NÜRNBERGER VERSICHERUNG

NÜRNBERGER
Lebensversicherung AG

Allgemeine Bedingungen für die NÜRNBERGER Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung (Premium-Schutz)

GN331075_202610

Inhalt

Einführung

Leistung

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

§ 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

§ 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

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

§ 7 Welche Anzeige- und Mitwirkungspflichten sind zu beachten und welche Folgen hat eine Pflichtverletzung?

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

§ 9 Was gilt nach Anerkennung der Berufsunfähigkeit und/oder der Pflegebedürftigkeit?

§ 10 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten im Rahmen der Nachprüfung?

§ 11 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

§ 12 Wer erhält die Leistung?

Beitrag

§ 13 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

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

Gestaltungsmöglichkeiten nach Versicherungsbeginn

§ 15 Welche Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie nach Versicherungsbeginn?

Kündigung und Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung

§ 16 Welche anderen Möglichkeiten als eine Kündigung oder eine Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?

§ 17 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen und welche Leistungen erbringen wir?

§ 18 Wann können Sie Ihren Vertrag in eine prämienfreie Versicherung umwandeln und welche Auswirkungen hat dies?

Kosten

§ 19 Welche Kosten sind in Ihrem Vertrag vereinbart?

§ 20 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

Sonstige Vertragsbestimmungen

§ 21 Was gilt, wenn sich Ihre Postanschrift und/oder Ihr Name ändern?

§ 22 Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?

§ 23 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

§ 24 Streitschlichtungsstelle, Aufsichtsbehörde und Gerichtsstand

Begriffsbestimmungen

Einführung

Bitte beachten Sie, dass die in den nachfolgenden Bedingungen verwendeten Begriffe der Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit nicht mit den Begriffen der Berufsunfähigkeit, Erwerbsminderung, Pflegebedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit im sozialrechtlichen Sinne oder den entsprechenden Begriffen im Sinne der Versicherungsbedingungen der privaten Krankentagegeldversicherung übereinstimmen.
Eine Ausnahme ist die Berufsunfähigkeit infolge voller Erwerbsminderung nach § 2 Absatz 5, bei der es auf eine volle Erwerbsminderung im sozialrechtlichen Sinn ankommen kann.

Leistung

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

Unsere Leistungspflicht setzt den Eintritt eines Versicherungsfalls (Berufsunfähigkeit oder Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit, Pflegebedürftigkeit, Arbeitsunfähigkeit, spezielle Beeinträchtigung, Wiedereingliederung, Umorganisation, Rehabilitation) während der Versicherungsdauer voraus. Die Versicherungsdauer ist der Zeitraum, innerhalb dessen Versicherungsschutz besteht.
Die Leistungsdauer bezeichnet den Zeitraum, bis zu dessen Ablauf eine während der Versicherungsdauer anerkannte Leistung längstens erbracht wird. Bei unseren Leistungen bei Berufsunfähigkeit sowie Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit (siehe Absätze 1 bis 3) entspricht die Leistungsdauer der Versicherungsdauer.
Bei unserer Zusatzleistung bei Pflegebedürftigkeit (siehe Absätze 5 bis 7) geht die lebenslange Leistungsdauer über die Versicherungsdauer hinaus. Bei unseren Leistungen bei speziellen Beeinträchtigungen (siehe Absätze 9 bis 12) ist die Leistungsdauer auf maximal

24 Monate begrenzt. Für Leitungen wegen Arbeitsunfähigkeit aus dem AU-Schutz (siehe Absätze 15 bis 18) beträgt die maximale Leistungsdauer 36 Monate. Die Leistungen aus dem AU-Beitragsschutz sind je Leistungsfall auf 6 Monate begrenzt. Bei der Wiedereingliederungshilfe, der Umorganisationshilfe sowie der Rehabilitationshilfe handelt es sich jeweils um eine einmalige Kapitalleistung (ohne Leistungsdauer).

Unsere Leistungen bei Berufsunfähigkeit

(1) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer entweder

- berufsunfähig (siehe § 2 Absätze 1 bis 6) oder
- berufsunfähig infolge Pflegebedürftigkeit (siehe § 2 Absätze 7 bis 10), ohne dass Berufsunfähigkeit im Sinne von § 2 Absätze 1 bis 6 vorliegt,

erbringen wir folgende Leistungen:

- Wir zahlen die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente, längstens für die Versicherungsdauer. Diese Berufsunfähigkeitsrente wird in den Allgemeinen Vertragsdaten Ihres Versicherungsscheins als "Monatsrente bei tarifgemäßer Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit" bezeichnet. Wenn Sie eine garantierte Rentensteigerung eingeschlossen haben, erhöht sich unsere Berufsunfähigkeits-Rentenzahlung nach dem Eintritt des Versicherungsfalls bis zu dessen Ende garantiert zum Beginn jedes Versicherungsjahres um den in den Allgemeinen Vertragsdaten genannten Prozentsatz (garantierte Rentensteigerung nach Rentenbeginn). Mit dem Ende des Versicherungsfalls wird die Erhöhung auf 0,00 EUR gesetzt. Bei Eintritt eines weiteren Versicherungsfalls beginnt die Rentenzahlung also wieder mit der nicht erhöhten Rente und steigert sich von da aus neu bis zum Ende des weiteren Versicherungsfalls um den in den Allgemeinen Vertragsdaten genannten Prozentsatz; frühere Rentensteigerungen bleiben unberücksichtigt. Endet ein Versicherungsfall und tritt innerhalb von 24 Monaten ein neuer Versicherungsfall aufgrund derselben Ursache ein, beginnt die Rentenzahlung mit der aus dem ersten Versicherungsfall erreichten Rente und steigert sich von da aus weiter.
- Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für die Berufsunfähigkeitsversicherung sowie eventuell eingeschlossene Zusatzversicherungen, längstens für die vereinbarte Beitragszahlungsdauer.

Im vorliegenden Tarif gilt: Bei Berufsunfähigkeit nach § 2 Absätze 1 bis 6 erbringen wir unterhalb eines Grades der Berufsunfähigkeit von 50 % keine Leistungen. Bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit nach § 2 Absätze 7 bis 10 erbringen wir unsere Leistungen auch unterhalb eines Grades der Berufsunfähigkeit von 50 %.

(2) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Berufsunfähigkeits-Rentenzahlung entsteht

- mit Ablauf des Versicherungsmonats, in dem die Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen eingetreten ist;
- im Fall einer vereinbarten Karenzzeit mit Ablauf des Versicherungsmonats, in dem die Karenzzeit abläuft. Der Ablauf der Karenzzeit setzt voraus, dass die Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen während der Karenzzeit ununterbrochen bestanden hat und bei deren Ablauf noch andauert. Endet ein Versicherungsfall (Berufsunfähigkeit) und tritt innerhalb von 24 Monaten ein neuer Versicherungsfall (Berufsunfähigkeit) aufgrund derselben Ursache ein, werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten berücksichtigt.

(3) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Berufsunfähigkeits-Rentenzahlung endet in folgenden Fällen mit Ablauf des jeweiligen Versicherungsmonats:

- Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt nicht mehr vor. War unsere Leistungspflicht anerkannt oder gerichtlich festgestellt, ist die Anspruchsbeendigung an die Voraussetzungen und Fristen nach § 9 gebunden.
- Die versicherte Person stirbt.
- Die Versicherungsdauer läuft ab.

(4) Wird die versicherte Person erst nach dem Ablauf der Versicherungsdauer berufsunfähig bzw. pflegebedürftig, besteht kein Anspruch auf eine Versicherungsleistung.

Für nach Ablauf der Versicherungsdauer eintretende Fälle der Pflegebedürftigkeit benötigen Sie eine Anschluss-Pflegerenten-Versicherung, die Sie unter den in § 15 Absatz 10 näher genannten Voraussetzungen innerhalb der letzten 3 Monate vor Ablauf der Versicherungsdauer ohne erneute Gesundheitsprüfung abschließen können. Der Abschluss der Anschluss-Pflegerenten-Versicherung ist prinzipiell auch dann noch möglich, wenn wir bereits Leistungen wegen Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit erbracht haben, aber noch keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit und/oder Zusatzleistungen wegen Pflegebedürftigkeit. Bitte beachten Sie in Ihrem eigenen Interesse die Antragsfrist und tragen Sie dafür Sorge, dass uns Ihr Antrag rechtzeitig vor Ablauf der Versicherungsdauer in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) zugeht.

Unsere Zusatzleistung bei Pflegebedürftigkeit (Pflege-Schutz)

(5) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer pflegebedürftig (siehe § 2 Absätze 7 bis 10), zahlen wir zusätzlich die vereinbarte lebenslange Pflegerente und diese auch über die Versicherungsdauer hinaus, längstens jedoch bis zum Tod der versicherten Person.
Diese lebenslange Pflegerente wird in den Allgemeinen Vertragsdaten Ihres Versicherungsscheins als "lebenslange Monatsrente bei Pflegebedürftigkeit" bezeichnet. Wenn Sie eine garantierte Rentensteigerung eingeschlossen haben, erhöht sich unsere Pflegerentenzahlung um den in den Allgemeinen Vertragsdaten genannten Prozentsatz (garantierte Rentensteigerung nach Rentenbeginn). Die Erhöhung der Pflegerentenzahlung erfolgt nach dem Eintritt der Pflegebedürftigkeit bis zu deren Ende, auch über die Versicherungsdauer hinaus, längstens jedoch bis zum Tod der versicherten Person, garantiert zum Beginn jedes Versicherungsjahres. Mit dem Ende der Pflegebedürftigkeit wird die Erhöhung auf 0,00 EUR gesetzt. Bei Eintritt einer erneuten Pflegebedürftigkeit beginnt die Rentenzahlung also wieder mit der nicht erhöhten Rente und steigert sich von da aus um den in den Allgemeinen Vertragsdaten genannten Prozentsatz; frühere Rentensteigerungen bleiben unberücksichtigt. Endet die Pflegebedürftigkeit und tritt innerhalb von 24 Monaten eine erneute Pflegebedürftigkeit aufgrund derselben Ursache ein, beginnt die Rentenzahlung mit der aus der ersten Pflegebedürftigkeit erreichten Rente und steigert sich von da aus weiter.

(6) Der Anspruch auf lebenslange Pflegerentenzahlung entsteht

- mit Ablauf des Versicherungsmonats, in dem die Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen eingetreten ist;

- im Fall einer vereinbarten Karenzzeit mit Ablauf des Versicherungsmonats, in dem die Karenzzeit abläuft. Der Ablauf der Karenzzeit setzt voraus, dass die Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen während der Karenzzeit ununterbrochen bestanden hat und bei deren Ablauf noch andauert. Endet ein Versicherungsfall (Pflegebedürftigkeit) und tritt innerhalb von 24 Monaten ein neuer Versicherungsfall (Pflegebedürftigkeit) aufgrund derselben Ursache ein, werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten berücksichtigt. Tritt die Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen nachträglich zu einer bestehenden Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen hinzu, gilt für die zusätzliche lebenslange Pflegerente keine separate Karenzzeit. Endet die Karenzzeit erst nach Ablauf der Versicherungsdauer, so zahlen wir die lebenslange Pflegerente, wenn die Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen während der Karenzzeit ununterbrochen bestanden hat.

(7) Der Anspruch auf lebenslange Pflegerentenzahlung endet in folgenden Fällen mit Ablauf des jeweiligen Versicherungsmonats:

- Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt nicht mehr vor. War unsere Leistungspflicht anerkannt oder gerichtlich festgestellt, ist die Anspruchsbeendigung an die Voraussetzungen und Fristen nach § 9 gebunden.
- Die versicherte Person stirbt.

(8) Wird die versicherte Person erst nach dem Ablauf der Versicherungsdauer pflegebedürftig, besteht kein Anspruch auf die lebenslange Pflegerente. Für nach Ablauf der Versicherungsdauer eintretende Fälle der Pflegebedürftigkeit benötigen Sie eine Anschluss-Pflegerenten-Versicherung. Vergleichen Sie hierzu Absatz 4 sowie § 15 Absatz 10.

Unsere Leistungen bei speziellen Beeinträchtigungen

(9) Ist die versicherte Person weder berufsunfähig noch berufsunfähig infolge Pflegebedürftigkeit und tritt bei ihr während der Versicherungsdauer eine spezielle Beeinträchtigung im Sinne des § 2 Absatz 14 ein, erbringen wir folgende Leistungen mit einer auf längstens 24 Monate begrenzten Leistungsdauer.

- Wir zahlen die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente, längstens für die Versicherungsdauer und längstens bis zum Ablauf der auf 24 Monate begrenzten Leistungsdauer für spezielle Beeinträchtigungen. Wenn Sie eine garantierte Rentensteigerung eingeschlossen haben, erhöht sich diese Berufsunfähigkeitsrente nach Eintritt der speziellen Beeinträchtigung und bis zu deren Ende, längstens 24 Monate, und zwar zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres, um den in den Allgemeinen Vertragsdaten genannten Prozentsatz (garantierte Rentensteigerung nach Rentenbeginn). Nach dem Ende der speziellen Beeinträchtigung, längstens aber nach 24 Monaten, wird die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente zurückgesetzt. Das bedeutet, dass bei jedem danach während der Versicherungsdauer eintretenden Versicherungsfall die Berufsunfähigkeits-Rentenzahlung wieder in Höhe der ursprünglich versicherten Berufsunfähigkeitsrente beginnt; in der Vergangenheit eventuell bereits erfolgte garantierte Rentensteigerungen werden nicht angerechnet.
- Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für die Berufsunfähigkeitsversicherung sowie eventuell eingeschlossene Zusatzversicherungen, längstens für die Beitragszahlungsdauer und längstens bis zum Ablauf der auf 24 Monate begrenzten Leistungsdauer.

