 Wie sind Sie an den Überschüssen beteiligt? ... 7
§ 11 Welche Besonderheiten gelten bei einer Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht? ... 8
§ 12 Welche Möglichkeiten haben Sie im Fall von Zahlungsschwierigkeiten? ... 8
§ 13 Was gilt für Abtretung und Verpfändung? ... 8
§ 14 Welche Gestaltungsmöglichkeiten ohne erneute Gesundheitsprüfung haben Sie nach Versicherungsbeginn? ... 8
§ 15 Was ist ein Unfall und was ist ein Arbeitsunfall im Sinne dieser Bedingungen? ... 10
§ 16 In welchen Fällen ist der Anspruch auf zusätzliche Leistung bei Berufsunfähigkeit durch Arbeitsunfall ausgeschlossen? ... 10
§ 17 Welche Besonderheiten gelten bei Abschluss einer Direktversicherung? ... 11
§ 18 Welche Besonderheiten gelten bei Einschluss einer dynamischen Anpassung der Beiträge? ... 11
§ 19 Was gilt für die Soforthilfe bei schweren Krankheiten? ... 11
Anhang zu den Versicherungsbedingungen ... 14
Informationen zur Kündigung und Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung ... 14
Erklärungen von Fachbegriffen ... 15

§ 1 Was ist versichert?

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

a) volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die Berufsunfähigkeitsversicherung;

b) Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente. Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus.

Endet der Anspruch auf Rente, weil Berufsfähigkeit wieder gegeben ist, haben Sie Anspruch auf eine Wiedereingliederungshilfe in Höhe von 6 Monatsrenten - höchstens jedoch 10.000 Euro - sofern die Berufsunfähigkeit 3 Jahre ununterbrochen angedauert hat und die restliche Leistungsdauer mindestens 5 Jahre beträgt. Bei der Berechnung der Wiedereingliederungshilfe wird die Höhe der zuletzt bezogenen Berufsunfähigkeitsrente ohne Berücksichtigung der Überschussbeteiligung zugrunde gelegt.

Tritt innerhalb eines Jahres nach einer beendeten Berufsunfähigkeit erneut Berufsunfähigkeit - gleich aus welcher Ursache - ein, entfällt der Anspruch auf Wiedereingliederungshilfe rückwirkend. Eine bereits gezahlte Wiedereingliederungshilfe wird mit den dann fälligen Renten verrechnet. Die Wiedereingliederungshilfe kann während der Dauer der Berufsunfähigkeitsversicherung nur einmal in Anspruch genommen werden.

c) Auszahlung eines einmaligen Kapitals in Höhe von zwei Monatsrenten als zusätzliche Leistung, sofern die versicherte Person durch einen Arbeitsunfall im Sinne dieser Bedingungen (vgl. §§ 15, 16) berufsunfähig wird (Arbeitsunfall-Sofortleistung). Voraussetzung hierfür ist, dass sich der Arbeitsunfall während der Versicherungsdauer ereignet hat. Zudem müssen Sie die Berufsunfähigkeit innerhalb eines Jahres nach dem Arbeitsunfall angezeigt haben. Ist die versicherte Person vor dem Arbeitsunfall bereits infolge anderer Ursachen berufsunfähig geworden, haben Sie keinen Anspruch auf die Auszahlung des einmaligen Kapitals. Der Anspruch ist auch ausgeschlossen, wenn Sie die Versicherung beitragsfrei gestellt haben.

MÜNCHENER VEREIN Lebensversicherung AG, Sitz München, HRB 211154, AG München
Direktion: Pettenkoferstraße 19, 80336 München, Tel. 089/5152-1000, Fax 089/5152-1501, info@muenchener-verein.de, www.muenchener-verein.de

d) Auszahlung eines einmaligen Kapitals in Höhe von zwei Monatsrenten als zusätzliche Leistung, sofern die versicherte Person anlässlich einer ehrenamtlichen Tätigkeit infolge Unfall im Sinne dieser Bedingungen (vgl. § 15 Absatz 1) berufsunfähig wird (Ehrenamt-Unfallleistung). Eine ehrenamtliche Tätigkeit ist jede unentgeltliche Tätigkeit für eine offiziell registrierte oder ins Vereinsregister eingetragene gemeinnützige Organisation oder Nichtregierungsorganisation mit sozialem, kulturellem oder breitensportlichem Auftrag. Die Tatsache der ehrenamtlichen Tätigkeit sowie Art und Inhalt dieser Tätigkeit im Zeitpunkt des Unfalls sind mittels Bescheinigung der Institution oder des Vereins nachzuweisen. Diese Bescheinigung ist von einem der im Vereinsregister eingetragenen oder in sonstiger Weise öffentlich bekannt gemachten Vorstände oder Repräsentanten zu unterzeichnen. Der Unfallhergang ist in Schriftform zu schildern. Ist die versicherte Person vor dem Unfall bereits infolge anderer Ursachen berufsunfähig geworden, haben Sie keinen Anspruch auf die Auszahlung des einmaligen Kapitals. Der Anspruch ist auch ausgeschlossen, wenn Sie die Versicherung beitragsfrei gestellt haben.

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

(2) Wird die versicherte Person während der Dauer dieser Versicherung infolge Pflegebedürftigkeit (vgl. § 3 Absatz 4 - 6) berufsunfähig, erbringen wir unabhängig vom Grad der Berufsunfähigkeit die Leistungen gemäß Absatz 1.

(3) Der Leistungsanspruch entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Liegt zur Zeit unserer Entscheidung über die Leistungspflicht keine Berufsunfähigkeit mehr vor, besteht ein Anspruch auf Leistung nur für die Dauer der Berufsunfähigkeit. Eine Meldefrist besteht zwar nicht. Die frühzeitige Anzeige des Versicherungsfalls erleichtert jedoch die Prüfung Ihrer Ansprüche und verringert bzw. vermeidet mögliche Schwierigkeiten bei dessen Feststellung.

(4) Der Leistungsanspruch erlischt, wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % bzw. der Umfang der Pflegebedürftigkeit unter das in § 3 Absatz 6 bestimmte Mindestmaß sinkt, wenn die versicherte Person stirbt oder bei Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer.

(5) Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht sind die Beiträge in voller Höhe weiter zu entrichten. Wir werden die weiter entrichteten Beiträge jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen. Auf Ihren Antrag stunden wir die Beiträge bis zur endgültigen Entscheidung zinslos.

Im Falle einer Leistungsablehnung sind die gestundeten Beiträge in einem Betrag unverzinst nachzuzahlen. Sie können die Nachzahlung der gestundeten Beiträge innerhalb von maximal 24 Monaten in gleichbleibenden jährlichen, halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten ohne Stundungszinsen leisten.

(6) Der Versicherungsschutz beinhaltet zu Gunsten der versicherten Person ohne Mehrbeitrag die Möglichkeit, sich bei Eintritt der Berufsunfähigkeit über Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation und beruflichen Reintegration durch von uns beauftragte anerkannte Spezialisten beraten zu lassen. Von uns als sinnvoll bestätigte Maßnahmen werden von unseren Spezialisten eingeleitet und begleitet. Maßnahmen sind sinnvoll, wenn aus medizinischer und arbeitsmarktbezogener Sicht die begründete Aussicht besteht, dass während der Versicherungsdauer die Wiederaufnahme einer Berufstätigkeit dadurch erfolgen kann.

Die Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation und/oder beruflichen Integration muss durch die durchführende Stelle als abgeschlossen bestätigt sein. In diesem Fall übernehmen wir die Kosten maximal bis zum sechsfachen der vereinbarten monatlichen Berufsunfähigkeitsrente, höchstens 12.000 Euro. Diese Leistungen können nur einmal während der Versicherungsdauer in Anspruch genommen werden. Die versicherte Person ist weder verpflichtet das Beratungsangebot anzunehmen noch Maßnahmen durchzuführen.

§ 2 Welche Optionen können zu Vertragsbeginn vereinbart werden?

Option „K“ - Karenzzeit

Es kann vereinbart werden, dass die Rentenzahlung erst nach Ablauf einer Karenzzeit von mindestens 6 bis maximal 24 Monaten erbracht wird. Karenzzeit ist der in Monaten vereinbarte Zeitraum vom Ablauf des Monats an, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist, bis zum Beginn der Rentenzahlung. Ist eine Karenzzeit vereinbart, entsteht der Anspruch auf die Rentenzahlung erst nach Ablauf der Karenzzeit, sofern die Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen bis dahin ununterbrochen bestanden hat und zu diesem Zeitpunkt noch andauert. Dies gilt auch bei einer erneuten Berufsunfähigkeit, wenn eine zuvor bestandene Berufsunfähigkeit weggefallen ist. Die Bestimmungen gemäß § 7 dieser Bedingungen finden auch bis zum Ablauf der Karenzzeit sinngemäß Anwendung. Tritt nach einer beendeten Berufsunfähigkeit auf Grund derselben medizinischen Ursache erneut Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen ein, so werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten berücksichtigt.