(10) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Berufsunfähigkeits-Rentenzahlung wegen einer speziellen Beeinträchtigung entsteht

- mit Ablauf des Versicherungsmonats, in dem die spezielle Beeinträchtigung (siehe § 2 Absatz 14) eingetreten ist;
- im Fall einer vereinbarten Karenzzeit mit Ablauf des Versicherungsmonats, in dem die Karenzzeit abläuft. Der Ablauf der Karenzzeit setzt voraus, dass die spezielle Beeinträchtigung während der Karenzzeit ununterbrochen bestanden hat und bei deren Ablauf noch andauert. Die maximale Leistung von 24 Monatsrenten verkürzt sich um die Zahl an Monatsrenten, die auf die Karenzzeit entfallen.

(11) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Berufsunfähigkeits-Rentenzahlung wegen einer speziellen Beeinträchtigung endet in folgenden Fällen mit Ablauf des jeweiligen Versicherungsmonats:

- Die 24-monatige Leistungsdauer läuft ab.
- Die spezielle Beeinträchtigung im Sinne des § 2 Absatz 14 liegt nicht mehr vor oder die versicherte Person wird berufsunfähig bzw. berufsunfähig infolge Pflegebedürftigkeit. War unsere Leistungspflicht wegen spezieller Beeinträchtigung anerkannt oder gerichtlich festgestellt, ist eine Anspruchsbeendigung vor Ablauf der 24-monatigen Leistungsdauer an die Voraussetzungen und Fristen nach § 9 gebunden.
- Die versicherte Person stirbt.
- Die Versicherungsdauer läuft ab.

(12) Leistungen nach den Absätzen 9 bis 11 können nur einmalig in Anspruch genommen werden. Mit der Anspruchsbeendigung nach Absatz 11 erlischt die Leistungspflicht aus den Absätzen 9 bis 11 insgesamt und endgültig. Dies gilt auch dann, wenn die 24-monatige Leistungsdauer bis zur Beendigung noch nicht voll ausgeschöpft war.

Unsere Leistung bei Rehabilitationsmaßnahmen

(13) Wurde die versicherte Person während der Versicherungsdauer berufsunfähig (siehe § 2 Absätze 1 bis 6) oder berufsunfähig infolge Pflegebedürftigkeit (siehe § 2 Absätze 7 bis 10) und hat sie deswegen freiwillig einen oder mehrere Rehabilitations-Dienst(e) auf eigene Kosten in Anspruch genommen, zahlen wir eine Rehabilitationshilfe von bis zu maximal 2.000,00 EUR.
Voraussetzung ist, dass die Inanspruchnahme des Rehabilitations-Dienstes geeignet ist, zu einer schnelleren Wiederherstellung der Berufsfähigkeit beizutragen. Ihnen steht die freie Wahl aus allen am Markt verfügbaren entsprechenden Dienstleistern offen. Wenn Sie sich bereits im Vorfeld einer Inanspruchnahme an uns wenden, prüfen wir gerne vorab, ob wir eine entsprechende Eignung anerkennen. Ob die Maßnahmen tatsächlich den beabsichtigten Erfolg erzielen, ist für unsere Leistung ohne Bedeutung.

Die Rehabilitationshilfe kann einmalig oder mehrfach in Anspruch genommen werden, insgesamt jedoch maximal in Höhe einer Gesamtleistung von 2.000,00 EUR für alle bei der NÜRNBERGER Versicherung auf die versicherte Person abgeschlossenen Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)versicherungen.

Unsere Leistung bei Wiedereingliederung

(14) Wurde die versicherte Person während der Versicherungsdauer berufsunfähig (siehe § 2 Absätze 1 bis 6) und stellen wir unsere anerkannte oder gerichtlich festgestellte Leistungspflicht nach § 9 ein, zahlen wir eine Wiedereingliederungshilfe, wenn außerdem die beiden folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die versicherte Person hat eine Umschulungsmaßnahme durch das Arbeitsamt oder einen anderen Träger erfolgreich abgeschlossen und übt wieder eine Tätigkeit aus, die sie aufgrund der bisherigen und/oder der neu erworbenen beruflichen Fähigkeiten und/oder Ausbildungen ausüben kann und die ihrer Lebensstellung bei Eintritt der Berufsunfähigkeit entspricht.
- Bei Entstehen des Anspruchs auf Wiedereingliederungshilfe, das heißt zum Zeitpunkt der Einstellung der Zahlungen im Nachprüfungsverfahren nach § 9, beträgt die verbleibende Versicherungsdauer noch mindestens 12 Monate.

Die Wiedereingliederungshilfe ist eine einmalige Kapitalleistung in Höhe von 6 monatlichen Berufsunfähigkeitsrenten, insgesamt maximal 15.000,00 EUR für alle bei der NÜRNBERGER Versicherung auf die versicherte Person abgeschlossenen Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)versicherungen. Eine Monatsrente entspricht dabei der zuletzt vor Leistungseinstellung gezahlten Monatsrente. Bei erneuter Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, spezieller Beeinträchtigung oder Arbeitsunfähigkeit innerhalb von 6 Monaten wird eine geleistete Wiedereingliederungshilfe dann auf neu entstehende Rentenansprüche zu deren Tilgung angerechnet, wenn die erneute Leistungspflicht auf dem im Wesentlichen gleichen medizinischen Grund beruht.

Unsere Leistungen bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit

AU-Schutz

(15) Leistungen wegen vorübergehender Arbeitsunfähigkeit einerseits und Berufsunfähigkeit/Pflegebedürftigkeit bzw. wegen spezieller Beeinträchtigung anderseits können nicht für identische Zeiträume bezogen werden. Mit dieser Maßgabe gilt:

Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer

- mindestens 6 Wochen ununterbrochen vollständig arbeitsunfähig (siehe § 2 Absätze 11 und 12) und bescheinigt ein Facharzt das voraussichtliche Fortdauern der Arbeitsunfähigkeit bis zum Ende eines insgesamt sechs Monate ununterbrochenen Zeitraums,
- mindestens 6 Monate ununterbrochen vollständig arbeitsunfähig (siehe § 2 Absätze 11 und 12),

erbringen wir folgende Leistungen:

- Wir zahlen eine Arbeitsunfähigkeitsrente in Höhe der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente, längstens für die vereinbarte Versicherungsdauer, wobei die Leistung auf insgesamt maximal 36 Monatsrenten beschränkt ist. Bei vereinbarter Karenzzeit verkürzt sich die maximale Leistung von 36 Monatsrenten um die Zahl an Monatsrenten, die auf die Karenzzeit entfallen. Wenn Sie eine garantierte Rentensteigerung eingeschlossen haben, erhöht sich diese Arbeitsunfähigkeitsrente nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit und bis zu deren Ende, längstens 36 Monate, und zwar zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres, um den in den Allgemeinen Vertragsdaten genannten Prozentsatz (garantierte Rentensteigerung nach Rentenbeginn).
  Nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit, längstens aber nach 36 Monaten, wird die Erhöhung der Arbeitsunfähigkeitsrente zurückgesetzt. Das bedeutet, dass bei jedem danach während der Versicherungsdauer eintretenden Versicherungsfall die Berufsunfähigkeits- bzw. die Arbeitsunfähigkeits-Rentenzahlung wieder in Höhe der ursprünglich versicherten Berufsunfähigkeitsrente beginnt; in der Vergangenheit eventuell bereits erfolgte garantierte Rentensteigerungen werden nicht angerechnet.
- Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für die Berufsunfähigkeitsversicherung sowie eventuell eingeschlossene Zusatzversicherungen, längstens für die vereinbarte jeweilige Beitragszahlungsdauer sowie längstens für die Zeit, für die wir gemäß dem vorstehenden Punkt eine Arbeitsunfähigkeitsrente zahlen.

Ist die versicherte Person während der Versicherungsdauer mehrmals 6 Monate ununterbrochen arbeitsunfähig im Sinne dieser Bedingungen, ist die Leistungsdauer für alle eintretenden Arbeitsunfähigkeitszeiten zusammen auf 36 Monate beschränkt.

(16) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rentenzahlung entsteht

- nach Ablauf von 6 Wochen mit der Erstellung der Fortdauer-Bescheinigung bis zum Ende des 6. Monats, dann rückwirkend auf den Zeitpunkt des Ablaufs des ersten vollen Versicherungsmonats, in dem die Arbeitsunfähigkeit eingetreten ist;
- mit Ablauf des sechsten vollen Versicherungsmonats rückwirkend auf den Zeitpunkt des Ablaufs des ersten vollen Versicherungsmonats, in dem die Arbeitsunfähigkeit eingetreten ist;
- im Fall einer vereinbarten Karenzzeit nach dem Ablauf des vierten vollen Versicherungsmonats mit der Erstellung der Fortdauer-Bescheinigung für den vierten bis sechsten Monat, dann rückwirkend auf den Zeitpunkt des Ablaufs der Karenzzeit. Der Ablauf der Karenzzeit setzt voraus, dass die Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen während der Karenzzeit ununterbrochen bestanden hat und bei deren Ablauf noch andauert. Endet ein Versicherungsfall (Arbeitsunfähigkeit) und tritt innerhalb von 36 Monaten ein neuer Versicherungsfall (Arbeitsunfähigkeit) aufgrund derselben Ursache ein, werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten berücksichtigt;
- im Fall einer vereinbarten Karenzzeit mit dem Ablauf des sechsten vollen Versicherungsmonats, rückwirkend auf den Zeitpunkt des Ablaufs der Karenzzeit. Der Ablauf der Karenzzeit setzt voraus, dass die Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen während der Karenzzeit ununterbrochen bestanden hat und bei deren Ablauf noch andauert. Endet ein Versicherungsfall (Arbeitsunfähigkeit) und tritt innerhalb von 36 Monaten ein neuer Versicherungsfall (Arbeitsunfähigkeit) aufgrund derselben Ursache ein, werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten berücksichtigt.

(17) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rentenzahlung wegen Arbeitsunfähigkeit endet in folgenden Fällen mit Ablauf des jeweiligen Versicherungsmonats:

- Die vorübergehende Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt nicht mehr vor.
- Die versicherte Person stirbt.
- Die Versicherungsdauer läuft ab.
- Die maximale Anzahl von insgesamt 36 Monatsrenten wegen vorübergehender Arbeitsunfähigkeit wurde erbracht.
- Die Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit/Pflegebedürftigkeit ist von uns anerkannt bzw. gerichtlich festgestellt, oder Leis-

tungen wegen Berufsunfähigkeit/Pflegebedürftigkeit werden von uns erbracht.

(18) Sobald wir Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit oder wegen einer speziellen Beeinträchtigung im Sinne dieser Bedingungen erbringen, stellen wir unsere Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit ein. Wurde von uns ein Anspruch auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit rückwirkend anerkannt, werden etwaige im maßgeblichen Zeitraum wegen Arbeitsunfähigkeit erbrachte Leistungen mit dem Anspruch verrechnet; wir behandeln die Leistungen des maßgeblichen Zeitraums dann rückwirkend als solche wegen Berufsunfähigkeit, das heißt diese Monate werden nicht auf die maximale Leistungsdauer von 36 Monatsrenten wegen Arbeitsunfähigkeit angerechnet.

AU-Beitragsschutz

(19) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer arbeitsunfähig und hat diese Arbeitsunfähigkeit ununterbrochen 6 Wochen angedauert, können Sie für die weitere Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit die Beitragszahlung

- zum Beginn des Folgemonats,
- längstens befristet bis zu 6 Kalendermonaten

aussetzen. Sind Zusatzversicherungen eingeschlossen, wird die Beitragszahlungspflicht auch für diese ausgesetzt. Der vereinbarte Versicherungsschutz bleibt im Unterschied zur Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung (vergleiche § 18) während der Aussetzung in vollem Umfang bestehen.

Der Aussetzungszeitraum endet mit Wegfall der Arbeitsunfähigkeit, spätestens aber nach dem Ablauf von 6 Kalendermonaten.

Der Anspruch auf Beitragsaussetzung besteht nicht, wenn und solange Sie von der Pflicht zur Zahlung der Beiträge befreit sind.

(20) Nach Ablauf des befristeten Aussetzens der Beitragszahlung wird die Versicherung beitragspflichtig fortgesetzt. Die nach Absatz 19 ausgesetzten Beiträge müssen nicht nachgezahlt werden.

(21) Eine beitragspflichtige Fortsetzung nach Absatz 20 erfolgt nicht, sofern

- Sie fristgerecht die Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung oder die Kündigung erklären oder
- wir Sie von der Pflicht zur Zahlung der Beiträge befreit haben.

Die Befreiung von der Pflicht zur Beitragszahlung ist Teil unserer Leistungen, wenn die versicherte Person berufsunfähig, berufsunfähig infolge Pflegebedürftigkeit ist, bei ihr während der Versicherungsdauer eine spezielle Beeinträchtigung eintritt oder wir Leistungen aus dem AU-Schutz oder der Krebsklausel erbringen.

(22) Wenn Sie ein befristetes Aussetzen der Beitragszahlung wegen Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person verlangen, benötigen wir entsprechende Nachweise (z. B. eine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung).

(23) Sobald die versicherte Person wieder arbeitsfähig ist, müssen Sie uns hierüber unverzüglich informieren. Die Versicherung wird zum Ersten des Folgemonats, nachdem die versicherte Person wieder arbeitsfähig ist, beitragspflichtig fortgesetzt. Sofern Sie uns das Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit nicht nachweisen, endet die befristete Aussetzung der Beitragszahlung spätestens zum Ende des Monats, für den der letzte Nachweis erbracht wurde.

(24) Sie können das befristete Aussetzen der Beitragszahlung mehrmals in Anspruch nehmen. Voraussetzung hierfür ist, dass nach der Inanspruchnahme der vormaligen Beitragsaussetzung bis zum Beginn eines neuen Aussetzungszeitraums mindestens für einen zusammenhängenden Zeitraum von 6 Monaten wieder Beiträge in voller Höhe entrichtet wurden. Diese Voraussetzung entfällt, wenn die versicherte Person zwischen den Aussetzungszeiträumen Leistungen wegen Berufsunfähigkeit im Sinne von § 1 Absatz 1 bezogen hat.