Option „U“ - Überbrückungsleistungen

Bei Einschluss der Option „U“ erbringen wir auf Antrag folgende Überbrückungsleistungen:
- Befreiung von der Beitragszahlungspflicht;
- Zahlung einer Rente in Höhe der vereinbarten Berufsunfähigkeits-Rente. Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus.

Weitere Voraussetzungen für die Erbringung von Überbrückungsleistungen sind, dass
a) der Versicherungsnehmer für die versicherte Person einen Antrag auf Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung gestellt hat und wir noch keine Leistungsentscheidung gemäß § 6 getroffen haben,
b) die private Krankenversicherung der versicherten Person eine Leistung von Krankentagegeld mit der Begründung verweigert, dass nach ihren Bedingungen Berufsunfähigkeit vorliege und/oder
ein gesetzlicher Rentenversicherungsträger durch Bescheid das Vorliegen der vollen Erwerbsminderung der versicherten Person feststellt, und
c) wegen eines Risikoausschlusses ein Anspruch auf eine Leistung aus der Berufsunfähigkeitsversicherung nicht ausgeschlossen ist.

Der Anspruch auf Überbrückungsleistungen entsteht mit Ablauf des Monats, in dem diese Leistungen beantragt und das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß b) nachgewiesen werden, bei Bezug von Krankentagegeld jedoch frühestens mit Ablauf des Monats, in dem letztmals Krankentagegeld bezogen wird.

Die Überbrückungsleistungen enden mit Ablauf des Monats, in dem

- wir Ihnen die Entscheidung über Ihren Antrag auf Berufsunfähigkeitsleistungen in Textform (z.B. Brief, E-Mail) mitteilen;
- eine der weiteren Voraussetzungen für die Erbringung von Überbrückungsleistungen entfällt, insbesondere wenn erneut Leistungen aus einer Krankentagegeldversicherung bezogen werden. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, uns den erneuten Bezug von Krankentagegeld unverzüglich anzuzeigen. Überbrückungsleistungen, die mit Ablauf des Monats bezogen werden, in dem der Anspruch auf diese Leistungen endet, sind an uns zurückzuzahlen;

in jedem Fall jedoch mit Ablauf der Leistungsdauer, für die die Berufsunfähigkeitsversicherung abgeschlossen ist, und spätestens nach einer Dauer von zwei Jahren.

Ergibt sich aus unserer Leistungsentscheidung nach § 6, dass wir unsere Leistungspflicht für den Zeitraum, für den Überbrückungsleistungen gezahlt wurden, anerkennen, werden die gezahlten Überbrückungsleistungen auf die dann fällig werdenden Versicherungsleistungen angerechnet.

Ergibt sich aus unserer Leistungsentscheidung nach § 6, dass wir unsere Leistungspflicht für den Zeitraum, für den Überbrückungsleistungen gezahlt wurden, nicht anerkennen, sind die erbrachten Überbrückungsleistungen nur für den Fall zurückzuzahlen, dass wir infolge vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung vom Vertrag zurücktreten oder diesen anfechten (vgl. Teil I: Allgemeine Bestimmungen § 3).

Option „LD“ - Leistungsdynamik bei Berufsunfähigkeit

Bei Einschluss der Option „LD“ wird während der Berufsunfähigkeit die erreichte versicherte Berufsunfähigkeitsrente ohne Berücksichtigung der Überschussbeteiligung jährlich entsprechend dem vereinbarten Prozentsatz erhöht. Die Erhöhung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente erfolgt erstmals ein Jahr nach Beginn der Zahlung der ersten Berufsunfähigkeitsrente. Ist eine Karenzzeit für die Rentenzahlung vereinbart, ist davon abweichend für den Beginn der Jahresfrist nach Satz 2 der Beginn der Karenzzeit maßgeblich.

Option „AU“ - Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Bei Einschluss der Option „AU“ gilt als Bestandteil der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) ergänzend und vorrangig zu dessen Teil I: Allgemeine Bestimmungen und Teil II: Tarifbedingungen für die selbständige Berufsunfähigkeits-Versicherung der Teil III: Besondere Bedingungen für die Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit.

§ 3 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls (auch altersbedingt), die ärztlich nachzuweisen sind, 6 Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich sein wird, ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, nachzugehen. Wir leisten in diesen Fällen nach Maßgabe des § 1 Absatz 3 Satz 1 ab Beginn des sechsmonatigen Zeitraums.

Umorganisation bei Selbständigen

Wenn die versicherte Person selbständig (gewerblich oder freiberuflich) tätig ist, gilt Folgendes: Die versicherte Person ist nicht berufsunfähig, wenn sie ihren Betrieb umorganisiert hat oder umorganisieren könnte. Hierbei berücksichtigen wir die konkrete Gestaltung des Betriebs und die zumutbaren Möglichkeiten einer Umorganisation – personell, organisatorisch und technisch. Die Umorganisation muss zudem wirtschaftlich angemessen sein. Dies ist dann der Fall, wenn sie keinen erheblichen Kapitalaufwand erfordert. In Bezug auf die Erheblichkeit des Kapitalaufwands berücksichtigen wir die wirtschaftlichen Gegebenheiten des Betriebs und die höchstrichterliche Rechtsprechung.

Wir verzichten auf eine Prüfung der Umorganisation, wenn die versicherte Person

- eine akademische Ausbildung, eine Meister- oder Technikerprüfung erfolgreich abgeschlossen hat und
- mindestens 90 % der täglichen Arbeitszeit kaufmännische oder organisatorische Tätigkeiten ausübt.

Wir verzichten auch dann auf eine Prüfung der Umorganisation, wenn der Betrieb der versicherten Person weniger als fünf Festangestellte beschäftigt.

Wir zahlen unter folgenden Bedingungen eine einmalige Umorganisationshilfe:

- Wir erbringen keine Leistung wegen Berufsunfähigkeit, weil der Arbeitsplatz der versicherten Person umorganisiert werden könnte, und
- die verbleibende Leistungsdauer mindestens zwölf Monate beträgt.

Unsere einmalige Umorganisationshilfe beläuft sich auf sechs monatliche Berufsunfähigkeitsrenten, höchstens aber auf 10.000 Euro. Wenn innerhalb von sechs Monaten, nachdem wir die Umorganisationshilfe gezahlt haben, eine neue Berufsunfähigkeit eintritt, gilt: Wir rechnen die Umorganisationshilfe auf die neuen Berufsunfähigkeitsrenten an.

Berufsunfähigkeit bei Tätigkeitsverbot wegen Infektionsgefahr

Die versicherte Person ist auch berufsunfähig, wenn die zuständige Behörde für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit ein vollständiges Tätigkeitsverbot wegen einer Infektion der versicherten Person nach dem Infektionsschutzgesetz ausspricht oder sich das Tätigkeitsverbot aus einer sonstigen Rechtsvorschrift ergibt. Die versicherte Person muss diese Tätigkeit zuletzt in gesunden Tagen zu mindestens 50 % ausgeübt haben. Das Tätigkeitsverbot muss sich über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erstrecken. Die Berufsunfähigkeit fällt mit der Aufhebung des Tätigkeitsverbots weg.

Berufsunfähigkeit bei Schülern

Bei Schülern liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person durch Krankheit, Körperverletzung oder Unfallfolgen für mindestens 6 Monate so eingeschränkt ist, dass sie außerstande ist, als Schüler am Unterricht an einer allgemeinen Schule in der Sekundarstufe I oder

Sekundarstufe II ohne spezielle Förderung teilzunehmen und auch keine andere, ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entsprechenden Tätigkeit konkret ausübt. Eine spezielle Förderung ist anzunehmen, wenn der Besuch einer Förderschule / Sonderschule oder sonderpädagogischen Maßnahmen regelmäßig erforderlich sind. Das Wiederholen eines Schuljahres allein gilt nicht als Berufsunfähigkeit. Als allgemeine Schulen gelten allgemeinbildende und berufliche Schulen in staatlicher, privater oder kirchlicher Trägerschaft. Allgemeine Schulen in der Sekundarstufe I sind Hauptschulen, Realschulen, Gymnasien und Gesamtschulen, allgemeine Schulen in der Sekundarstufe II sind die gymnasiale Oberstufe an einem Gymnasium, beruflichem Gymnasium, Fachgymnasium oder an einer Gesamtschule sowie Berufsfachschulen, Fachoberschulen und Berufsoberschulen.

Berufsunfähigkeit bei Studierenden

Bei Studierenden liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls (auch altersbedingt), die ärztlich nachzuweisen sind, 6 Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich sein wird, ihr zuletzt ausgeübtes Studium fortzuführen und auch kein anderes Studium oder auch keine andere berufliche Tätigkeit, die ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht, ausübt. Sofern eine Nebentätigkeit ausgeübt wird, ist diese neben dem Studium entsprechend den zeitlichen Anteilen pro Belastung zu berücksichtigen. Auf die Frage der Haupt- oder Nebentätigkeit kommt es dabei nicht an.
Als Studium gilt ein Studium an einer Hochschule (Universität), Fachhochschule (FH) oder Berufsakademie. Der angestrebte Studienabschluss muss in Deutschland staatlich anerkannt sein.

Berufsunfähigkeit bei Erwerbsminderung

Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn ein Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder ein berufsständisches Versorgungswerk in der Bundesrepublik Deutschland, dem die versicherte Person als Pflichtmitglied angehört, eine unbefristete volle Erwerbsminderungsrente aus medizinischen Gründen gewährt. Darüber hinaus bewirkt der Bescheid eines Sozialversicherungsträgers noch keinen Leistungsanspruch.

Berufsunfähigkeit bei Teilzeittätigkeit

Wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt der Prüfung der Berufsunfähigkeit ihren Beruf in Teilzeit ausübt bzw. ausgeübt hat, liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die Voraussetzungen nach § 3 Absatz 1 für den Beruf in Teilzeit erfüllt sind. Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls (auch altersbedingt), die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen außerstande ist oder bereits 6 Monate ununterbrochen außerstande gewesen ist, ihren Beruf in Teilzeit mindestens drei Stunden pro Arbeitstag auszuüben, und sie auch keine andere Tätigkeit ausübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

(2) Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung, das heißt darauf, die versicherte Person im Falle einer Berufsunfähigkeit auf einen ihrer bisherigen beruflichen Stellung und Erfahrung vergleichbaren Beruf zu verweisen. Übt die versicherte Person allerdings eine andere Tätigkeit konkret aus, die sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten ausüben kann und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht, oder könnte sie eine solche Tätigkeit nach zumutbarer Umorganisation des eigenen Betriebes ausüben, so liegt keine Berufsunfähigkeit vor. Eine der bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit darf in Einkommen, sozialem Ansehen und Wertschätzung dem zuvor ausgeübten Beruf nicht oder nicht wesentlich nachstehen. In Bezug auf das Einkommen setzt das voraus, dass - unter Berücksichtigung des Einzelfalls und der Rechtsprechung - mit der Tätigkeit ein Bruttoeinkommen erzielt wird, das mindestens 80 % des zum Vorteil der versicherten Person um krankheitsbedingte Einkommensausfälle bereinigten, durchschnittlichen jährlichen Bruttoarbeitseinkommens der letzten drei Jahre im zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, beträgt.

(3) Scheidet die versicherte Person aus dem Berufsleben aus und werden nach dem Ausscheiden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt, wird für die Frage, ob Berufsunfähigkeit im Sinne der Absätze 1 bis 2 vorliegt, der beim Ausscheiden aus dem Berufsleben ausgeübte Beruf und die zu diesem Zeitpunkt erreichte Lebensstellung zu Grunde gelegt. Ist die versicherte Person überwiegend als Hausfrau oder Hausmann tätig, gilt die hauswirtschaftliche Tätigkeit als zuletzt ausgeübter Beruf, wenn die versicherte Person in den letzten fünf Jahren keinen anderen Beruf ausgeübt hat.

(4) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls (auch altersbedingt) 6 Monate ununterbrochen so hilflos war oder voraussichtlich sein wird, dass sie für die in Absatz 5 genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

(5) Bewertungsmaßstab für die Einstufung der Pflegebedürftigkeit sind die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung wird die nachstehende Punktetabelle zu Grunde gelegt:

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim
Fortbewegen im Zimmer .....1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt.

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken.....1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen und trinken kann.

Verrichten der Notdurft.....1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie

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

(6) Eine pflegebedürftige versicherte Person ist dann als berufsunfähig anzusehen, wenn sie mindestens einen der in Absatz 5 genannten Punkte erfüllt.

(7) Vorübergehende Besserungen bleiben unberücksichtigt. Eine Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

§ 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

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

(2) Soweit nicht etwas Anderes vereinbart ist, leisten wir jedoch nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:

a) in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen.

Die Einschränkung unserer Leistungspflicht gilt nicht, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig wird, denen sie während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland nicht freiwillig ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

Die Einschränkung unserer Leistungspflicht gilt ebenfalls nicht im Falle des Einsatzes der versicherten Person bei einer

- humanitären Hilfeleistung der Bundeswehr,
- friedenserhaltenden Maßnahme der Bundeswehr,
- friedenskonsolidierenden / friedenssichernden Maßnahme der Bundeswehr im Rahmen eines UN- oder NATO-Einsatzes während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland

oder für Personen im Einsatz für humanitäre Hilfsorganisationen während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.

b) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch einer Straftat durch die versicherte Person. Dieser Ausschluss gilt nicht bei fahrlässigen und grob fahrlässigen Verstößen (z.B. im Straßenverkehr).

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

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

e) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet ist, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden (Anschlag). Dies gilt nur, sofern sich hieraus eine Erhöhung des Leistungsbedarfs gegenüber den Rechnungsgrundlagen in dem Umfang ergibt, dass die dauernde Erfüllbarkeit der versicherten Leistungen beeinträchtigt wird und ein unabhängiger Treuhänder dies spätestens innerhalb von 12 Monaten nach dem Anschlag überprüft und bestätigt hat.

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

(1) Werden Leistungen aus dieser Versicherung verlangt, sind uns auf Kosten des Anspruchserhebenden unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:

a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;

b) ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über dessen Auswirkungen auf die Berufsfähigkeit oder Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit;

c) Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;

d) bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege;

e) bei Berufsunfähigkeit wegen Infektionsgefahr gemäß § 3 Absatz 1 zusätzlich der behördliche Bescheid, der das vollständige Tätigkeitsverbot anordnet, im Original oder amtlich beglaubigt.

(2) Wir können außerdem - dann allerdings auf unsere Kosten - weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise - auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen - verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen, die wir zur Beurteilung unserer Leistungspflicht benötigen. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, prüfen wir, ob sich die versicherte Person dort untersuchen lassen kann.
Ist dies mangels hinreichend vergleichbarer medizinischer Standards nach unserem Verständnis nicht der Fall, können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir die Untersuchungskosten sowie Reise- und Übernachtungskosten. Von den Reisekosten werden jedoch höchstens die Kosten der Bahnfahrt 2. Klasse bzw. die Flugkosten für Flüge in der Economyklasse erstattet. Die Übernachtungskosten werden von uns höchstens bis zu einem Betrag von 100 Euro pro Übernachtung übernommen. Dieser Betrag wird unter Berücksichtigung des Verbraucherpreisindexes für Deutschland (Jahresindizes; Veränderungsrate in Prozent) wertgesichert. Für die Berechnung ist der Indexstand im Jahr des Abschlusses dieser Versicherung bzw. im Zeitpunkt der Entstehung der Übernachtungskosten maßgebend.

(3) Der Bescheid eines Sozialversicherungsträgers oder eines privaten Krankenversicherers über eine anerkannte Berufsunfähigkeit reicht als Nachweis einer Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht aus.

(4) Ein Anspruch auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit setzt nicht voraus, dass die versicherte Person ärztlichen Empfehlungen folgen muss, insbesondere ärztlich empfohlene operative Maßnahmen durchführen lässt, die die Berufsunfähigkeit beseitigen oder mindern. Die versicherte Person ist allerdings auf Grund der allgemeinen gesetzlichen Schadenminderungspflicht verpflichtet, zumutbaren ärztlichen

Anweisungen zur Besserung ihrer gesundheitlichen Verhältnisse Folge zu leisten. Zumutbar sind Maßnahmen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und die eine begründete Aussicht bieten, den die Berufsunfähigkeit bedingenden Gesundheitszustand zu verbessern. Dabei handelt es sich um Maßnahmen wie zum Beispiel die Verwendung von orthopädischen oder anderen Heil- und Hilfsmitteln (z.B. Tragen von Prothesen, Verwendung von Seh- und Hörhilfen), die Durchführung von logopädischen Maßnahmen oder das Tragen von Stützstrümpfen.

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

(1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in Textform, ob, in welchem Umfang und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen. Grundsätzlich erfolgt die Entscheidung über unsere Leistungspflicht ohne zeitliche Befristung. Nur in begründeten Einzelfällen können wir einmalig - auch rückwirkend - ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis aussprechen. Eine Befristung unseres Leistungsanerkenntnisses erfolgt jedoch höchstens für 12 Monate. Gründe für ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis könnten beispielsweise sein, dass eine Feststellung der Berufsunfähigkeit aufgrund fehlender Untersuchungen oder Begutachtungen noch nicht abschließend erfolgen kann oder ein Ende der Berufsunfähigkeit zu erwarten ist (z.B. aus medizinischen, beruflichen bzw. betrieblichen Gründen). Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich begrenzte Anerkenntnis für uns bindend.