Keine Leistung bei Tod (allenfalls Überschüsse)

(25) Stirbt die versicherte Person bei laufender Beitragszahlung, wird Ihr Versicherungsvertrag zur nächsten Beitragsfälligkeit beendet; eine Leistung aus der Hauptversicherung wird nicht fällig. War Ihr Versicherungsvertrag zuvor prämienfrei umgewandelt, wird er in diesem Fall zum nächsten Monatsersten (mittags 12 Uhr) beendet. Es erfolgt keine Auszahlung eines Rückkaufswerts aus der Hauptversicherung. Auch eine Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen. Sie erhalten jedoch - wenn und soweit vorhanden - die Überschüsse und Bewertungsreserven (siehe § 3 Absatz 5). Sind Zusatzversicherungen eingeschlossen, kommt es insoweit auf deren Versicherungsumfang an.

Sonstige Regelungen für alle Leistungen

(26) Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

(27) Eine Meldefrist besteht nicht (siehe § 7 Absatz 1). Eine frühzeitige Anzeige des Versicherungsfalls erleichtert jedoch die Prüfung Ihrer Ansprüche und verringert bzw. vermeidet etwaige Feststellungsschwierigkeiten.

(28) Die jeweilige Rente zahlen wir monatlich im Voraus.

(29) Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf das uns angegebene Konto. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Zahlungsverkehrsraumes (SEPA) trägt der Empfangsberechtigte die damit verbundene Gefahr. Eine Auszahlung in anderer Weise, insbesondere in bar oder per Scheck, ist ausgeschlossen.

(30) Ein entstandener Anspruch wird in der Regel erst fällig, wenn Sie Ihre Mitwirkungspflichten (siehe § 7 Absätze 3 bis 8) erfüllt haben und wir daraufhin unsere Erhebungen abschließen konnten (siehe § 7 Absatz 9). Wir entscheiden dann über die Leistungspflicht. Bis zu dieser Entscheidung müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter bezahlen; wir werden sie jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen.

GN331075_202610

Sie können in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) beantragen, dass Ihnen die Beiträge bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos gestundet werden. Stellt sich heraus, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht vorliegen, sind gestundete Beiträge unverzinst nachzuzahlen, entweder

- in Form einer einmaligen Zahlung oder
- - sofern ein ausreichendes Deckungskapital vorhanden ist - durch eine Verrechnung mit diesem Deckungskapital, was nach Ihrer Wahl entweder zu einer Verringerung der Versicherungsleistungen oder zu einer Erhöhung des zukünftigen Beitrags führt.

Bei Vereinbarung einer Karenzzeit werden die Beiträge für die Karenzzeit weder zurückerstattet noch gestundet, da während der Karenzzeit Beitragszahlungspflicht besteht.

Vorschuss bei Krebserkrankung (Krebsklausel)

(31) Bei einer Krebserkrankung leisten wir abweichend von Absatz 30 bereits vor dem Abschluss unserer Erhebungen zum Vorliegen des bedingungsgemäßen Versicherungsfalls nicht rückforderbare Vorschüsse auf unsere noch nicht fälligen Leistungen nach den Absätzen 1 bis 3, wenn die beiden folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die versicherte Person erkrankt während der Versicherungsdauer an Krebs im Sinne des § 2 Absatz 13 und es werden deswegen bei uns Leistungen nach Absatz 1 bis 3 beantragt. Zwischen der ersten Diagnose und dem Leistungsantrag liegen nicht mehr als sechs Monate.
- Der Vertrag muss zum Zeitpunkt der ersten Diagnose der Krebserkrankung bereits mindestens 6 Monate bestanden haben und eine etwaige Karenzzeit bereits abgelaufen sein.

Wir leisten die Vorschüsse monatlich mit Beginn des folgenden Monatsersten, nachdem der Krebs diagnostiziert und Leistungen nach Absatz 1 bis 3 beantragt wurden. Die Vorschüsse umfassen sowohl die Zahlung der monatlichen Berufsunfähigkeitsrente als auch die Befreiung von der Pflicht zur Zahlung der Beiträge zur Berufsunfähigkeitsversicherung. Wir leisten die Vorschüsse solange bis die Erhebungen zur Feststellung der Berufsunfähigkeit abgeschlossen sind, maximal jedoch für einen Zeitraum von 15 Monaten.
Sollten unsere Erhebungen ergeben, dass Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vorliegt, zahlen wir die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente und befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht; in diesem Fall werden die Vorschüsse mit dem Anspruch nach Absatz 1 bis 3 verrechnet. Vorschüsse und bedingungsgemäße Leistungen nach Absatz 1 bis 18 werden nicht doppelt gezahlt.
Sollten unsere Erhebungen ergeben, dass eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht vorliegt, verzichten wir auf die Rückforderung der erbrachten Vorschüsse.
Bessert sich der Gesundheitszustand der versicherten Person während des Vorschussbezuges, leisten wir die Vorschüsse längstens bis zum Ablauf der 15 Monate weiter.
Mit der Vorschusszahlung ist keine Verschiebung unserer Erhebungen zum Vorliegen der Berufsunfähigkeit und unserer Leistungspflicht nach den Absätzen 1 bis 3 verbunden. Diese Erhebungen werden von uns unverzüglich begonnen und durchgeführt.

Der Anspruch auf Vorschusszahlung endet in folgenden Fällen:

- Wir erkennen unsere Leistungspflicht nach Absatz 1 bis 3 an (oder diese wird festgestellt).
- Wir lehnen unsere Leistungspflicht nach Absatz 1 bis 3 ab und haben 15 Monatsvorschüsse (Rente und Beitragsbefreiung) geleistet.
- Mit Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt.
- Mit Ende der Versicherungsdauer.

Wenn die Voraussetzungen erfüllt sind, können Vorschüsse aus der Krebsklausel während der Versicherungsdauer auch mehrmals in Anspruch genommen werden.

(32) Wir beteiligen Sie an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven (siehe § 3).

Beratung und Hilfestellung

(33) Auf Wunsch beraten und unterstützen wir während der gesamten Vertragslaufzeit. Wir erteilen Auskünfte zum Versicherungsschutz allgemein sowie zu spezifischen Leistungen.

(34) Nach Meldung eines Versicherungsfalls stehen wir Ihnen beratend und unterstützend zur Seite. Wir helfen insbesondere bei folgenden Themen

- wie Sie Leistungen beantragen können,
- welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, um Leistungen zu erhalten,
- wie die Leistungsprüfung erfolgt,
- welche Unterlagen Sie einreichen müssen,
- wie Sie Ihren zuletzt ausgeübten Beruf beschreiben können,
- wie Selbstständige ihren Betrieb umorganisieren können.

Darüber hinaus nennen wir Ihnen geeignete Ansprechpartner, die Sie bei medizinischen oder beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen unterstützen können.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

Berufsunfähigkeit

(1) Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Verletzung des Körpers oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, gesundheitlich beeinträchtigt ist und

- voraussichtlich mindestens 6 Monate ununterbrochen außerstande ist oder
- bereits 6 Monate ununterbrochen außerstande gewesen ist,

ihren vor Eintritt des Versicherungsfalls zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, zu mindestens 50 % auszuüben, und sie auch keine andere Tätigkeit ausübt, zu der sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht (konkrete Verweisung). In beiden Fällen liegt bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit bereits von Beginn der Sechs-Monats-Frist an vor.

Als eine der Ausbildung und den Fähigkeiten sowie der bisherigen Lebensstellung entsprechende andere Tätigkeit wird nur eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich geringeren Kenntnisse und

Fähigkeiten erfordert und die in wirtschaftlicher Hinsicht (Vergütung) und sozialer Wertschätzung nicht spürbar unter das Niveau der bislang ausgeübten beruflichen Tätigkeit absinkt. Unzumutbar ist dabei jedenfalls eine Einkommensminderung von 20 % oder mehr gegenüber dem Bruttoeinkommen im zuletzt ausgeübten Beruf. Sollte der Bundesgerichtshof nachhaltig einen niedrigeren Prozentsatz als im Regelfall unzumutbare Einkommensminderung festlegen, werden wir diesen zu Ihren Gunsten anwenden. Im begründeten Einzelfall kann aber auch bereits heute eine unter 20 % liegende Einkommensminderung unzumutbar in diesem Sinne sein. Zugunsten von Studenten, Auszubildenden und bestimmten Kammerberufen bestehende besondere Regelungen finden Sie in Absatz 3.

Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung, das heißt wir prüfen nicht, ob die versicherte Person noch irgendeine andere Tätigkeit ausüben könnte.

Bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit ist grundsätzlich der zuletzt ausgeübte Beruf maßgebend, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, mit folgenden Maßgaben:

Die Bemessung des Grads der Berufsunfähigkeit erfolgt nach einer Gesamtbetrachtung. Berücksichtigt werden dabei der zeitliche Anteil der einzelnen beruflichen Tätigkeiten und die verbliebene Fähigkeit der versicherten Person zur Ausübung prägender beruflicher Tätigkeiten.

Unter prägenden beruflichen Tätigkeiten verstehen wir wesentliche, unverzichtbare berufliche Tätigkeiten, die untrennbarer Bestandteil eines beruflichen Gesamtvorgangs sind und deren Wegfall sich so dominierend auswirkt, dass die Gesamttätigkeit ohne sie nicht mehr in ein sinnvolles Arbeitsergebnis mündet.

Selbstständige, Angehörige der freien Berufe, Gesellschafter und Umorganisationshilfe

(2) Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn ein Selbstständiger, ein Angehöriger der freien Berufe oder Gesellschafter über seinen Einfluss auf die betriebliche Situation durch zumutbare Umorganisation eine Tätigkeit ausüben kann, durch die er eine unveränderte Stellung als Betriebsinhaber innehat.
Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie wirtschaftlich und betrieblich zweckmäßig ist. Die konkret ausgeübte oder im Rahmen der Umorganisation ausübbare Tätigkeit muss aufgrund der Gesundheitsverhältnisse sowie der Ausbildung und Fähigkeiten zumutbar sein und der bisherigen Lebensstellung entsprechen (siehe Absatz 1 Unterabsatz 2). Bei der Einkommensminderung ist der Gewinn vor Steuern maßgeblich.

Wir verzichten darauf, die Zumutbarkeit einer Umorganisation abstrakt zu prüfen, wenn

- die versicherte Person in ihrer täglichen Arbeitszeit mindestens zu 90 % kaufmännische, beratende, planerische oder organisatorische Tätigkeiten ausübt (z. B. als Rechtsanwalt, Notar, Steuerberater oder Wirtschaftsprüfer, Ingenieur, Informatiker oder Architekt) oder
- die versicherte Person in ihrem Betrieb weniger als 10 Mitarbeiter beschäftigt. Zu den Mitarbeitern zählen nur aus- oder angelernte Angestellte, ausgenommen sind Auszubildende, Praktikanten oder Werkstudenten oder
- die versicherte Person freiberuflich/selbstständig als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt oder Apotheker tätig ist.

Ist die Umorganisation zumutbar und liegt nur deshalb keine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit vor, beteiligen wir uns an den Kosten der Umorganisation: Wir zahlen Ihnen in diesem Fall eine Umorganisationshilfe in Höhe von 6 monatlichen Berufsunfähigkeitsrenten als einmalige Kapitalleistung, maximal 15.000,00 EUR für alle bei der NÜRNBERGER Versicherung auf die versicherte Person abgeschlossenen Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)versicherungen. Voraussetzung ist, dass die verbleibende Versicherungsdauer für eine eingeschlossene Berufsunfähigkeitsrente zum Zeitpunkt des Beginns der ohne die Möglichkeit der Umorganisation andernfalls gegebenen Berufsunfähigkeit noch mindestens 12 Monate beträgt. Tritt innerhalb eines Jahres nach Zahlung der Umorganisationshilfe bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit ein, wird die Umorganisationshilfe mit neu entstehenden Rentenansprüchen zu deren Tilgung verrechnet.

Besondere Regelungen

(3) Im Folgenden finden Sie die besonderen Regelungen für

- Arbeitszeitänderungen (Buchstabe a),
- Berufswechsel (Buchstabe b),
- Schüler (Buchstabe c),
- Studenten und Auszubildende (Buchstabe d),
- Kammerberufe (Buchstabe e),
- Hausfrauen/-männer (Buchstabe f) und
- Ausscheiden aus dem Berufsleben (Buchstabe g).

Arbeitszeitänderungen

a) Reduziert die versicherte Person während der Versicherungsdauer den zeitlichen Umfang ihres zuletzt ausgeübten Berufes aus gesundheitlichen Gründen, bleibt diese Reduzierung bei der Beurteilung der Berufsunfähigkeit unberücksichtigt.

Reduziert die versicherte Person während der Versicherungsdauer den zeitlichen Umfang ihrer beruflichen Tätigkeit aus anderen als gesundheitlichen Gründen, legen wir für einen Zeitraum von 10 Jahren ab der Reduzierung bei der Beurteilung der Berufsunfähigkeit den vorherigen zeitlichen Umfang der beruflichen Tätigkeit zugrunde. Nach Ablauf von 10 Jahren legen wir bei fortbestehender Arbeitszeitreduzierung den reduzierten zeitlichen Umfang zugrunde.

Erhöht die versicherte Person während der Versicherungsdauer den zeitlichen Umfang ihrer beruflichen Tätigkeit nicht nur vorübergehend, legen wir bei der Beurteilung der Berufsunfähigkeit zu ihren Gunsten den erhöhten zeitlichen Umfang zugrunde.

Berufswechsel

b) Ein Berufswechsel ist uns nicht anzuzeigen. Es genügt, wenn uns ein Berufswechsel nach Anzeige eines eingetretenen Versicherungsfalls im Rahmen der dann abzugebenden Beschreibung des zuletzt ausgeübten Berufs bekannt wird (siehe § 7 Absatz 4 Buchstabe b).

Hat die versicherte Person infolge einer fortschreitenden Krankheit oder Kräfteverfalls ihren Beruf leidensbedingt gewechselt, legen wir bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit den bei Eintritt des Leidens

ausgeübten Beruf als maßgebend zugrunde, sofern sich dies zugunsten der versicherten Person auswirkt.