(2) Während der Zeit eines befristeten Anerkenntnisses verzichten wir auf unsere Nachprüfungsrechte gemäß § 7.

(3) Während der Prüfung Ihres Anspruchs auf Leistung aus der Berufsunfähigkeits-Versicherung werden wir Sie spätestens alle vier Wochen über den aktuellen Bearbeitungsstand informieren. Liegen uns alle für unsere Leistungsentscheidung erforderlichen Unterlagen gemäß § 5 vor, so entscheiden wir innerhalb von sieben Tagen über unsere Leistungspflicht.

§ 7 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit und ihren Grad oder die Pflegebedürftigkeit nachzuprüfen. Dabei können wir erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von § 3 ausübt.

(2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns beauftragte Ärzte oder auch z.B. den Facharzt der Erstprüfung verlangen. Die Bestimmungen des § 5 Absatz 2 und 3 gelten entsprechend.

(3) Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen oder ist ihr Grad auf weniger als 50 % vermindert, werden wir von der Leistung frei. In diesem Fall legen wir Ihnen die Veränderung in Textform dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen in Textform mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wiederaufgenommen werden. Die versicherte Rente entspricht dann jener zum Zeitpunkt des ursprünglichen Eintritts der Berufsunfähigkeit. Etwaige Erhöhungen der versicherten Rente während des Bezugs der Berufsunfähigkeitsrente aufgrund des Einschlusses der Option „LD“ werden nicht berücksichtigt.

(4) Liegt Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit vor und ist der Umfang der Pflegebedürftigkeit unter das in § 3 Absatz 6 beschriebene Ausmaß gesunken, stellen wir unsere Leistungen ein. Absatz 3 Satz 2 bis 4 gelten entsprechend.

(5) Endet eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen bereits vor Ablauf einer vereinbarten Karenzzeit, wird keine Rentenleistung fällig.

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

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 5 oder § 7 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Das gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet, wenn eine Karenzzeit vereinbart ist, nach deren Ablauf. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

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

Kündigung

(1) Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode ganz oder teilweise in Textform (z.B. Brief, E-Mail) kündigen. Nach Beginn der Zahlung von Renten wegen Berufsunfähigkeit können Sie nicht mehr kündigen. Im Fall einer Kündigung wandelt sich die Versicherung nach Maßgabe des Absatz 2 ganz oder teilweise in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Rente um. Für die Berechnung der beitragsfreien Rente gelten die Regelungen in Absatz 3 und 4.

(2) Kündigen Sie Ihre Versicherung vollständig und erreicht die nach Absatz 3 zu berechnende beitragsfreie monatliche Berufsunfähigkeitsrente den Mindestbetrag von 25 Euro nicht, so erlischt die Versicherung. In diesem Fall erhalten Sie - soweit vorhanden - den Rückkaufswert entsprechend § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG). Der Rückkaufswert mindert sich um rückständige Beiträge. Außerdem nehmen wir einen Abzug entsprechend der Regelung in Absatz 4 vor.

Kündigen Sie Ihre Versicherung nur teilweise, ist diese Kündigung unwirksam, wenn die verbleibende beitragspflichtige monatliche Berufsunfähigkeitsrente unter einen Mindestbetrag von 25 Euro sinkt oder der verbleibende Beitrag je Versicherungsjahr weniger als 120 Euro beträgt. Wenn Sie in diesem Fall Ihre Versicherung beenden wollen, müssen Sie diese also ganz kündigen.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

(3) Anstelle einer Kündigung nach Absatz 1 können Sie zu dem dort genannten Termin bei laufender Beitragszahlung in Textform (z.B. Brief, E-Mail) verlangen, ganz oder teilweise von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Fall setzen wir die versicherte Rente ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Rente herab. Entsprechend reduziert sich eine Wiedereingliederungshilfe gemäß § 1 Absatz 1 b, eine Arbeitsunfall-Sofortleistung gemäß § 1 Absatz 1 c und eine Ehrenamt-Unfallleistung gemäß § 1 Absatz 1 d.

(4) Die beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente errechnen wir nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode. Der aus der Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Rente zur Verfügung stehende Betrag mindert sich um rückständige Beiträge. Außerdem nehmen wir einen Abzug vor. Der Abzug beträgt 70 % der Deckungsrückstellung *) zum Umwandlungstermin. Die konkrete Höhe des Abzugs können Sie der Übersicht entnehmen, die wir Ihnen mit unseren sonstigen Vertragsinformationen zur Verfügung stellen.
Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risiko- und Ertragslage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug finden Sie im Anhang zu den Versicherungsbedingungen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihres Verlangens der Beitragsfreistellung 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.

(5) Wenn Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung sind wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. Teil I: Allgemeine Bestimmungen § 11) keine Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente 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 Rente zur Verfügung. Nähere Informationen zur beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente und ihrer Höhe können Sie der Übersicht entnehmen, die wir Ihnen mit unseren sonstigen Vertragsinformationen zur Verfügung stellen.

(6) Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht verlangt und erreicht die nach Absatz 4 zu berechnende beitragsfreie Rente den Mindestbetrag von monatlich 25 Euro nicht, erhalten Sie den Auszahlungsbetrag nach Absatz 2 und die Versicherung endet. Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht können Sie nur verlangen, wenn die verbleibende beitragspflichtige Rente einen Mindestbetrag von monatlich 25 Euro erreicht und der verbleibende Beitrag je Versicherungsjahr mindestens 120 Euro beträgt.

Wiederaufnahme der Beitragszahlung zu einer beitragsfrei gestellten Versicherung

(7) Nach Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung können Sie innerhalb von drei Jahren verlangen, die Beitragszahlung wiederaufzunehmen, sofern zum Zeitpunkt der Wiederaufnahme der Beitragszahlung keine Berufsunfähigkeit der versicherten Person vorliegt und auch zuvor nicht vorgelegen hat sowie keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit der versicherten Person aus einer privaten oder betrieblichen Versicherung beantragt wurden. Die Wiederaufnahme der Beitragszahlung darf zu keiner höheren Rente als vor der Beitragsfreistellung führen. Das Recht gemäß Satz 1 steht dabei unter dem Vorbehalt einer erneuten Gesundheitsprüfung, soweit die Wiederaufnahme der Beitragszahlung mehr als zwölf Monate nach Beitragsfreistellung erfolgt.

Keine Beitragsrückzahlung

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

§ 10 Wie sind Sie an den Überschüssen beteiligt?

Ergänzend zu den in Teil I: Allgemeine Bestimmungen § 13 dargestellten Grundsätzen und Maßstäben für die Überschussbeteiligung gelten für Ihre Versicherung die folgenden Bestimmungen:

Die Versicherung ist grundsätzlich gesondert am Überschuss beteiligt. Sie gehört zur Bestandsgruppe Berufsunfähigkeitsversicherungen.

Ermittlung des Jahresanteils

Der Ihrer Versicherung zugeteilte jährliche Überschussanteil (Jahresanteil) wird insbesondere aus der Gewinnquelle Risikoergebnis gespeist. Er besteht vor Beginn des Leistungsbezugs aus einem Beitragsüberschussanteil in Prozent des zu zahlenden Beitrags. Nach Beginn des Leistungsbezugs erhalten Sie einen Zinsüberschussanteil in Prozent der jeweiligen Deckungsrückstellung *).

Zuteilung

Ihr Anteil an den Überschüssen wird Ihrem Versicherungsvertrag bei laufender Beitragszahlung bei jeder Beitragsfälligkeit, sonst jeweils am Ende des Versicherungsjahres zugeteilt.

Überschussverwendungsformen in der Anwartschaft

Verwendungsform „Sofortverrechnung mit den Beiträgen“

Der Jahresanteil wird bei beitragspflichtigen Versicherungen in der Anwartschaft mit den fälligen Beiträgen verrechnet.

Verwendungsform „Bonusrente“

Die Überschüsse werden jedes Jahr für die Erhöhung der Anwartschaft auf Berufsunfähigkeitsrente verwendet. Die Wiedereingliederungshilfe gemäß § 1 Absatz 1 b, die Arbeitsunfall-Sofortleistung gemäß § 1 Absatz 1 c und die Ehrenamt-Unfallleistung gemäß § 1 Absatz 1 d werden dadurch nicht erhöht.

Verwendungsform „Sofort-Bonus“

Die Überschüsse werden bei Eintritt der Berufsunfähigkeit der versicherten Person für die Erhöhung der aktuell versicherten Berufsunfähigkeitsrente (Sofort-Bonus) verwendet. Der zur Erhöhung verwendete Sofort-Bonus wird jährlich in Prozent der garantierten Rente in der Überschussdeklaration festgelegt. Die Wiedereingliederungshilfe gemäß § 1 Absatz 1 b, die Arbeitsunfall-Sofortleistung gemäß § 1 Absatz 1 c und die Ehrenamt-Unfallleistung gemäß § 1 Absatz 1 d werden dadurch nicht erhöht.
Wird die versicherte Person berufsunfähig, ist für die Höhe des Sofort-Bonus die Überschussdeklaration maßgeblich, die zu Beginn des Versicherungsjahres, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist, gültig war. Der Sofort-Bonus ist während des Leistungsbezugs der Höhe nach garantiert und wie die vereinbarte Rente am Überschuss beteiligt.