Hat die versicherte Person ihren Beruf aus anderen als gesundheitlichen Gründen gewechselt, können Sie von uns eine "Günstigerprüfung bei Berufswechsel" verlangen. Wir prüfen dann, ob sich aus dem Berufswechsel für die verbleibende Versicherungsdauer ein reduzierter Beitrag ergibt. Die Regelungen hierzu finden Sie unter dem Gliederungspunkt "weitere Gestaltungsmöglichkeiten" in § 15 Absatz 11.

Schüler

c) Ist die versicherte Person Schüler, gilt als Beruf im Sinne von Absatz 1 die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Schüler, so wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgeübt wurde. Dabei berücksichtigen wir den zuletzt besuchten Unterricht in seiner konkreten Ausgestaltung einschließlich der Hausaufgaben, der Bewältigung des Schulwegs sowie der Ausstattung des Schulgebäudes.

Schüler im Sinne dieser Bedingungen ist, wer sich

- in Schulausbildung an einer allgemeinbildenden Schule befindet,
- noch keine abgeschlossene Berufsausbildung oder abgeschlossenes Studium hat und
- kein Auszubildender oder Student ist.

Die Berufsunfähigkeit als Schüler liegt nicht mehr vor, wenn die versicherte Person eine Berufsausbildung oder ein Studium beginnt oder eine berufliche Tätigkeit aufnimmt. Unberücksichtigt bleibt dabei eine als Mensch mit Behinderung aufgenommene Tätigkeit oder Ausbildung in einer besonderen Einrichtung für Menschen mit Behinderung.

Studenten und Auszubildende

d) Ist die versicherte Person Student, gilt als Beruf im Sinne von Absatz 1 die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Student, so wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgeübt wurde. Zugunsten von Studenten, die sich in der zweiten Hälfte der gesetzlich vorgesehenen oder im Durchschnitt üblichen Studienzeit befinden, berücksichtigen wir sowohl hinsichtlich der Vergütung als auch hinsichtlich der sozialen Wertschätzung diejenige Lebensstellung, die normalerweise mit erfolgreichem Abschluss des Studiums erreicht wird.

Zugunsten von Auszubildenden, die sich in der zweiten Hälfte der gesetzlich vorgesehenen oder im Durchschnitt üblichen Ausbildungszeit befinden, berücksichtigen wir sowohl hinsichtlich der Vergütung als auch hinsichtlich der sozialen Wertschätzung diejenige Lebensstellung, die normalerweise mit erfolgreichem Abschluss der Ausbildung erreicht wird.

Kammerberufe

e) Ist die versicherte Person Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker, Rechtsanwalt, Notar, Steuerberater und/oder Wirtschaftsprüfer, beschränken wir uns bei einer konkreten Verweisung auf andere für die versicherte Person in diesem konkreten Beruf zulässige Tätigkeiten (d. h. wir verweisen z. B. einen Tierarzt konkret nur auf andere für Tierärzte zulässige Tätigkeiten, einen Rechtsanwalt nur auf andere für Rechtsanwälte zulässige Tätigkeiten usw.).

Hausfrauen/-männer

f) Bei Hausfrauen/-männern kommt es bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit

- allein auf die von ihr/ihm vor Eintritt der Berufsunfähigkeit als Hausfrau/-mann in ihrem/seinem Haushalt konkret ausgeübten Aufgaben- und Tätigkeitsfelder an. Voraussetzung für die Zugrundelegung dieses Berufsbildes ist, dass der Versicherungsschutz für den Fall der Berufsunfähigkeit als Hausfrau/-mann ohne anderweitige Berufsausübung abgeschlossen wurde und dieser Status bis zum Eintritt der Berufsunfähigkeit ununterbrochen vorgelegen hat.
- Hat die Hausfrau/der Hausmann hingegen nach Abschluss der Versicherung zwischenzeitlich oder bis zuletzt eine oder mehrere anderweitige Berufstätigkeiten ausgeübt, kommt es bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit allein auf die letzte dieser anderweitigen Berufstätigkeiten an.

Ausscheiden aus dem Berufsleben

g) Scheidet die versicherte Person vor Eintritt der Berufsunfähigkeit/Pflegebedürftigkeit zeitweise oder endgültig aus dem Berufsleben aus, wird Ihre Berufsunfähigkeitsversicherung dadurch nicht beendet, sondern bis zum Ablauf der Versicherungsdauer von uns fortgeführt.

Ab dem Zeitpunkt und solange die versicherte Person aus dem Berufsleben ausgeschieden ist, kommt es bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit auf den vor dem Ausscheiden zuletzt ausgeübten Beruf an, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war. Berufsunfähigkeit liegt dann nicht vor, wenn die versicherte Person eine andere Tätigkeit ausübt, zu der sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer bisherigen Lebensstellung zum Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem Berufsleben entspricht (siehe Absatz 1 Unterabsatz 2). Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung, das heißt wir prüfen nicht, ob die versicherte Person nach dem Ausscheiden noch irgendeine andere Tätigkeit ausüben könnte. Zugunsten von Studenten und Auszubildenden sowie von Ärzten, Zahnärzten, Tierärzten, Apothekern, Rechtsanwälten, Notaren, Steuerberatern und/oder Wirtschaftsprüfern gelten die in diesem Absatz genannten besonderen Regelungen für diese Berufe entsprechend.

Infektionsklausel

(4) Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn und solange von der versicherten Person eine Infektionsgefahr für andere Personen ausgeht und

- eine auf gesetzlichen Vorschriften oder einer behördlichen Anordnung beruhende Verfügung der versicherten Person die Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit wegen dieser Infektionsgefahr ganz oder teilweise untersagt und
- die versicherte Person dadurch zu mindestens 50 % außerstande ist, ihre berufliche Tätigkeit, so wie sie vor der Infektionsgefahr ausgestaltet war, auszuüben, und sie auch nicht ausübt.

Das vollständige oder teilweise Tätigkeitsverbot muss sich voraussichtlich ununterbrochen über mindestens 6 Monate erstrecken oder 6 Monate ununterbrochen bestanden haben.

Die Anordnung ist uns im Original oder in amtlich beglaubigter Kopie vorzulegen.

Berufsunfähigkeit im Sinne der Infektionsklausel liegt nicht vor, wenn die versicherte Person eine andere Tätigkeit ausübt, zu der sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer bisherigen Lebensstellung zum Zeitpunkt der behördlichen Anordnung entspricht (siehe Absatz 1 Unterabsatz 2). Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung, das heißt wir prüfen nicht, ob die versicherte Person noch irgendeine andere Tätigkeit ausüben könnte. Zugunsten von Studenten und Auszubildenden sowie von Ärzten, Zahnärzten, Tierärzten, Apothekern, Rechtsanwälten, Notaren, Steuerberatern und/oder Wirtschaftsprüfern gelten die in Absatz 3 genannten besonderen Regelungen für diese Berufe entsprechend.

Berufsunfähigkeit infolge voller Erwerbsminderung

(5) Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt auch vor,

- solange ein Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder ein berufsständisches Versorgungswerk in Deutschland dem die versicherte Person als Pflichtmitglied angehört, der versicherten Person unbefristet eine Rente wegen voller Erwerbsminderung (gesetzliche Rentenversicherung) bzw. vollständiger Berufsunfähigkeit (Versorgungswerk) allein aus medizinischen Gründen gewährt und
- diese Berufsunfähigkeitsversicherung bei Eintritt der vollen Erwerbsminderung (gesetzliche Rentenversicherung) bzw. vollständigen Berufsunfähigkeit (Versorgungswerk) bereits mindestens 10 Jahre besteht.

Die Berufsunfähigkeit infolge voller Erwerbsminderung liegt frühestens ab dem Zeitpunkt vor, an dem Sie uns den Bescheid vorlegen. Der Nachweis der Schwerbehinderung (z. B. Anerkenntnis durch ein Versorgungsamt) genügt nicht. Andere Bescheide eines Sozialversicherungsträgers bewirken keine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit infolge voller Erwerbsminderung.

Berufsunfähigkeit infolge voller Erwerbsminderung liegt nicht vor, wenn die versicherte Person eine andere Tätigkeit ausübt, zu der sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer bisherigen Lebensstellung zum Zeitpunkt des Eintritts der vollen Erwerbsminderung (gesetzliche Rentenversicherung) bzw. der vollständigen Berufsunfähigkeit (Versorgungswerk) entspricht (siehe Absatz 1 Unterabsatz 2). Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung, das heißt wir prüfen nicht, ob die versicherte Person noch irgendeine andere Tätigkeit ausüben könnte. Zugunsten von Studenten und Auszubildenden sowie von Ärzten, Zahnärzten, Tierärzten, Apothekern, Rechtsanwälten, Notaren, Steuerberatern und/oder Wirtschaftsprüfern gelten die in Absatz 3 genannten besonderen Regelungen für diese Berufe entsprechend.

Vorübergehende Umstände

(6) Bei der Bemessung der Berufsunfähigkeit und deren Grades bleiben vorübergehende akute Erkrankungen oder vorübergehende Besserungen unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach 3 Monaten noch anhält.

Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit

Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen ist auch die Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit.

Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor bei

- Pflegebedürftigkeit nach Art und Umfang der Beeinträchtigung der Alltagskompetenz (sogenannter ADL-Score, siehe Absatz 7);
- Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB (Absätze 8 und 9);
- Autonomieverlust wegen Demenz (Absatz 10).

Absatz 6 gilt im Rahmen der Absätze 7 bis 10 entsprechend.

Pflegebedürftigkeit nach ADL-Score

(7) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Verletzung des Körpers oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, gesundheitlich beeinträchtigt ist und

- voraussichtlich mindestens 6 Monate ununterbrochen so hilflos ist oder
- bereits 6 Monate ununterbrochen so hilflos gewesen ist,

dass sie für mindestens einen Punkt der nachfolgend genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens täglich in erheblichem Umfang der Hilfe einer anderen Person bedarf, und zwar selbst bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel. In beiden Fällen liegt bedingungsgemäße Pflegebedürftigkeit bereits von Beginn der Sechs-Monats-Frist an vor.

Bewertungsmaßstab für die Einstufung des Pflegefalls ist die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung muss ein Punkt aus der nachstehenden Punktetabelle erfüllt sein:

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 im Zimmer benötigt.

Aufstehen und Zubettgehen 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.

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 oder 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.
Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen ausgegli-

chen werden kann, liegt hinsichtlich des Verrichtens der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor.

Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB

(8) Pflegebedürftigkeit liegt auch vor, wenn die versicherte Person gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb der Hilfe durch Andere bedarf. Die versicherte Person muss körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate bestehen.
Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden 6 Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien:

- Mobilität;
- kognitive und kommunikative Fähigkeiten;
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen;
- Selbstversorgung;
- Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen;
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Mit der Bewertungssystematik der §§ 14 und 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI in der Fassung vom 22.12.2020 sowie der dazugehörigen Anlagen 1 und 2 dieser Fassung wird für die versicherte Person der Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten ermittelt.

Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person mindestens 27 Gesamtpunkte nach dieser Bewertungssystematik erreicht.

(9) Die Definition der in Absatz 8 beschriebenen Pflegebedürftigkeit entspricht Pflegegrad 2 oder höher nach den §§ 14 und 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI in der Fassung vom 22.12.2020. Eine Änderung der gesetzlichen Vorschriften hat keine Auswirkung auf die Definition in Absatz 8 und führt zu keiner Änderung des Leistungsumfangs dieses Vertrages.

Autonomieverlust wegen Demenz

(10) Pflegebedürftigkeit liegt außerdem auch dann von Beginn an vor, wenn bei der versicherten Person mindestens 6 Monate ununterbrochen ein Autonomieverlust wegen Demenz vorliegt. Der Autonomieverlust wegen Demenz ist ärztlich nachzuweisen und setzt voraus, dass die versicherte Person infolge einer demenzbedingten Hirnleistungsstörung entweder

- tägliche Beaufsichtigung oder Anleitung bei mindestens 2 Punkten der in Absatz 7 aufgeführten Verrichtungen des täglichen Lebens oder
- kontinuierliche Beaufsichtigung benötigt, weil sie sich oder andere sonst in erheblichem Umfang gefährden würde.

Als Demenz im Sinne dieser Bedingungen gelten "mittelschwere Leistungseinbußen" ab dem Schweregrad 5, ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg, oder ab einem entsprechenden Schweregrad einer alternativen, anerkannten Demenzbeurteilungsskala.

Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit

(11) Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit liegt von Beginn der ersten Krankschreibung vor, wenn die versicherte Person

- mindestens 6 Wochen ununterbrochen vollständig arbeitsunfähig krankgeschrieben ist und ein Facharzt zu dessen Fachrichtung das zugrunde liegende Krankheitsbild gehört (nicht Facharzt für Allgemeinmedizin), das voraussichtliche Fortdauern der Arbeitsunfähigkeit bis zum Ende eines insgesamt 6 Monate ununterbrochenen Zeitraums bescheinigt;
- mindestens 6 Monate ununterbrochen vollständig arbeitsunfähig krankgeschrieben ist und mindestens eine der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen durch einen Facharzt zu dessen Fachrichtung das zugrunde liegende Krankheitsbild gehört (nicht Facharzt für Allgemeinmedizin), ausgestellt worden ist.

Die ärztlichen Bescheinigungen müssen die Diagnose enthalten und die Dauer der Krankschreibung erkennen lassen.

Wenn wir Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbringen, sind wir berechtigt zu prüfen, ob nach wie vor eine ununterbrochene Krankschreibung vorliegt.

(12) Arbeitsversuche im Rahmen einer ärztlich verordneten stufenweisen Wiedereingliederung nach § 74 des Sozialgesetzbuchs V (SGB V) stellen keine Unterbrechung der Arbeitsunfähigkeit dar.

Krebs

(13) Krebs im Sinne der Vorschussregelung gemäß § 1 Absatz 31 liegt vor, wenn bei der versicherten Person ein bösartiger Tumor (Krebs, Blutkrebs) diagnostiziert wurde und ein Onkologe einen der folgenden Punkte bestätigt:

- Die versicherte Person hat wegen Krebs bereits mit einer Chemotherapie oder einer Strahlentherapie begonnen oder diese steht unmittelbar bevor;
- Bei der versicherten Person wurde eine operative Behandlung der Krebserkrankung durchgeführt und aufgrund der Krebserkrankung ist eine der folgenden Voraussetzungen zusätzlich gegeben:
  - eine Chemotherapie oder eine Strahlentherapie wurde begonnen oder steht unmittelbar bevor;
  - der operativen Behandlung wird sich eine voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen andauernde vollständige Arbeitsunfähigkeit anschließen.
- Die versicherte Person befindet sich wegen der Schwere der Krebserkrankung in einer palliativen Therapie (keine heilende, sondern nur lindernde Behandlung möglich).

Spezielle Beeinträchtigungen (ständiger Rollstuhlbedarf, hochgradige Schwerhörigkeit, hochgradige Sehbehinderung)

(14) Eine spezielle Beeinträchtigung der versicherten Person im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn aufgrund einer ärztlich nachgewiesenen Gesundheitsstörung

- sie voraussichtlich mindestens 6 Monate ununterbrochen bei der Fortbewegung ständig auf einen Rollstuhl angewiesen oder dies bereits 6 Monate ununterbrochen gewesen ist; in diesem Fall liegt eine spezielle Beeinträchtigung bereits von Beginn der Sechs-Monats-Frist an vor;

- die Hörfähigkeit beider Ohren sehr stark eingeschränkt ist und der Hörverlust und dessen Ausmaß nicht durch zumutbare Hilfsmittel (z. B. Hörgerät) gebessert werden kann (der Hörverlust für gesprochene Wörter [500 Hz - 3 kHz] muss auf beiden Ohren jeweils mindestens 80 Dezibel [>= 80 db] betragen);
- die Sehfähigkeit beider Augen sehr stark eingeschränkt ist und der Sehverlust und dessen Ausmaß nicht durch zumutbare Hilfsmittel (z. B. Brillen/Kontaktlinsen) gebessert werden kann (Alternative 1: Das Restsehvermögen [Restsehschärfe/Visus] beträgt insgesamt nicht mehr als 0,05 oder 3/60; Alternative 2: Das Gesichtsfeld für die Schwarz-Weiß-Wahrnehmung ist auf weniger als 15 Grad Abstand vom Zentrum in alle Richtungen eingeschränkt).

Ausschlüsse

(15) Wenn wir mit Ihnen Ausschlüsse vereinbart haben oder besondere Vereinbarungen zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes getroffen wurden, gelten diese für die Leistungen bei Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, Arbeitsunfähigkeit und für die Leistungen bei spezieller Beeinträchtigung sowie für die Umorganisations-, die Wiedereingliederungs- sowie die Rehabilitationshilfe.

§ 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

(1) Sie erhalten nach § 153 VVG eine Überschussbeteiligung. Diese umfasst eine Beteiligung an den Überschüssen und den Bewertungsreserven. Die Überschüsse und die Bewertungsreserven ermitteln wir nach handels- und aufsichtsrechtlichen Vorschriften und veröffentlichen sie jährlich im Geschäftsbericht.

Wir erläutern Ihnen,

- wie wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens ermitteln und wie wir diesen verwenden (Absatz 2),
- wie die Überschussbeteiligung Ihres konkreten Vertrags erfolgt (Absatz 3),
- warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren können (Absatz 4) sowie
- wann wir die Überschüsse Ihres Vertrags gutbringen und wie wir sie je nach der von Ihnen gewählten Variante verwenden (Absatz 5).

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).
Den danach zur Verfügung stehenden Teil des Rohüberschusses führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit wir ihn nicht als Direktgutschrift unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungsverträgen gutgeschrieben haben. Sinn der Rückstellung für Beitragsrückerstattung ist es, Schwankungen des Überschusses über die Jahre auszugleichen. Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dürfen wir grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwenden. Nur in gesetzlich festgelegten Ausnahmefällen können wir hiervon mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde abweichen.
Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrags an den Überschüssen und den Bewertungsreserven ergeben sich hieraus noch nicht.

Wir haben gleichartige Versicherungen (z. B. Rentenversicherungen, Berufsunfähigkeitsversicherungen) zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen.

Wie erfolgt die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags?

(3) a) Die Überschüsse verteilen wir auf die einzelnen Bestandsgruppen nach einem verursachungsorientierten Verfahren und zwar in dem Maß, wie die Bestandsgruppen zur Entstehung von Überschüssen beigetragen haben.
Hat eine Bestandsgruppe nicht zur Entstehung von Überschüssen beigetragen, bekommt sie keine Überschüsse zugewiesen. Ihr Vertrag erhält Anteile an den Überschüssen der Bestandsgruppe, die in den Allgemeinen Vertragsdaten genannt ist. Voraussetzung hierfür ist, dass der Bestandsgruppe Überschüsse zugewiesen werden. Die Höhe der Überschussanteilsätze legen wir jedes Jahr fest. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Diesen können Sie bei uns anfordern.

b) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen im Geschäftsbericht ausgewiesen sind. Da für diese Versicherung keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung stehen, um Kapital zu bilden, entstehen auch keine oder nur geringfügige Bewertungsreserven. Dennoch entstehende Bewertungsreserven, die nach gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ermitteln wir monatlich neu und ordnen den ermittelten Wert den Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig rechnerisch zu.
Bei Vertragsbeendigung (bei Zahlung einer Pflegerente spätestens zum Ablauf der Versicherungsdauer) gilt Folgendes: Wir teilen Ihrem Vertrag dann den für diesen Zeitpunkt zugeordneten Anteil an den Bewertungsreserven nach den jeweils geltenden gesetzlichen Regelungen zu; derzeit sieht § 153 Absatz 3 VVG eine Beteiligung in Höhe der Hälfte der zugeordneten Bewertungsreserven vor. Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.
Der Beteiligungsfaktor für die Zuteilung von Bewertungsreserven zu Ihrem Vertrag wird jährlich nach einem verursachungsorientierten Verfahren festgelegt. Für die Berechnung des Beteiligungsfaktors wird eine Maßzahl für Ihren Vertrag ermittelt, die den individuellen Beitrag Ihres Vertrags an der Entstehung der Bewertungsreserven misst. Das Verhältnis dieser Maßzahl zur Summe der für den gesamten Versichertenbestand ermittelten Maßzahlen ergibt den Beteiligungsfaktor. Die Bewertungsreserven werden bei Vertragsbeendigung (bei Zahlung einer Pflegerente spätestens zum Ablauf der Versicherungsdauer) zusammen mit den verzinslich angesammelten Überschussanteilen fällig (vergleiche Absatz 5 Buchstabe e). Die absolute Höhe der Beteiligung an den Bewertungsreserven zum Fälligkeitstermin ergibt sich durch Multiplikation des für Ihren Vertrag gültigen Beteiligungsfaktors mit den für diesen Termin ermittelten Bewertungsreserven. Weitere Informationen zur Berechnung des Beteiligungsfaktors sowie die Höhe der für das jeweilige Jahresende ermittelten Bewertungsreserven können Sie unserem Geschäftsbericht entnehmen.

Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

(4) Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab, die nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar sind. Wichtigster Einflussfaktor ist die Entwicklung des versicherten Risikos. Aber auch die Entwicklung der Kosten und die Zinsentwicklung des Kapitalmarkts sind von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch 0,00 EUR betragen.

Welche Überschüsse gibt es und wie werden sie verwendet?

(5) Es gibt nachstehende Überschüsse, die wir für Sie - gegebenenfalls je nach der von Ihnen gewählten Variante - folgendermaßen verwenden:

a) Beitragspflichtige Versicherungen vor Rentenbezug (nicht leistungspflichtige Versicherung)

aa) Für beitragspflichtige Versicherungen werden zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres laufende Überschussanteile in Prozent der Beitragssumme eines Jahres (ohne Risikozuschläge) zugewiesen. Diese laufenden Überschussanteile werden für den Teil des Versicherungsjahres, für den die Beiträge gezahlt wurden, gutgeschrieben und mit den jeweiligen Beiträgen verrechnet (Abzug vom Beitrag). Die Verrechnung hat zur Folge, dass im jeweiligen Versicherungsjahr nicht der volle Tarifbeitrag (Bruttobeitrag), sondern nur der entsprechend ermäßigte Nettobeitrag gezahlt werden muss.

bb) Alternativ zu den laufenden Überschussanteilen kann bei beitragspflichtigen Versicherungen die Überschussbeteiligung in Form einer Bonusrente gewählt werden.

Die Bonusrente wird in Prozent der versicherten Rente bei Beginn der Leistungspflicht (aufgrund Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit) bemessen und erhöht im Versicherungsfall die fällige Rente. Die Höhe der Bonusrente bemisst sich stets nach dem bei Beginn der Leistungspflicht geltenden Bonusrentensatz. Solange die versicherte Person ununterbrochen Versicherungsleistungen erhält, bleibt der Bonusrentensatz für diesen Vertrag unverändert. Wird sowohl eine Berufsunfähigkeitsrente als auch eine zusätzliche Pflegerente (gemäß § 1 Absatz 5) gezahlt, für die der Beginn der Leistungspflicht unterschiedlich war, können jeweils unterschiedliche Bonusrentensätze gelten. Werden keine Versicherungsleistungen gezahlt, wird keine Leistung aus der Bonusrente erbracht.

Endet ein Versicherungsfall und tritt innerhalb von 24 Monaten ein neuer Versicherungsfall aufgrund derselben Ursache ein, gilt der Bonusrentensatz aus dem ersten Versicherungsfall auch für den neuen Versicherungsfall.

Wird der Bonusrentensatz nach Versicherungsbeginn herabgesetzt, können Sie beantragen, die vertragliche Barrente ohne erneute Risikoprüfung mit Wirkung zum Beginn der nächsten Versicherungsperiode (d. h. bei beitragspflichtigen Verträgen zur nächsten Beitragsfälligkeit, mittags 12 Uhr) so aufzustocken, dass insgesamt wieder der vor Herabsetzung des Bonusrentensatzes gültige Versicherungsschutz erreicht wird. Der Antrag muss uns in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) zugehen, und die versicherte Person darf bei der Beantragung sowie zum Zeitpunkt der Aufstockung weder berufsunfähig, pflegebedürftig oder arbeitsunfähig sein noch darf bereits ein entsprechender Leistungsantrag gestellt worden sein.

cc) Ist die Überschussvariante "Bonusrente" vereinbart, kann jederzeit ein Wechsel auf die Überschussvariante "Abzug vom Beitrag" beantragt werden.

dd) Ist die Überschussvariante "Abzug vom Beitrag" vereinbart, haben Sie bei nachfolgend genannten, die versicherte Person betreffenden Ereignissen das Recht, innerhalb einer Frist von 12 Monaten ab dem Ereignis einen Wechsel ohne erneute Risikoprüfung auf die Überschussvariante "Bonusrente" zu beantragen:

Auch wenn wir auf eine erneute Risikoprüfung verzichten, dürfen wir prüfen, ob die Voraussetzungen für die Ausübung des Wechselrechts erfüllt sind.

- Eintritt der Volljährigkeit;
- Heirat;
- Ehescheidung bzw. Löschung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft;
- Tod des Ehepartners bzw. des eingetragenen Lebenspartners;
- Geburt oder Adoption eines Kindes oder Beendigung der Elternzeit (mit der Besonderheit, dass der Wechsel innerhalb von 12 Monaten ab dem Ende der für dieses Kind genommenen Elternzeit verlangt werden kann);
- Existenzgründung (Wechsel in die berufliche Selbstständigkeit im Hauptberuf, z. B. Praxis-/Kanzleigründung bzw. -übernahme) in den ersten 10 Jahren der Versicherungsdauer. Die zeitliche Einschränkung von 10 Jahren gilt nicht für Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Rechtsanwälte, Notare, Steuerberater und Wirtschaftsprüfer;
- erstmaliger Beginn einer staatlich anerkannten Berufsausbildung oder eines staatlich anerkannten Hochschulstudiums;
- erfolgreicher Abschluss einer allgemein anerkannten Berufsausbildung;
- Aufnahme der beruflichen Tätigkeit nach Erreichen eines akademischen Abschlusses;
- Abschluss einer akademischen Weiterqualifizierung (z. B. Facharzt, Bachelor, Master, Staatsexamen) eines Akademikers, der eine seiner Ausbildung entsprechende berufliche Tätigkeit ausübt;
- erfolgreicher Abschluss einer Höherqualifikation (z. B. Weiterbildung zum Fach-/Betriebswirt oder Techniker, Meisterprüfung);
- Erhöhung des regelmäßigen Bruttomonatseinkommens aus nichtselbstständiger Tätigkeit
  - um mindestens 250 EUR oder
  - um mindestens 10 %

  im Vergleich zum Vormonat (ohne Sonderzahlung/Bonus);
- nachhaltige Gewinnsteigerung eines ausschließlich Selbstständigen um mindestens 30 % (maßgeblich: durchschnittlicher Gewinn vor Steuern der letzten 3 Jahre im Vergleich zu den 3 davorliegenden Jahren);
- Erhalt der Prokura;
- Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung;
- Finanzierung zum Immobilienerwerb oder Finanzierung im gewerblichen Bereich. Die Finanzierungssumme muss mindestens 25.000,00 EUR betragen;
- Wegfall des Invaliditätsschutzes aus der gesetzlichen Rentenversicherung aufgrund einer Gesetzesänderung;
- bei Selbstständigen, Angehörigen der freien Berufe und Handwerkern: Wegfall des Berufsunfähigkeitsschutzes aus einem berufsständischen Versorgungswerk oder einer betrieblichen Altersversorgung.