Überschussverwendungsformen während des Bezugs von Leistungen

Verwendungsform „Dynamische Rentenerhöhung“

Der Jahresanteil wird zur Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente verwendet. Die Wiedereingliederungshilfe gemäß § 1 Absatz 1 b wird dadurch nicht erhöht.

Beteiligung an den Bewertungsreserven

Die Beiträge einer Berufsunfähigkeitsversicherung sind so kalkuliert, dass sie für die Deckung von Berufsunfähigkeitsrisiken benötigt werden. Für die Bildung von Kapitalerträgen stehen deshalb bei der Berufsunfähigkeitsversicherung keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung. Daher entstehen keine oder nur geringe Bewertungsreserven. Soweit Bewertungsreserven überhaupt entstehen, gilt das Folgende:

Die Zuteilung vorhandener Bewertungsreserven erfolgt verursachungsorientiert im Verhältnis der für den jeweiligen Vertrag angesammelten Kapitalien - dies ist im Wesentlichen die Deckungsrückstellung *) - zur Summe der Kapitalien aller berechtigten Verträge. Weitere Informationen zum Zuteilungsverfahren und zum Stichtag der Berechnung können Sie jederzeit bei uns anfordern.

§ 11 Welche Besonderheiten gelten bei einer Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht?

Im Falle einer nachweislich unverschuldeten Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht durch Sie oder eine andere versicherte Person (vgl. Teil I: Allgemeine Bestimmungen § 3 Absatz 1 und 2) verzichten wir auf die Geltendmachung unserer Rechte zur Kündigung oder Vertragsanpassung gemäß § 3 Absatz 6 bis 10 Teil I: Allgemeine Bestimmungen.

§ 12 Welche Möglichkeiten haben Sie im Fall von Zahlungsschwierigkeiten?

(1) Sie können verlangen, die Beitragszahlung für eine Dauer von bis zu 24 Monaten, bei Elternzeit der versicherten Person oder während einer Fortbildung zum Meister, Techniker oder während eines in Deutschland anerkannten Studiums für eine Dauer von bis zu 36 Monaten, bei unveränderter Leistung aus der Berufsunfähigkeitsversicherung auszusetzen (Beitragspause). Die Elternzeit, die Fortbildung oder das Studium ist uns nachzuweisen. Voraussetzungen für eine Beitragspause sind:

- die Beiträge wurden seit Beginn des Vertrags und ggf. seit der letzten Beitragspause für mindestens ein Jahr vollständig gezahlt und
- nach Ablauf der Beitragspause beträgt die verbleibende Beitragszahlungsdauer mindestens fünf Jahre.

(2) Während der Beitragspause stunden wir Ihnen die Beiträge. Mit Ablauf der Stundung sind die nicht gezahlten Beiträge in einem Betrag vollständig nachzuzahlen. Auf Antrag können anstatt der Nachzahlung die versicherten Garantieleistungen herabgesetzt werden. Nehmen Sie die Beitragszahlung mit Ablauf der Stundung nicht wieder auf, wandelt sich die Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung um. In diesem Fall findet § 9 entsprechend Anwendung. Eine erneute Beitragspause ist nur möglich, wenn die gestundeten Beiträge aus einer früheren Beitragspause vollständig beglichen wurden.

(3) Im Leistungsfall der Versicherung während der Beitragspause werden die gestundeten Beiträge von der auszuzahlenden Leistung abgezogen.

§ 13 Was gilt für Abtretung und Verpfändung?

Ansprüche auf Rentenleistungen aus dieser Versicherung können Sie nicht abtreten oder verpfänden. Soweit darüber hinaus eine Abtretung oder Verpfändung rechtlich möglich ist, so ist diese uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform (z.B. Brief, E-Mail) angezeigt worden ist. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie als unser Versicherungsnehmer. Es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits zuvor Verfügungen getroffen haben.

§ 14 Welche Gestaltungsmöglichkeiten ohne erneute Gesundheitsprüfung haben Sie nach Versicherungsbeginn?

(1) Sie können die Berufsunfähigkeitsrente unter den weiteren Voraussetzungen des Absatz 3 je Kalenderjahr insgesamt einmalig ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen, falls bei der versicherten Person eines der folgend genannten Ereignisse eintritt:

a) Heirat oder Begründung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft;
b) Geburt oder Adoption eines Kindes;
c) Scheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft;
d) Aufnahme einer selbständigen beruflichen Tätigkeit;
e) erstmalige Aufnahme eines Beschäftigungsverhältnisses nach Beendigung der Berufsausbildung oder nach Erreichen eines akademischen Abschlusses;
f) erstmalige Aufnahme einer Berufsausbildung;
g) Erwerb oder Finanzierung einer Immobilie mit einem Finanzierungsbetrag von mindestens 50.000 Euro; dies gilt auch für Renovierungen und Modernisierungen;
h) Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung als Handwerker oder Gesellschafter-Geschäftsführer;

i) auf Dauer angelegte Erhöhung des Bruttojahresarbeitseinkommens bei nicht selbständiger Tätigkeit um mindestens 10 % im Vergleich zum Einkommen des vorangegangenen Kalenderjahres;
j) Steigerung des Gewinns vor Steuern bei Selbständigen in den vorangehenden drei Kalenderjahren um jeweils mindestens 10 % gegenüber dem Durchschnitt der davor liegenden drei Kalenderjahre;
k) erstmaliger Eintritt der Versicherungsfreiheit bei nicht selbständiger Tätigkeit aufgrund Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn zudem eine private Krankenversicherung bei der Münchener Verein Krankenversicherung a.G. abgeschlossen wird, die den Anforderungen an die Versicherungspflicht gemäß § 193 Absatz 3 VVG genügt;
l) Tod des Ehegatten oder Lebenspartners einer eingetragenen Lebenspartnerschaft;
m) Pflegefall des Ehegatten oder Lebenspartners einer eingetragenen Lebenspartnerschaft;
n) Volljährigkeit;
o) Wiederaufnahme der Berufstätigkeit nach Elternzeit;
p) Übergang aus einem mindestens ein Jahr laufenden Teilzeit- oder befristeten Arbeitsverhältnis in eine unbefristete Vollzeitstelle;
q) Erlangung einer Prokura oder Beförderung zum leitenden Angestellten im Sinne des BetrVG;
r) Entfall der Pflichtmitgliedschaft in einem Versorgungswerk;
s) vollständiger oder teilweiser Verlust der Ansprüche aus der betrieblichen Altersversorgung;
t) Aufnahme einer Finanzierung für Ihre selbständige Tätigkeit von mindestens 50.000 Euro;
u) Erwerb einer selbst genutzten Immobilie;
v) erstmalige Gründung eines eigenen Hausstandes;
w) Abschluss einer beruflichen Qualifikation zum Meister oder Techniker.

Die Erhöhung erfolgt zum Zeitpunkt der nächsten Beitragsfälligkeit nach Eingang des Antrags auf Erhöhung. Der Eintritt des jeweiligen Ereignisses ist uns vom Antragsteller auf eigene Kosten nachzuweisen.

(2) Innerhalb der ersten fünf Jahre nach Versicherungsbeginn können Sie darüber hinaus die jährliche, zu Beginn vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente unter den weiteren Voraussetzungen des Absatz 3 ohne erneute Gesundheitsprüfung (mehrmalig) anlassunabhängig erhöhen. Nach Erhöhung darf die Berufsunfähigkeitsrente maximal das Doppelte der zu Beginn vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente betragen.

Die Erhöhung erfolgt zum Zeitpunkt der nächsten Beitragsfälligkeit nach Eingang des Antrags auf Erhöhung. Die Erhöhung wird zum beantragten Erhöhungstermin jedoch nur wirksam, wenn bis dahin keine Berufsunfähigkeit gemäß § 3 eingetreten ist.