Der Wechselantrag und alle erforderlichen Nachweise müssen uns auf Ihre Kosten binnen 12 Monaten ab dem Ereignis in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) zugegangen sein. Außerdem müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Die versicherte Person hat das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet. Maßgeblich ist nicht der Zeitpunkt der Beantragung, sondern der Wechseltermin.
- Das Ereignis tritt erst nach dem Versicherungsbeginn ein.
- Bei dem das Wechselrecht begründenden Ereignis wird keine Leistungserhöhung im Rahmen der Gestaltungsmöglichkeiten nach § 15 Absätze 2 bis 5 vorgenommen.
- Zum Zeitpunkt der Beantragung des Wechsels ist die versicherte Person weder berufsunfähig, pflegebedürftig oder arbeitsunfähig noch ist ein entsprechender Leistungsantrag gestellt worden.
- Zum Zeitpunkt der Beantragung des Wechsels besteht für die versicherte Person weder eine teilweise oder volle Erwerbsminderung noch ist ein entsprechender Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt worden noch wird eine Erwerbsminderungsrente bezogen.
- Zum Zeitpunkt der Beantragung des Wechsels ist weder ein Versicherungsfall im Sinne einer optional eingeschlossenen Zusatzversicherung eingetreten noch ein entsprechender Leistungsantrag gestellt worden.
- Die versicherte Person war innerhalb der letzten 12 Monate vor Stellung des Wechselantrags nicht länger als 2 Wochen durchgehend arbeitsunfähig.

b) Beitragsfreie Versicherungen vor Rentenbezug (nicht leistungspflichtige Versicherung)

Beitragsfreie Versicherungen erhalten zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres laufende Überschussanteile in Prozent eines zum Ende des Versicherungsjahres eventuell vorhandenen Deckungskapitals. Ist zum Ende eines Versicherungsjahres kein Deckungskapital vorhanden, erhält die beitragsfreie Versicherung für dieses Jahr keine Überschüsse. Die laufenden Überschussanteile werden verzinslich angesammelt.

c) Versicherungen während eines Rentenbezugs (leistungspflichtige Versicherung)

Für Zeiten des Rentenbezugs gutgebrachte Überschussanteile bewirken zusätzlich zur garantierten Rentensteigerung (falls diese vereinbart wurde) eine jährliche Steigerung der fälligen Berufsunfähigkeits-, Pflege- bzw. Arbeitsunfähigkeitsrente (gegebenenfalls einschließlich Bonusrente). Die Erhöhung aus der Überschussbeteiligung erfolgt zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens nach einem vollen Rentenbezugsjahr.

d) Bewertungsreserven (nicht leistungspflichtige und leistungspflichtige Versicherungen)

Werden die Überschüsse verzinslich angesammelt, hat Ihr Vertrag nach Absatz 3 Buchstabe b Anspruch auf Bewertungsreserven. Die Bewertungsreserven werden bei Vertragsbeendigung (bei Zahlung einer Pflegerente spätestens zum Ablauf der Versicherungsdauer) fällig (siehe Buchstabe e).

e) Bei Vertragsbeendigung

Bei Vertragsbeendigung (Ablauf, Kündigung oder Tod der versicherten Person); bei Zahlung einer Pflegerente spätestens zum Ablauf der Versicherungsdauer werden gegebenenfalls vorhandene verzinslich angesammelte Überschussanteile und die zugehörige Beteiligung an den Bewertungsreserven ausgezahlt. Zusätzlich wird der Überschussanteil des laufenden Versicherungsjahres anteilig bis zum Abrechnungstermin der beitragsfreien Versicherung gutgebracht.

(6) Aufgrund eines ungünstigen Risikoverlaufs kann eine Zuteilung von Überschüssen entfallen.

§ 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie den Vertrag mit uns abgeschlossen haben. Jedoch besteht vor dem in den Allgemeinen Vertragsdaten angegebenen Versicherungsbeginn kein Versicherungsschutz. Allerdings kann unsere Leistungspflicht entfallen, wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen (siehe § 13 Absätze 2 und 3 sowie § 14).

§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn die Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, spezielle Beeinträchtigung bzw. Arbeitsunfähigkeit verursacht ist:

a) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person. Abweichend hiervon leisten wir jedoch bei vorsätzlichen Verstößen der versicherten Person im Straßenverkehr, wenn diese keinerlei unmittelbaren oder mittelbaren Zusammenhang mit Alkohol- oder Drogenkonsum haben ("Drogenkonsum" meint Konsum von Rauschdrogen sowie den schädlichen Arzneidrogenmissbrauch ohne Indikation (sogenannter Medikamentenmissbrauch); nicht gemeint ist die medizinisch indizierte Einnahme von Arzneidrogen (Medikamenten)).

Wir leisten zudem bei allen einfach und grob fahrlässigen Verstößen (z. B. im Straßenverkehr);

b) unmittelbar oder mittelbar durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;

c) durch folgende Handlungen, die durch Sie und/oder den insoweit Anspruchsberechtigten (z. B. Bezugsberechtigter, Abtretungsgläubiger) und/oder die versicherte Person vorgenommen wurden:

- absichtliche Herbeiführung von Krankheit der versicherten Person;
- absichtliche Herbeiführung von Kräfteverfall der versicherten Person;
- absichtliche Verletzung des Körpers der versicherten Person;
- absichtliche Herbeiführung einer speziellen Beeinträchtigung (§ 2 Absatz 14) der versicherten Person;
- versuchte Tötung bzw. Selbsttötung.

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

GN331075_202610

d) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie oder der insoweit Anspruchsberechtigte (z. B. Bezugsberechtigter, Abtretungsgläubiger) oder die versicherte Person vorsätzlich die Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben bzw. hat;

e) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass zu ihrer Abwehr oder Bekämpfung der Einsatz einer Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbaren Einrichtung nötig ist;

f) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse. Unsere Leistungen sind nicht ausgeschlossen, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig, pflegebedürftig oder arbeitsunfähig wird, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;

g) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet ist, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, sodass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird. Unsere Leistungen sind nicht ausgeschlossen, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig, pflegebedürftig oder arbeitsunfähig wird, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

§ 6 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 (z. B. Papierform, E-Mail) gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen.
Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind. Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme, in Textform stellen.

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

(3) Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

Rechtsfolgen der Anzeigepflichtverletzung

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

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

Rücktritt

(5) Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, können wir vom Vertrag zurücktreten. Das Rücktrittsrecht besteht nicht, wenn weder eine vorsätzliche noch eine grob fahrlässige Anzeigepflichtverletzung vorliegt.
Selbst wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir trotzdem kein Rücktrittsrecht, falls wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

(6) Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz. Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung trotzdem bestehen: 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.

Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch auch im vorstehenden Fall, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.

(7) Wenn der Vertrag durch Rücktritt aufgehoben wird, erfolgt keine Zahlung eines Rückkaufswerts. Auch eine Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen. War Ihr Vertrag vor dem Rücktritt prämienfrei umgewandelt, werden eventuell vorhandene Überschüsse und Bewertungsreserven ausgezahlt (siehe § 3 Absatz 5).

Kündigung

(8) Wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgt ist, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.
Auf dieses Kündigungsrecht (§ 19 Absätze 3 und 4 VVG) verzichten wir, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht schuldlos war.

(9) Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

(10) Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt er sich nach Maßgabe des § 18 in eine prämienfreie Versicherung um. Wird der in § 18 Absatz 1 genannte Mindestbetrag nicht erreicht, endet der Vertrag zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (d. h. bei beitragspflichtigen Verträgen zur nächsten Beitragsfälligkeit, mittags 12 Uhr).

Vertragsänderung

(11) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten (siehe Absatz 5 Satz 3 und Absatz 9), werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Auf dieses Änderungsrecht verzichten wir, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht schuldlos war.

(12) Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung über die Vertragsänderung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn

- wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 % erhöhen oder
- wir die Gefahrabsicherung 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 Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

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

(15) Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Anzeigepflichtverletzung, 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 5 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 nach Ablauf der Frist geltend machen. Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist 10 Jahre.

Anfechtung

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

Irrtümliche Risikoeinschätzung

(18) Wir halten uns an unsere Erklärung gebunden, mit der wir den Antrag angenommen haben, wenn der für die Entscheidung zuständige Sachbearbeiter das Risiko falsch eingeschätzt oder die Angaben des Antragstellers nicht berücksichtigt hat.

Nachgewiesene Abrechnungsdiagnosen

(19) Fehlerhafte Patientendokumentationen von Ärzten und Kliniken sowie fehlerhafte Krankenversicherungsauskünfte gehen nicht zu Ihren Lasten.
Wenn Sie nachweisen, dass Umstände (z. B. Diagnosen, Arbeitsunfähigkeits-Zeiträume) von Dritten (Ärzte, Kliniken, Krankenkassen, etc.) fehlerhaft dokumentiert bzw. gespeichert wurden und die Daten nicht den Tatsachen entsprechen (z. B. andere Erkrankung, anderer Befund), so werden wir auf die fehlerhaften Daten weder einen Rücktritt noch eine Kündigung noch eine Vertragsänderung noch eine Anfechtung stützen.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

(20) Die Absätze 1 bis 19 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert oder wiederhergestellt und deshalb eine erneute Risikoprüfung vorgenommen wird. Die Fristen nach Absatz 16 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung des Vertrags bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teiles neu.

Erklärungsempfänger

(21) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsänderung sowie zur Anfechtung üben wir durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben. Befinden Sie sich in einem seiner Natur nach nicht nur vorübergehenden, die freie Willensbildung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit, gilt ein Bezugsberechtigter für die Erlebensfallleistungen als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen, in Ermangelung eines solchen ein für die Todesfallleistung Bezugsberechtigter.
Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Tod ein für die Todesfallleistung Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen.
Ist in den Fällen der Sätze 2 und 3 kein Bezugsberechtigter vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber eines als Urkunde ausgestellten Versicherungsscheins (siehe § 11 Absatz 1) als bevollmächtigt ansehen, die Erklärung entgegenzunehmen.

§ 7 Welche Anzeige- und Mitwirkungspflichten sind zu beachten und welche Folgen hat eine Pflichtverletzung?

Anzeige des Versicherungsfalls

(1) Für die Anzeige des Versicherungsfalls und die Beantragung von Leistungen besteht keine Meldefrist. Wenn Sie uns später informieren, leisten wir deshalb gegebenenfalls bereits rückwirkend von Beginn der Sechs-Monats-Frist an (siehe § 2 Absatz 1).

(2) Eine frühzeitige Anzeige des Versicherungsfalls verringert bzw. vermeidet etwaige Feststellungsschwierigkeiten in Bezug auf unsere Leistungspflicht.

Mitwirkungspflichten

Nach der Anzeige des Versicherungsfalls beginnen wir mit unseren Erhebungen und benötigen zu deren Durchführung Ihre Mitwirkung (siehe Absätze 3 bis 8). Ohne hinreichende Mitwirkung tritt in der Regel keine Fälligkeit der Versicherungsleistungen ein, und je nach dem Grad Ihres Verschuldens kann eine unterlassene Mitwirkung außerdem Ihren Versicherungsschutz gefährden (siehe Absätze 9 und 10).
Im Folgenden erläutern wir Ihnen, welche Mitwirkungspflichten allgemein (Absatz 3), bei Berufsunfähigkeit und/oder Pflegebedürftigkeit (Absatz 4), im Fall des Vorschusses bei Krebserkrankung (Absatz 5), bei Arbeitsunfähigkeit (Absatz 6), bei Tod (Absatz 7) und bei Kündigung bzw. Vertragsablauf (Absatz 8) bestehen. Wir stellen Ihnen außerdem dar, welche Folgen eine Verletzung dieser Mitwirkungspflichten haben kann (Absätze 9 und 10).

(3) Zu operativen Behandlungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt anordnet, um die Heilung zu fördern und/oder die Berufs- bzw. Arbeitsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit zu mindern, ist die versicherte Person nicht verpflichtet. Eine Nichtdurchführung einer solchen Operation steht unserer Leistungspflicht nicht entgegen.

Einfachen ärztlichen Empfehlungen muss die versicherte Person folgen.

Dies gilt für:

- Einsatz von Hilfsmitteln des täglichen Lebens (z. B. Seh- oder Hörhilfen);
- Gefahrlose Heilbehandlungen, die nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und eine sichere Aussicht auf Verbesserung des Gesundheitszustands bieten.

Die versicherte Person ist nicht verpflichtet, Diäten einzuhalten oder einen Suchtentzug vorzunehmen, selbst wenn dies vom behandelnden Arzt angeordnet wurde und medizinisch indiziert ist.

Klarstellung zu § 2 Absatz 14: Die fehlende Möglichkeit zur Besserung der hochgradigen Schwerhörigkeit bzw. der hochgradigen Sehbehinderung durch ein zumutbares Hilfsmittel (Hörgerät, Brille, Kontaktlinsen etc.) ist keine Mitwirkungspflicht (Obliegenheit), sondern tatbestandliche Voraussetzung des Versicherungsfalls der speziellen Beeinträchtigung. D. h., es liegt bereits kein bedingungsgemäßer Versicherungsfall vor, wenn eine (hypothetische) Verwendung des Hilfsmittels dazu führte, dass die Schwerhörigkeit bzw. die Sehbehinderung nicht mehr hochgradig im Sinne des § 2 Absatz 14 wäre.

(4) Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, Wiedereingliederung, Umorganisation, spezielle Beeinträchtigung, Rehabilitation:

a) Wir sind befugt, die Leistungsvoraussetzungen unabhängig von Attesten und Bescheiden zu prüfen und weitere Erhebungen vorzunehmen. Hierzu sind Sie verpflichtet, uns die in den folgenden Absätzen genannten Unterlagen auf Ihre Kosten in deutscher Sprache bzw. in amtlich beglaubigter Übersetzung zur Verfügung zu stellen. Außerdem können wir verlangen, dass uns die Auskünfte nach § 22 vorgelegt werden.

Unabhängig davon können wir außerdem - allerdings auf unsere Kosten - weitere ärztliche Untersuchungen sowie weitere notwendige Nachweise - auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen - verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen, und zudem weitere Erhebungen selbst anstellen. Die versicherte Person hat sich durch von uns beauftragte Ärzte untersuchen zu lassen; der versicherten Person werden für die Anreise(n) und Wahrnehmung der Untersuchung(en) entstehende übliche Kosten, insbesondere übliche Reise- und Übernachtungskosten, erstattet; dies gilt auch, wenn sie ihren Wohnsitz im Ausland hat und von dort anreist. Weitere im Einzelfall notwendige Kosten übernehmen wir ebenfalls. Wir können verlangen, dass die Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland erfolgt. Hat die versicherte Person ihren Wohnsitz im Ausland, prüfen wir auf Ihren Wunsch hin, ob dort eine qualitativ gleichwertige Untersuchung möglich und eine Reise vermeidbar ist.

b) Bei Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit und/oder spezieller Beeinträchtigung der versicherten Person sind uns auf Kosten des Anspruchstellers einzureichen:

- der Versicherungsschein;
- eine Geburtsurkunde, die Namen und Geburtsort der versicherten Person enthält;
- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit bzw. der speziellen Beeinträchtigung;
- 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 der versicherten Person sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit. Wenn sich die versicherte Person im Ausland befindet, akzeptieren wir auch die Berichte eines dort tätigen Arztes;
- eine Beschreibung des Berufs der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über danach eingetretene Veränderungen;
- Nachweise über Einkommen aus beruflicher Tätigkeit;
- bei Berufsunfähigkeit infolge voller Erwerbsminderung nach § 2 Absatz 5 zusätzlich eine amtlich beglaubigte Kopie oder das Original des unbefristeten Rentenbescheids, aus dem sich die volle Erwerbsminderung der versicherten Person allein aus medizinischen Gründen ergibt;
- eine Aufstellung der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger oder sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Berufsunfähigkeit geltend machen könnte;
- eine Aufstellung über den derzeitigen Arbeitgeber und frühere Arbeitgeber der versicherten Person;
- bei Berufsunfähigkeit entsprechend § 2 Absatz 4 (Infektionsklausel) die behördliche Anordnung im Original oder in amtlich beglaubigter Kopie.

c) Bei Pflegebedürftigkeit sind uns auf Kosten des Anspruchstellers zusätzlich zu Buchstabe b einzureichen:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit;
- ausführliche Berichte der Ärzte und anderer Heilbehandler, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit;
- eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege;

- gegebenenfalls der Leistungsbescheid des Versicherungsträgers der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung sowie das dem Bescheid zugrunde liegende Gutachten;
- eine Aufstellung der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war, ist oder - sofern bekannt - sein wird.

d) Für die Rehabilitationshilfe sind uns zusätzlich einzureichen:

- Darstellung der Rehabilitationsmaßnahmen
- Kostenbelege (amtlich beglaubigte Kopien oder Originale)

(5) Vorschüsse bei Krebs

Für eine Vorschusszahlung bei Krebs nach § 1 Absatz 31 ist uns binnen 6 Monaten nach der ersten Diagnose ein onkologischer Bericht eines Facharztes oder der Entlassungsbericht des Krankenhauses mit folgendem Inhalt einzureichen:

- Zeitpunkt der ersten Diagnose,
- Art und Ausbreitung der Krebserkrankung,
- Behandlungsplan,
- Umfang einer durchgeführten bzw. unmittelbar bevorstehenden Operation/Therapie,
- voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit, die sich einer operativen Behandlung anschließt.

Bitte beachten Sie: Wenn wir unsere Erhebungen zu den Vorschüssen bei Krebs abgeschlossen haben, sind dadurch in der Regel noch nicht unsere Erhebungen zum Versicherungsfall abgeschlossen. Wir stellen weitere Erhebungen an, an denen Sie weiter im Sinne der Absätze 1 bis 4 mitwirken müssen. Dies ist notwendig, damit die Erhebungen zur Feststellung der Berufsunfähigkeit abgeschlossen werden können und ein lückenloser Übergang zur Fälligkeit der Berufsunfähigkeitsleistungen gewährleistet ist.

(6) Bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit (AU-Schutz)

Für Leistungen wegen vorübergehender Arbeitsunfähigkeit aus dem AU-Schutz gilt Folgendes:

a) Leistungsvoraussetzungen:

Der bedingungsgemäße Versicherungsfall der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit hat unter anderem folgende Voraussetzungen, bei deren Nichtvorliegen selbst dann keine Leistungspflicht gegeben ist, wenn das Nichtvorliegen weder von Ihnen noch der versicherten Person noch von einem etwaigen dritten Anspruchsberechtigten zu vertreten ist. Die Regelungen der Absätze 9 und 10 gelten in diesem Zusammenhang nicht.
Die Arbeitsunfähigkeit muss von Ärzten lückenlos durch ärztliche Atteste bescheinigt werden. Die Bescheinigungen müssen die Diagnose enthalten und die Dauer der Arbeitsunfähigkeit erkennen lassen. Ist die versicherte Person mindestens 6 Wochen ununterbrochen vollständig arbeitsunfähig krankgeschrieben, muss das ununterbrochene Fortbestehen bis zum Ende des 6. Monats von einem Facharzt zu dessen Fachrichtung das zugrunde liegende Krankheitsbild gehört (nicht Facharzt für Allgemeinmedizin), bescheinigt werden. Ist die versicherte Person bereits mindestens 6 Monate ununterbrochen vollständig arbeitsunfähig krankgeschrieben, genügt es, dass mindestens eine der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen durch einen Facharzt zu dessen Fachrichtung das zugrunde liegende Krankheitsbild gehört (nicht Facharzt für Allgemeinmedizin), ausgestellt worden ist.

b) Mitwirkungspflichten:

Auf Kosten des Anspruchstellers sind einzureichen:

- der Versicherungsschein;
- die Bescheinigungen nach Buchstabe a.

Die Absätze 9 und 10 gelten in diesem Zusammenhang.

(7) Im Todesfall sind uns bei beitragsfreien Versicherungen zur Auszahlung eines etwa vorhandenen Überschussguthabens (siehe § 3 Absatz 5) auf Kosten des Anspruchstellers einzureichen:

- der Versicherungsschein;
- eine amtliche Sterbeurkunde, die Alter und Geburtsort der versicherten Person enthält.

(8) Bei Kündigung oder Vertragsablauf sind uns bei beitragsfreien Versicherungen zur Auszahlung eines etwa vorhandenen Überschussguthabens (siehe § 3 Absatz 5) auf Kosten des Anspruchstellers einzureichen:

- der Versicherungsschein;
- ein Nachweis über die letzte Beitragszahlung.

(9) Unsere Leistungen werden erst fällig, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Wenn Sie eine der in den Absätzen 3 bis 8 genannten Mitwirkungspflichten nicht erfüllen, kann dies unter anderem zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine Verletzung der Mitwirkungspflicht kann somit unter anderem dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird, selbst wenn die Mitwirkung schuldlos unterbleibt. Bitte erfüllen Sie alle Mitwirkungspflichten deshalb zuvorderst in Ihrem eigenen Interesse.

(10) Solange eine Mitwirkungspflicht nach den Absätzen 3 bis 8 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Ansprucherhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, leisten wir nicht. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

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.

Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet, bei Vereinbarung einer Karenzzeit jedoch frühestens nach Ablauf der Karenzzeit.

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

(1) Nach Eingang der zur Prüfung vorgelegten Unterlagen werden wir Ihnen innerhalb von 9 Arbeitstagen mitteilen, ob und in welchem Umfang und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen bzw. Sie über den Sachstand der Leistungsprüfung informieren.
Bis zur Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung notwendigen Erhebungen werden wir Sie spätestens alle 4 Wochen über den Fortgang der Leistungsprüfung informieren. Wenn zur Leistungsentscheidung weitere Unterlagen notwendig sind, fordern wir diese unverzüglich an. Bei Vereinbarung einer Karenzzeit geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht erst nach Ablauf der Karenzzeit ab.

Liegen uns die Unterlagen für die Vorschusszahlungen nach § 2 Absatz 13 vollständig vor, entscheiden wir innerhalb von fünf Arbeitstagen, ob wir Vorschüsse nach § 1 Absatz 31 erbringen.

(2) Wenn wir Leistungen wegen Berufsunfähigkeit (siehe § 1 Absätze 1 bis 3) oder wegen Pflegebedürftigkeit (siehe § 1 Absätze 5 bis 7) zusagen, gilt dies jeweils zeitlich unbegrenzt. Wir sprechen dann keine zeitlich befristeten Anerkenntnisse aus und leisten solange die versicherte Person berufsunfähig bzw. pflegebedürftig ist oder bis diese Leistungen nach einem der in § 1 genannten Gründe enden.

(3) Absatz 2 gilt nicht für unsere Leistungspflicht wegen vorübergehender Arbeitsunfähigkeit.

(4) Bei unseren Leistungen wegen spezieller Beeinträchtigung nach § 2 Absatz 14 beträgt die Leistungsdauer 24 Monate. Unsere Leistungspflicht endet aus diesem Grund spätestens nach Ablauf dieser 24 Monate, ohne dass es einer Befristung unseres Anerkenntnisses bedürfte.

§ 9 Was gilt nach Anerkennung der Berufsunfähigkeit und/oder der Pflegebedürftigkeit?

Folgende Regelungen betreffen den Fall, dass wir die Berufsunfähigkeit, die Pflegebedürftigkeit und/oder die spezielle Beeinträchtigung anerkannt haben. Die Regelungen betreffen hingegen nicht den Versicherungsfall der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit und entsprechende Anerkenntnisse/Zahlungen.

Nachprüfung

(1) Wenn wir unsere Leistungspflicht anerkannt haben oder sie gerichtlich festgestellt worden ist, sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit und deren Grad und/oder das Fortbestehen der Pflegebedürftigkeit bzw. das Fortbestehen einer speziellen Beeinträchtigung nachzuprüfen.
Dabei sind Gesundheitsveränderungen zu berücksichtigen. In Bezug auf eine Berufsunfähigkeit können wir auch erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne des § 2 ausübt, die aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten ausgeübt werden kann und ihrer Lebensstellung bei Eintritt der Berufsunfähigkeit entspricht. Dabei sind neu erworbene berufliche Fähigkeiten und/oder neue Ausbildungen zu berücksichtigen.

Auch im Rahmen der Nachprüfung der Berufsunfähigkeit verzichten wir auf eine abstrakte Verweisung. Das heißt wir prüfen nicht, ob die versicherte Person irgendeine andere Tätigkeit ausüben könnte.

Haben wir unsere Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit nach § 2 Absatz 4 infolge einer behördlichen Anordnung wegen Infektionsgefahr (vollständiges oder teilweises Tätigkeitsverbot) anerkannt, sind wir berechtigt nachzuprüfen, ob diese Anordnung nach wie vor gilt.

Haben wir unsere Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit infolge voller Erwerbsminderung nach § 2 Absatz 5 anerkannt, sind wir berechtigt nachzuprüfen, ob der maßgebliche Rentenbescheid nach wie vor gilt.

Mitwirkungspflichten

(2) Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte anfordern und einmal jährlich verlangen, dass sich die versicherte Person durch von uns beauftragte Ärzte umfassend untersuchen lässt. Sie haben die Auskünfte zu erteilen und an den Untersuchungen mitzuwirken. Hierbei anfallende Kosten sind von uns zu tragen.

Untersuchungen erfolgen durch von uns beauftragte Ärzte. Der versicherten Person werden für die Anreise(n) und Wahrnehmung der Untersuchung(en) entstehende übliche Kosten, insbesondere übliche Reise- und Übernachtungskosten, erstattet; dies gilt auch, wenn sie ihren Wohnsitz im Ausland hat und von dort anreist. Weitere im Einzelfall notwendige Kosten übernehmen wir ebenfalls. Wir können verlangen, dass die Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland erfolgt. Hat die versicherte Person ihren Wohnsitz im Ausland, prüfen wir auf Ihren Wunsch hin, ob dort eine qualitativ gleichwertige Untersuchung möglich und eine Reise vermeidbar ist.

Die Bestimmungen des § 7 Absätze 3 und 4 gelten entsprechend.

(3) Sie müssen uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) mitteilen, wenn eine berufliche Tätigkeit aufgenommen wird bzw. sich diese ändert. Verbesserungen des Gesundheitszustandes müssen uns nicht ungefragt mitgeteilt werden.

Änderungen einer behördlichen Anordnung wegen Infektionsgefahr (§ 2 Absatz 4) sowie die Aufhebung und Änderungen des Rentenbescheids eines Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung oder eines berufsständischen Versorgungswerks (§ 2 Absatz 5) müssen Sie uns ebenfalls unverzüglich mitteilen.

Leistungsfreiheit

(4) Wir sind leistungsfrei, wenn wir feststellen, dass die in § 1 und § 2 genannten Voraussetzungen der Leistungspflicht entfallen sind und wir Ihnen diese Veränderung in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) darlegen. Unsere Leistungen bei Berufsunfähigkeit und/oder Pflegebedürftigkeit bzw. wegen spezieller Beeinträchtigung können wir mit Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen einstellen. Ab diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.

Unter den in § 1 Absatz 14 genannten Voraussetzungen zahlen wir Ihnen im Zuge der Einstellung die dort näher dargestellte Wiedereingliederungshilfe.

Keine Nachprüfung bei Arbeitsunfähigkeit

(5) Haben wir Leistungen wegen vorübergehender Arbeitsunfähigkeit erbracht, dann endet unsere Leistungsverpflichtung mit Ablauf des Monats in dem letztmalig die ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit nachgewiesen wurde. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden. Der Durchführung einer Nachprüfung entsprechend den Absätzen 1 bis 4 bedarf es in Bezug auf die vorübergehende Arbeitsunfähigkeit nicht. Sie müssen uns unverzüglich informieren, sobald keine Arbeitsunfähigkeit mehr vorliegt.

§ 10 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten im Rahmen der Nachprüfung?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 9 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Ansprucherhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, leisten wir nicht. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

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.

Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet.

§ 11 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

(1) Wir können Ihnen den Versicherungsschein sowie Nachträge in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) übermitteln. Stellen wir diese als Dokument in Papierform aus, liegt eine Urkunde vor. Sie können die Ausstellung als Urkunde verlangen.

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

(3) Den Allgemeinen Vertragsdaten des Versicherungsscheins können Sie entnehmen, welche optionalen Zusatzbausteine (AU-Schutz, Pflege-Schutz) Sie eingeschlossen haben.

§ 12 Wer erhält die Leistung?

(1) Wenn Sie keine abweichende Bestimmung treffen, leisten wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer.