(3) Für die Nachversicherung nach Absatz 1 und 2 gelten folgende Voraussetzungen:
- Ein vereinbarter Beitragszuschlag und / oder Leistungsausschluss ist auch für die Erhöhung gültig.
- Für die versicherte Person sind oder waren weder bei uns noch bei einem anderen Lebensversicherungsunternehmen jemals die Voraussetzungen für Versicherungsleistungen gemäß § 1 Absatz 1 gegeben, noch werden oder wurden jemals Leistungen aus einer privaten Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung bezogen oder beantragt.
- Die versicherte Person bezieht im Zeitpunkt der Nachversicherung Einkünfte aus selbständiger oder nicht selbständiger Tätigkeit.
- Die gesamten für die versicherte Person bestehenden Berufsunfähigkeitsrenten müssen in einem angemessenen Verhältnis zum Einkommen der versicherten Person stehen. Sie dürfen 80 % des letzten jährlichen Bruttojahresarbeitseinkommens der versicherten Person bzw. bei Selbständigen 80 % des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern der letzten drei Kalenderjahre nicht überschreiten. Das Einkommen bzw. der Gewinn sind vom Antragsteller auf eigene Kosten nachzuweisen. Innerhalb der pauschalen Höchstgrenzen benötigen wir keine Nachweise.
- Die Begrenzung der Höhe der Berufsunfähigkeitsrente für den versicherten Beruf darf nicht überschritten werden.
- Die gesamte Jahresrente aus allen für die versicherte Person bei uns beantragten oder bestehenden Berufsunfähigkeitsversicherungen einschließlich Nachversicherungen darf 30.000 Euro nicht übersteigen.

Voraussetzung für die Erhöhung der versicherten Rente ohne erneute Gesundheitsprüfung nach Absatz 1 ist weiterhin, dass
- der Antrag auf Erhöhung innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt des Ereignisses gemäß Absatz 1 bei uns eingeht,
- zum Erhöhungszeitpunkt das rechnungsmäßige Alter **) der versicherten Person 50 Jahre nicht überschreitet; dies gilt nicht in den ersten fünf Vertragsjahren,
- die anlassabhängige Erhöhung der jährlichen Berufsunfähigkeitsrente je Ereignis 6.000 Euro bzw. abweichend davon bei einem Ereignis gemäß Absatz 1 w 12.000 Euro nicht überschreitet und 1.200 Euro nicht unterschreitet.

Voraussetzung für die Erhöhung der versicherten Rente ohne erneute Gesundheitsprüfung nach Absatz 2 ist weiterhin, dass
- zum Erhöhungszeitpunkt das rechnungsmäßige Alter **) der versicherten Person 40 Jahre nicht überschreitet,
- die anlassunabhängige Erhöhung der jährlichen Berufsunfähigkeitsrente 15.000 Euro nicht überschreitet und 1.200 Euro nicht unterschreitet.

(4) Haben Sie als Überschussverwendungsform „Sofort-Bonus“ gemäß § 10 vereinbart und erfolgt eine Herabsetzung des Prozentsatzes für den „Sofort-Bonus“ in der Überschussdeklaration, haben Sie das Recht, innerhalb von sechs Monaten nach der Überschusssenkung Ihre Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung bis zur bisherigen Höhe des Versicherungsschutzes vor der Überschusssenkung (vertraglich garantierte Leistung zuzüglich „Sofort-Bonus“) zu erhöhen, sofern noch kein Versicherungsfall eingetreten ist und noch keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt wurden. Die Erhöhung erfolgt zum Zeitpunkt der nächsten Beitragsfälligkeit nach Eingang des Antrags auf Erhöhung.

(5) Ist die versicherte Person in der Deutschen Rentenversicherung versichert und erhöht sich die Regelaltersgrenze dieser Gesetzlichen Rentenversicherung oder eines berufsständischen Versorgungswerks, in dem die versicherte Person anspruchsberechtigtes Mitglied ist, können Sie die Versicherungs- und Leistungsdauer Ihres Vertrags ohne erneute Risikoprüfung - auch mehrfach - um die Zeitspanne verlängern, um die die Regelaltersgrenze erhöht wurde, maximal jedoch um insgesamt drei Jahre und höchstens bis zur jeweils neu festgelegten Regelaltersgrenze.

Weitere Voraussetzungen:
- Zum Zeitpunkt der Beantragung der Verlängerung ist die versicherte Person weder berufsunfähig, berufsunfähig infolge Pflegebedürftigkeit oder arbeitsunfähig noch ist ein entsprechender Leistungsantrag gestellt worden. Die versicherte Person ist weder teilweise noch voll erwerbsunfähig, bezieht keine Erwerbsminderungsrente und es ist kein entsprechender Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt worden.
- Der dann ausgeübte Beruf der versicherten Person und die dann aktuellen Annahmerichtlinien lassen das gewünschte Endalter zu.
- Zum Zeitpunkt der Beantragung wird der Vertrag beitragspflichtig geführt.
- Die Versicherungsdauer Ihres bestehenden Vertrags ist mindestens bis zum vollendeten 60. Lebensjahr der versicherten Person vereinbart.

- Eine Erhöhung der vereinbarten Rente findet nicht statt. Durch die Verlängerung ändert sich der Beitrag. Alternativ kann die Höhe der Berufsunfähigkeitsrente reduziert werden.
- Sie können die Verlängerung in Textform (z.B. Brief, E-Mail) beantragen. Der Antrag muss innerhalb von 12 Monaten nach Inkrafttreten einer Regelung in der gesetzlichen Rentenversicherung zur Erhöhung der Regelaltersgrenze beziehungsweise für den Fall, dass die versicherte Person Mitglied in einem berufsständischen Versorgungswerk ist, innerhalb von 12 Monaten nach Inkrafttreten einer berufsständischen Regelung zur Erhöhung der Regelaltersgrenze des entsprechenden Versorgungswerkes gestellt werden.

Liegen die genannten Voraussetzungen vor, stellen wir Ihren Vertrag auf eine verlängerte Vertragslaufzeit um. Ab dem Zeitpunkt der Verlängerung legen wir den Beitrag bzw. die Leistung bezogen auf die neue Versicherungsdauer nach versicherungsmathematischen Grundsätzen neu fest. Bisher vereinbarte Risikozuschläge bzw. Leistungsausschlüsse oder andere besondere Vereinbarungen gelten weiterhin für die Berufsunfähigkeitsversicherung.

(6) Wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer ihren Beruf wechselt, können Sie prüfen lassen, ob sich durch den Berufswechsel für die verbleibende Versicherungsdauer der zu zahlende Beitrag reduziert.
Unter Berufswechsel verstehen wir dabei auch, wenn die versicherte Person
- Schüler ist und die Schulform bzw. Schulstufe wechselt oder nach Schulabschluss ein Studium, eine Ausbildung oder eine Berufstätigkeit aufnimmt oder
- ein nebenberufliches Studium oder eine Weiterqualifizierung wie z.B. eine Meisterprüfung abgeschlossen hat.

Sofern die Prüfung ergibt, dass die Änderung zu einer günstigeren Risikoeinstufung führt, berechnen wir den Beitrag zur nächsten Beitragsfälligkeit mit den Rechnungsgrundlagen, die bei Vertragsbeginn für diese Risikoeinstufung gültig waren. Anderenfalls führen wir Ihre Versicherung mit unverändertem Beitrag fort. Bei einer Reduzierung des Beitrags bleiben vereinbarte Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse unverändert bestehen.

Voraussetzungen:
Für die Berufswechselprüfung teilen Sie uns die neue berufliche Situation der versicherten Person in Textform (z.B. Brief, E-Mail) mit. Wir können die Reduzierung des Beitrags von einer erneuten Gesundheitsprüfung abhängig machen. In den ersten 5 Jahren nach Versicherungsbeginn führen wir die Reduzierung des Beitrags aber ohne erneute Gesundheitsprüfung durch, wenn die versicherte Person das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und den neuen Beruf seit mindestens 6 Monaten ausübt. Hat die versicherte Person bei Abschluss der Versicherung das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet und war vor dem Wechsel Schüler, Studierender oder Auszubildender, gilt abweichend ein Zeitraum von 10 Jahren nach Versicherungsbeginn für den Verzicht auf eine erneute Gesundheitsprüfung.

§ 15 Was ist ein Unfall und was ist ein Arbeitsunfall im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung der versicherten Person an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
- ein Gelenk verrenkt wird
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

(2) Ein Arbeitsunfall ist dann gegeben, wenn die versicherte Person im Zusammenhang mit der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit einen Unfall im Sinne des Absatz 1 erleidet. Als Arbeitsunfall gilt auch ein Unfall, den die versicherte Person auf dem direkten Weg von und zur Arbeitsstätte erleidet (Wegeunfall).

§ 16 In welchen Fällen ist der Anspruch auf zusätzliche Leistung bei Berufsunfähigkeit durch Arbeitsunfall ausgeschlossen?

(1) Grundsätzlich besteht unsere erhöhte Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu dem Arbeitsunfall gekommen ist.

(2) Ergänzend zu § 4 sind jedoch vom Versicherungsschutz auch ausgeschlossen:

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 Arbeitsunfall gemäß § 15 verursacht wurden.

b) Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.
   Wir leisten jedoch, wenn ein Arbeitsunfall gemäß § 15 die überwiegende Ursache ist.

c) Gesundheitsschäden durch radioaktive Strahlen.

d) Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.
   Wir leisten jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe infolge eines Arbeitsunfalls gemäß § 15 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 und Wundstarrkrampf sowie bei
   - Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nach Absatz 2 d) ausgeschlossen sind, in den Körper gelangen

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

g) Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Arbeitsunfall gemäß § 15 verursacht wurden.

h) Bauch- oder Unterleibsbrüche.
Wir leisten jedoch, wenn sie durch einen Arbeitsunfall gemäß § 15 entstanden sind.

§ 17 Welche Besonderheiten gelten bei Abschluss einer Direktversicherung?

Besteht die Versicherung als Direktversicherung zum Aufbau einer betrieblichen Versorgung, gelten für die Versicherung folgende Besonderheiten:

(1) Abweichend von § 1 Absatz 1 b entfällt die Zahlung einer Wiedereingliederungshilfe.

(2) Abweichend von § 1 Absatz 1 c entfällt die Zahlung einer Arbeitsunfall-Sofortleistung.

(3) Abweichend von § 1 Absatz 1 d entfällt die Zahlung einer Ehrenamt-Unfallleistung.

(4) Abweichend von § 3 Absatz 1 entfällt die Zahlung einer Umorganisationshilfe.

(5) Abweichend von § 10 sind als Verwendungsformen der Überschüsse in der Anwartschaft nur die Überschussverwendungsformen „Bonusrente“ und „Sofort-Bonus“ abschließbar.

(6) Abweichend von § 2 ist die Option „AU“ - Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit nicht einschließbar.

Mindestrente

(7) Für die Monatsrente gilt abweichend von § 9 Absätze 2 und 6 kein Mindestbetrag von 25 Euro.

§ 18 Welche Besonderheiten gelten bei Einschluss einer dynamischen Anpassung der Beiträge?

Wird eine dynamische Anpassung der Beiträge nach Maßgabe der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III: Besondere Bedingungen für die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung (dynamische Anpassung) vereinbart, gelten folgende Besonderheiten:

(1) § 3 Absatz 3 der Besonderen Bedingungen findet keine Anwendung.

(2) Abweichend von § 5 Absatz 4 der Besonderen Bedingungen gilt: Bei Abschluss einer selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung erfolgen keine Erhöhungen, solange die Beitragszahlungspflicht wegen eines eingetretenen Leistungsfalls entfällt.

§ 19 Was gilt für die Soforthilfe bei schweren Krankheiten?

Wir erbringen - auch bei mehreren der folgenden Krankheiten und Symptome - einmalig folgende Soforthilfe mit vereinfachter Leistungsprüfung: Wir zahlen eine Berufsunfähigkeitsrente für 15 Monate, wenn die versicherte Person für voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen an einer der nachfolgend genannten Krankheiten leidet oder sie sechs Monate ununterbrochen daran litt und das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Folgende Krankheiten und Symptome sind versichert:

(1) Krebs im fortgeschrittenen Stadium
Bei der versicherten Person wird ein bösartiger Tumor festgestellt. Es gelten folgende weitere Bedingungen: Der Tumor ist gekennzeichnet durch
- unkontrolliertes Wachstum maligner (bösartiger) Zellen,
- Eindringen in umliegendes Gewebe und
- einer Tendenz zur Bildung von Metastasen.

Diese Bedingungen müssen durch feingewebliche Untersuchungen der Krebszellen gesichert sein.

Versicherungsschutz besteht für
- Tumore im Stadium T2, T3 oder T4 nach klinischer TNM-Klassifikation. Alternativ kann ein entsprechender Schweregrad einer anderen anerkannten Beurteilungsskala vorliegen,
- Tumore, bei denen Lymphknotenmetastasen (N1) oder Fernmetastasen (M1) nachgewiesen sind,
- Leukämien,
- bösartige Tumore des Lymphsystems (maligne Lymphome) und
- das myelodysplastische Syndrom.

Ausgenommen sind folgende Tumore:
- Jeder Tumor, der auf der Grundlage einer Gewebsuntersuchung als prämaligne, nicht-invasiv, mikroinvasiv oder als Krebsvorstufe (Carcinoma in situ) eingestuft oder als Stadium T1N0M0 klassifiziert wird.
- Basalzellkarzinom (Basaliom) und Plattenepithelkarzinom der Haut.

Folgendes ist kein Nachweis einer Krebserkrankung: Es wurden zwar Tumorzellen oder tumorassoziierte Moleküle in Blut, Speichel, Stuhl, Urin oder anderen Körperflüssigkeiten festgestellt, weitere definitive und klinisch überprüfbaren Beweise liegen jedoch nicht vor.

(2) Schwerer Herzinfarkt
Versichert ist, wenn bei der versicherten Person ein Herzinfarkt aufgetreten ist. Dabei stirbt ein Teil des Herzmuskels infolge unzureichender Blutzufuhr zum Herzmuskel ab (Myokardinfarkt).
Eine fachärztliche Praxis für Kardiologie muss einen Myokardinfarkt nachweisen durch:
- Die herzspezifischen Enzyme (zum Beispiel Troponine) sind charakteristisch angestiegen,

- im Elektrokardiogramm (EKG) oder bei anderen positiven Befunden in der diagnostischen Bildgebung wird eine neue, charakteristische Veränderung festgestellt und
- über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten wurde eine Schwäche der Herzleistung festgestellt. Diese führt zu einer reduzierten Auswurfleistung der linken Herzkammer von weniger als 35 % (EF < 35 %).

Nicht versichert sind
- andere akute Koronarsyndrome und
- Angina Pectoris.

(3) Schlaganfall mit neurologischen Einschränkungen
Versichert ist, wenn mit einer neurologischen Untersuchung bei der versicherten Person ein Schlaganfall festgestellt wurde. Durch den Schlaganfall muss eines der folgenden Symptome über mindestens sechs Monate ununterbrochen vorgelegen haben:
- Halbseitige Lähmungen (Hemiplegie/Hemiparese)
- Sprachstörungen (Aphasie)
- Sehstörungen
- Epilepsie oder
- Einschränkung der alltäglichen Fähigkeiten auf unter 60 Punkte nach dem Barthel-Index (Index zur Bewertung von alltäglichen Fähigkeiten).

Die bei der versicherten Person aufgetretenen Symptome sind nach aktuellem medizinischen Wissensstand nicht behebbar und bestehen voraussichtlich auf Dauer fort.

(4) Eingeschränkte Nierenfunktion
Eine fachärztliche Praxis für Nephrologie hat bei der versicherten Person ein endgültiges, nicht mehr zu behebendes Versagen beider Nieren festgestellt. Deshalb muss eine regelmäßige Dialyse durchgeführt werden.

(5) Eingeschränkte Lungenfunktion
Eine fachärztliche Praxis für Lungenkrankheiten hat bei der versicherten Person eine Lungenerkrankung im Endstadium festgestellt. Diese führt zu einer chronischen respiratorischen Insuffizienz. Es muss mindestens einer der nachfolgenden Umstände nachgewiesen werden:
- Es ist eine ununterbrochene Sauerstoffversorgung wegen Hypoxie erforderlich.
- Das forcierte exspiratorische Volumen (FEV1) beträgt nach dem Tiffeneau-Test dauerhaft weniger als ein Liter.
- Es besteht Atemnot im Ruhezustand (Ruhedyspnoe).
- Eine arterielle Blutgasanalyse hat einen partiellen Sauerstoffdruck von 55 mm Hg oder weniger ergeben (Pa02 ≤ 55 mm Hg).

(6) Eingeschränkte Leberfunktion
Eine internistische Praxis hat bei der versicherten Person eine Lebererkrankung oder Leberzirrhose im Endstadium festgestellt. Es müssen dabei mindestens zwei der folgenden Krankheitsbilder vorliegen:
- Leber-Hirn-Störung (Hepatische Enzephalopathie).
- Ansammlung von Flüssigkeit in der Bauchhohle (Aszites).
- Permanente Gelbsucht.
- Krampfadern (Varizen) in der Speiseröhre oder im Magen.

Fortgeschrittene Lebererkrankungen sind nicht versichert, wenn sie nachweislich durch Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit oder -missbrauch entstanden sind.

(7) Koma
Die versicherte Person ist in ein voll ausgeprägtes Koma gefallen unter dauerndem Einsatz von lebenserhaltenen Systemen. Bei dieser quantitativen Bewusstseinsstörung kann die versicherte Person auch durch starke äußere Stimuli, wie wiederholte Schmerzreize, nicht geweckt werden. Die Diagnose wurde durch eine Praxis für Neurologie / Psychiatrie gestellt. Ein ärztlich verordnetes künstliches Koma ist ausgeschlossen.

(8) Weitere Einzelheiten der Soforthilfe:
Während wir die Soforthilfe erbringen, können wir prüfen, ob die versicherte Person berufsunfähig im Sinne dieser Bedingungen ist. Falls und solange Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erbracht werden, besteht kein Anspruch auf Sofortleistungen. Wenn die Leistungsprüfung ergibt, dass bei der versicherten Person Berufsunfähigkeit vorliegt und für den Zeitraum seit Eintritt der festgestellten Berufsunfähigkeit bereits Sofortleistungen erbracht wurden, so werden diese Leistungen mit den für diesen Zeitraum fälligen Berufsunfähigkeitsleistungen verrechnet. Dies gilt auch für erbrachte Leistungen aus der Option „U“ – Überbrückungsleistung gemäß § 2 dieser Bedingungen und Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit gemäß Teil III: Besondere Bedingungen für die Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit.

Ergibt sich aus unserer Leistungsentscheidung zur Berufsunfähigkeit nach § 6 dieser Bedingungen, dass wir unsere Leistungspflicht für den Zeitraum, für den Soforthilfe gezahlt wurde, nicht anerkennen, ist die erbrachte Soforthilfe nur für den Fall zurückzuzahlen, dass wir infolge vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung vom Vertrag zurücktreten oder diesen anfechten (vgl. Teil I: Allgemeine Bestimmungen § 3).

Ausschlüsse und Besondere Vereinbarungen der Berufsunfähigkeits-Versicherung gelten auch für die Soforthilfe.

(9) Beantragung der Soforthilfe:
Bei der Beantragung genügt es, dem Antrag einen Bericht der betreffenden medizinischen Fachrichtung beizufügen, der Folgendes dokumentiert:
- Detaillierte Beschreibung der Erkrankung,
- Zeitpunkt der erstmaligen Diagnose,
- Bei Krebserkrankung: Behandlungsplan nebst Tumorklassifikation,
- Bei Herzinfarkt/Schlaganfall: Befund der Verlaufskontrolle, jeweils 14-tägig,
- Bei Lungenerkrankung: Nachweis über begonnene Sauerstoffversorgung.

(10) Beginn und Dauer der Soforthilfe:
Der Anspruch auf Soforthilfe entsteht mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die in diesem § 19 beschriebene Krankheit und Symptomatik eintrat, frühestens indes zum vereinbarten Beginn der Berufsunfähigkeits-Versicherung. Eine etwaig vereinbarte Karenzzeit gemäß § 2 dieser Bedingungen gilt auch für den Anspruch auf Soforthilfe. Der Anspruch ist auf 15 Monate befristet und endet unabhängig von dieser Befristung in jedem Fall jedoch mit Ablauf der Leistungsdauer, für die die Berufsunfähigkeitsversicherung abgeschlossen ist.

*) Eine Deckungsrückstellung müssen wir für jeden Versicherungsvertrag bilden um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können. Deren Berechnung wird nach § 88 Absatz 3 VAG und §§ 341e, 341f HGB sowie nach den dazu erlassenen Rechtsverordnungen geregelt.

**) Das rechnungsmäßige Alter ergibt sich bei Versicherungsbeginn aus der Zahl der seit Geburt vollendeten Lebensjahre der versicherten Person, wobei ein bereits begonnenes, aber noch nicht vollendetes Lebensjahr hinzugerechnet wird, falls davon mehr als sechs Monate verstrichen sind. Danach erhöht es sich mit Ablauf eines jeden Versicherungsjahres um ein Jahr.

Anhang zu den Versicherungsbedingungen

Informationen zur Kündigung und Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung

Bei Ihrer Versicherung handelt es sich um ein langfristig kalkuliertes Produkt, bei dem schon bei Vertragsschluss eine garantierte Rente fest zugesagt wird. Daneben übernehmen wir - je nach Vereinbarung - weitere Risiken. Wir dürfen diese Leistungsversprechen nur unter Berücksichtigung angemessener versicherungsmathematischer Annahmen abgeben.

Beiträge und Leistungen werden unter der Annahme berechnet, dass der Vertrag nicht vorzeitig beendet wird.

Die Kündigung oder Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung ist daher mit Nachteilen verbunden.

Im Falle der Kündigung erreicht der Rückkaufswert erst nach einem bestimmten Zeitpunkt die Summe der eingezahlten Beiträge, da aus diesen auch Abschluss- und Vertriebskosten sowie Kosten für die Verwaltung des gebildeten Kapitals finanziert werden und der in den Versicherungsbedingungen erwähnte Abzug erfolgt. Bei seiner Kalkulation werden folgende Umstände berücksichtigt:

- Veränderungen der Risiko- und Ertragslage
  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, wird in Form eines kalkulatorischen Ausgleichs sichergestellt, dass der Risikogemeinschaft durch die vorzeitige Vertragskündigung kein Nachteil entsteht.

  Wir kalkulieren im Übrigen so, dass alle Verträge über ihre Laufzeit hinweg zu den Erträgen beitragen. Diese Erträge fallen i.d.R. erst in späteren Versicherungsjahren an. Vorzeitige Vertragsauflösungen schmälern daher den tariflich kalkulierten Ertrag.

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

Im Falle der Beitragsfreistellung gelten vorstehende Ausführungen entsprechend.

Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zugrundeliegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beziffern ist, entfällt der Abzug bzw. wird - im letzteren Falle - entsprechend herabgesetzt.

Erklärungen von Fachbegriffen

Bewertungsreserven
Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem handelsrechtlichen Buchwert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz (siehe Geschäftsbericht) ausgewiesen sind.

Deckungsrückstellung
Ist eine handelsrechtlich zu bildende Rückstellung auf der Passivseite der Bilanz. Sie dient dazu, die künftigen Leistungen sicherzustellen.

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

Leistungsdauer
Mit Leistungsdauer wird der Zeitraum ab Versicherungsbeginn bezeichnet und definiert das Ablaufdatum der Leistungsdauer, bis zu dem Leistungen längstens erbracht werden.

Rechnungsgrundlagen
Als Rechnungsgrundlagen bezeichnen wir Annahmen über die Invalidisierung, Sterblichkeit, den Zins und die Kosten. Sie dienen dazu Beiträge und Leistungen zu berechnen. Für die geschlechtsunabhängige Tarifkalkulation der Berufsunfähigkeitsversicherung verwenden wir einen einheitlichen Rechnungszins und Ausscheideordnungen basierend auf den Tafeln der Deutschen Aktuarvereinigung e. V. (DAV).

Textform
Wenn Sie uns oder wir Ihnen Mitteilungen machen, kann dies in unterschiedlicher Form geschehen. Wenn für eine Mitteilung die Textform gefordert ist, bedeutet dies Folgendes: Die Mitteilung kann dann per Brief oder E-Mail erfolgen.

Überschussanteilsätze
Dies sind die konkreten Prozentsätze, mit denen wir unsere Versicherungsnehmer an den Überschüssen beteiligen. Sie können sich von Jahr zu Jahr oder auch in der Bezugsgröße unterscheiden.

Überschussbeteiligung
An unseren Überschüssen und den Bewertungsreserven beteiligen wir Sie nach den gesetzlichen Vorschriften.

Überschüsse
Überschüsse sind die Erträge, die wir erwirtschaften abzüglich unserer Aufwendungen. In der Lebensversicherung gibt es im Wesentlichen drei Überschussarten: Zins-, Risiko- und Kostenüberschüsse.

Überschussverwendungsformen
Bezeichnet die Art und Weise, wie die zugeteilten Überschussanteile verwendet werden.

Unverzüglich
Bedeutet „ohne schuldhaftes Zögern“. Umgangssprachlich versteht man damit: so schnell wie möglich.

Versicherte Person
Ist die Person, für die ein bestimmtes Risiko versichert ist. Diese Person ist im Versicherungsschein benannt. Ein Beispiel: Bei einer Berufsunfähigkeitsversicherung versichern wir für diese Person das Risiko, dass diese Person ihren Beruf nicht mehr ausüben kann.

Versicherungsdauer
Die Versicherungsdauer ist der Zeitraum, innerhalb dessen Versicherungsschutz besteht. Sie bestimmt den Endtermin, bis zu dem ein Versicherungsfall spätestens eintreten muss, damit ein Leistungsanspruch entstehen kann.

Versicherungsjahr
Sind volle zwölf Monate ab dem Zeitpunkt, zu dem die Versicherung beginnt. Alle Versicherungsjahre eines Vertrags beginnen oder enden immer zu diesem Zeitpunkt. Beispiel: Die Versicherung beginnt am 1. April um 00.00 Uhr. Ein Versicherungsjahr läuft dann vom 1. April 00.00 Uhr eines Jahres bis zum 31. März 24.00 Uhr des darauffolgenden Jahres.

Versicherungsnehmer
Ist die Person, die unser Vertragspartner ist. Sie schließt den Vertrag mit uns ab und erhält den Versicherungsschein. Grundsätzlich betreffen den Versicherungsnehmer alle Rechte und Pflichten, die sich aus dem Vertrag ergeben. Der Versicherungsnehmer kann von der Versicherten Person und dem Begünstigten aus der Versicherung abweichen.

Versicherungsperiode
Die Versicherungsperiode umfasst bei Einmalbeitrags- und Jahreszahlung ein Jahr, ansonsten entsprechend der Beitragszahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.