Bezugsberechtigung

(2) Sie können uns widerruflich oder unwiderruflich eine der nachstehend bestimmten anderen Personen benennen, die die Leistung erhalten soll (Bezugsberechtigter). Haben Sie die Versicherung auf die eigene Person abgeschlossen, können Sie uns als Bezugsberechtigten

- Ihren Ehegatten oder Lebenspartner oder deren Geschwister,
- Ihre Verwandten und Verschwägerte gerader Linie (Beispiel Eltern, Großeltern, Kinder, Enkel und deren Ehegatten bzw. deren Lebenspartner),
- Ihre Geschwister sowie deren Kinder, Ehegatten oder Lebenspartner,
- Ihre Adoptivkinder, Schwiegereltern, Schwiegerkinder oder Stiefeltern,
- Geschwister Ihrer Eltern oder
- Kinder oder Adoptivkinder Ihres Ehegatten oder Lebenspartners

benennen.

Haben Sie die Versicherung nicht auf die eigene Person abgeschlossen, können Sie die versicherte Person oder deren Angehörige im Sinne des Satz 2 als Bezugsberechtigten benennen.

Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts sind nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie als unser Versicherungsnehmer. Es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits zuvor eine unwiderrufliche Bezugsberechtigung verfügt haben.

a) Wenn Sie ein Bezugsrecht widerruflich bestimmen, erwirbt der Bezugsberechtigte das Recht auf die Leistung erst mit dem Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls. Deshalb können Sie Ihre Bestimmung bis zum Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls jederzeit widerrufen. Wenn wir Renten zahlen, tritt mit jeder Fälligkeit einer Rente ein eigener Versicherungsfall ein.

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

Abtretung und Verpfändung

(3) Ansprüche auf Rentenleistungen können Sie nicht abtreten oder verpfänden. Soweit darüber hinaus eine Abtretung oder Verpfändung sonstiger Ansprüche rechtlich möglich ist, wird diese wirksam, wenn sie uns in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) angezeigt wird.

Beitrag

§ 13 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Die Beiträge zu Ihrem Vertrag können Sie je nach der ursprünglichen Vereinbarung monatlich, viertel-, halbjährlich oder jährlich zahlen. (Falls Sie die Zahlweise Ihres Vertrags ändern möchten, bitten wir Folgendes zu beachten:
Die Beiträge sind entsprechend der vereinbarten Zahlweise kalkuliert, sodass auch ein Zinseffekt berücksichtigt ist. Beispielsweise ist bei Umstellung von jährlicher auf monatliche Zahlweise der sich er-

gebende Monatsbeitrag höher als ein Zwölftel des Jahresbeitrags. Umgekehrt ist der Jahresbeitrag niedriger als 12 Monatsbeiträge.) Die Möglichkeit zur Zahlung eines Einmalbeitrags besteht nicht.

(2) Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) nach Abschluss des Vertrags zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, in den Allgemeinen Vertragsdaten angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden jeweils zu den in den Allgemeinen Vertragsdaten genannten Terminen fällig. Die Beiträge sind bis zum Ablauf der vereinbarten Beitragszahlungsdauer zu bezahlen, längstens jedoch bis zum Eintritt des Leistungsfalls; bei Vertragsbeendigung aufgrund von Tod bis zur nächsten Beitragsfälligkeit.

Bei Vereinbarung einer Karenzzeit sind nach Eintritt der Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit die Beiträge noch bis zum Ablauf der Karenzzeit weiter zu bezahlen. Grundsätzlich ist die Beitragszahlung bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht fortzusetzen (siehe § 1 Absatz 30, dort auch zur Stundung).

(3) Sie haben den Beitrag rechtzeitig gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag (siehe Absatz 2) alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Wenn die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart wurde, 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, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

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

(5) Wenn eine Leistung fällig wird, werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

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

Erster Beitrag

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

(2) Ist der erste Beitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch 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 (z. B. Papierform, E-Mail) eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens 2 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 ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn Sie sich noch immer mit den 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.

Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt er sich nach Maßgabe des § 18 in eine prämienfreie Versicherung um. Wird der in § 18 Absatz 1 genannte Mindestbetrag nicht erreicht, endet der Vertrag zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (d. h. bei beitragspflichtigen Verträgen zur nächsten Beitragsfälligkeit, mittags 12 Uhr).

(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
- oder, wenn die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf.

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.

Gestaltungsmöglichkeiten nach Versicherungsbeginn

§ 15 Welche Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie nach Versicherungsbeginn?

Gestaltungsmöglichkeiten ohne erneute Risikoprüfung

Im Folgenden informieren wir Sie darüber, welche Möglichkeiten Sie haben, um Ihren Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung im Rahmen unserer für den jeweiligen Beruf gültigen Annahmerichtlinien zu erhöhen und unter welchen Umständen Sie die Laufzeit ohne erneute Risikoprüfung verlängern können.

Gestaltungsmöglichkeiten nach Versicherungsbeginn:

- Upgrade-Option (Absatz 1)
- ereignisabhängige Nachversicherungsgarantie (Absatz 2)
- Berufseinsteigergarantie (Absatz 3)
- Karrieregarantie (Absatz 4)
- ereignisunabhängige Nachversicherungsgarantie (Absatz 5)
- DU-Wechseloption (Absatz 7)
- Verlängerungsgarantie bei Anhebung der Regelaltersgrenze (Absatz 8)

Auch wenn wir auf eine erneute Risikoprüfung verzichten, dürfen wir prüfen, ob die Voraussetzungen für die Ausübung der jeweiligen Gestaltungsmöglichkeit erfüllt sind.

Für die oben genannten Gestaltungsmöglichkeiten gilt, dass diese Rechte nur dann bestehen, wenn dieser Vertrag oder ein diesem Vertrag vorausgegangener Vertrag mit vollständiger Risikoprüfung zustande gekommen ist. Wenn Sie unsicher sein sollten, ob dies auf Ihren Vertrag zutrifft, können Sie uns gerne kontaktieren.
Diese Rechte bestehen nicht für Verträge, die aufgrund einer BU-Wechseloption aus der Grundfähigkeitsversicherung zustande gekommen sind.
Haben Sie mit uns Erhöhungen nach NÜRNBERGER Plus vereinbart, erhöhen sich Beiträge und Leistungen planmäßig ohne erneute Risikoprüfung (Absatz 9). Die detaillierten Regelungen finden Sie in den Besonderen Bedingungen für NÜRNBERGER Plus.

Bitte beachten Sie, dass Erhöhungen des Leistungsumfanges regelmäßig auch zur Erhöhung des Versicherungsbeitrages führen.

Upgrade-Option

(1) In Ihrer Versicherung sind bereits die verfügbaren Zusatzbausteine (Pflege-Schutz, AU-Schutz) enthalten, sodass sich in diesem Tarif die Upgrade-Option auf den flexiblen Ausschluss dieser Bausteine beschränkt.

Während der Vertragslaufzeit können Sie die Bausteine AU-Schutz (§ 1 Absatz 15) oder AU- und Pflege-Schutz (§ 1 Absätze 5 und 15 und § 15 Absatz 10) ausschließen, indem Sie in einen Tarif wechseln, in dem diese Leistungen nicht enthalten sind. Der Wechsel muss uns in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) angezeigt werden und wird zum nächsten Monatsersten nach Zugang der Wechselerklärung wirksam. Ein Wechsel ist nicht möglich, wenn Sie Leistungen aus diesem Vertrag beziehen oder bereits bezogen haben, Leistungen beantragt haben oder ein Versicherungsfall eingetreten ist. Ein erneuter Wechsel in einen Tarif, in dem die jeweils abgewählten Leistungen enthalten sind, ist nicht möglich.

Außerplanmäßige Erhöhung von Beitrag und Leistung ohne erneute Risikoprüfung (Ereignisabhängige Nachversicherungsgarantie)

(2) Sie haben bei den nachfolgend genannten, die versicherte Person betreffenden und nach Versicherungsbeginn eintretenden Ereignissen das Recht, innerhalb einer Frist von 12 Monaten ab dem Ereignis und vor Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person die Leistungen der Berufsunfähigkeitsversicherung ohne erneute Risikoprüfung im Rahmen unserer für den jeweiligen Beruf gültigen Annahmerichtlinien um maximal 50 % der zuletzt geltenden Monatsrente zu erhöhen.

Die Summe der bei uns versicherten Berufsunfähigkeitsrenten darf nach der Erhöhung die berufsspezifische Höchstsumme bzw. die Besoldungsgruppengrenze bei Beamten, höchstens 4.000,00 EUR pro Monat (48.000,00 EUR pro Jahr) nicht übersteigen.

- Eintritt der Volljährigkeit;
- Heirat;
- Ehescheidung bzw. Löschung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft;
- Tod des Ehepartners bzw. des eingetragenen Lebenspartners;
- Geburt oder Adoption eines Kindes oder Beendigung der Elternzeit (mit der Besonderheit, dass die Erhöhung innerhalb von 12 Monaten ab dem Ende der für dieses Kind genommenen Elternzeit verlangt werden kann);
- Existenzgründung (Wechsel in die berufliche Selbstständigkeit im Hauptberuf, z. B. Praxis-/Kanzleigründung bzw. -übernahme) in den ersten 10 Jahren der Versicherungsdauer. Die zeitliche Einschränkung von 10 Jahren gilt nicht für Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Rechtsanwälte, Notare, Steuerberater und Wirtschaftsprüfer;
- erstmaliger Beginn einer staatlich anerkannten Berufsausbildung oder eines staatlich anerkannten Hochschulstudiums;
- Abschluss einer akademischen Weiterqualifizierung (z. B. Facharzt, Bachelor, Master, Staatsexamen) eines Akademikers, der bereits eine seiner Ausbildung entsprechende berufliche Tätigkeit ausübt;
- erfolgreicher Abschluss einer Höherqualifikation (z. B. Weiterbildung zum Fach-/Betriebswirt oder Techniker, Meisterprüfung);
- Erhöhung des regelmäßigen Bruttomonatseinkommens aus nichtselbstständiger Tätigkeit
  - um mindestens 250 EUR oder
  - um mindestens 10 %
  im Vergleich zum Vormonat (ohne Sonderzahlung/Bonus);
- nachhaltige Gewinnsteigerung eines ausschließlich Selbstständigen um mindestens 30 % (maßgeblich: durchschnittlicher Gewinn vor Steuern der letzten 3 Jahre im Vergleich zu den 3 davorliegenden Jahren);
- Erhalt der Prokura;
- Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung;
- Finanzierung zum Immobilienerwerb oder Finanzierung im gewerblichen Bereich. Die Finanzierungssumme muss mindestens 25.000,00 EUR betragen;
- Wegfall des Invaliditätsschutzes aus der gesetzlichen Rentenversicherung aufgrund einer Gesetzesänderung;
- bei Selbstständigen, Angehörigen der freien Berufe und Handwerkern: Wegfall des Berufsunfähigkeitsschutzes aus einem berufsständischen Versorgungswerk oder einer betrieblichen Altersversorgung.

Der Erhöhungsantrag und alle erforderlichen Nachweise müssen uns auf Ihre Kosten binnen 12 Monaten ab dem Ereignis in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) zugegangen sein. Die Erhöhung wird zum nächsten Monatsersten (mittags 12 Uhr) nach Zugang vorgenommen. Außerdem müssen die unter Absatz 6 genannten weiteren Voraussetzungen erfüllt sein.

Berufseinsteigergarantie

(3) Wenn die versicherte Person nach Versicherungsbeginn erfolgreich

- eine allgemein anerkannte Berufsausbildung oder
- ein (Fach-)Hochschulstudium

abgeschlossen und eine berufliche Tätigkeit aufgenommen hat, haben Sie einmalig das Recht, vor Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person ohne erneute Risikoprüfung

- entweder die Leistungen dieser Berufsunfähigkeitsversicherung im Rahmen unserer für den jeweiligen Beruf gültigen Annahmerichtlinien um maximal 100 % der zuletzt geltenden Monatsrente zu erhöhen; die Summe der bei uns versicherten Berufsunfähigkeitsrenten darf nach der Erhöhung die berufsspezifische Höchstsumme bzw. die Besoldungsgruppengrenze bei Beamten, höchstens 4.000,00 EUR pro Monat (48.000,00 EUR pro Jahr) nicht übersteigen,
- oder planmäßige Erhöhungen von Beitrag und Leistung nach NÜRNBERGER Plus (siehe Absatz 9) mit uns zu vereinbaren. Die hierfür geltenden Versicherungsbedingungen stellen wir Ihnen im Rahmen unserer gesetzlichen Informationspflichten rechtzeitig vor dem Erhöhungsantrag und jederzeit auf Wunsch zur Verfügung.

Der Erhöhungsantrag und alle erforderlichen Nachweise müssen uns binnen 12 Monaten ab dem Ereignis in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) zugegangen sein. Die Erhöhung wird zum nächsten Monatsersten (mittags 12 Uhr) nach Zugang wirksam. Außerdem müssen die unter Absatz 6 genannten weiteren Voraussetzungen erfüllt sein.

Karrieregarantie

(4) Beträgt die versicherte Berufsunfähigkeitsrente bereits mindestens 4.000,00 EUR pro Monat (48.000,00 EUR pro Jahr), können Sie vor Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person ohne erneute Risikoprüfung die Leistungen der Berufsunfähigkeitsversicherung unter den nachfolgend genannten Voraussetzungen erhöhen.

a) Arbeitnehmer

- Die versicherte Person ist in einem unbefristeten Arbeitsverhältnis beschäftigt und
- ihr regelmäßiges Bruttomonatsgehalt erhöht sich vertraglich um mindestens 5 % im Vergleich zum Vormonat.

Die Erhöhung erfolgt maximal in dem Verhältnis, in dem sich das Bruttomonatsgehalt der versicherten Person erhöht. Der Erhöhungsantrag und alle erforderlichen Nachweise - insbesondere ein Nachweis über die Gehaltserhöhung - müssen uns binnen 6 Monaten ab der Gehaltserhöhung in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) zugegangen sein.

b) Selbstständige

- Die versicherte Person übt ihre berufliche Tätigkeit seit mindestens 6 Jahren ausschließlich und ununterbrochen in Selbstständigkeit aus,
- ihr Gewinn vor Steuern hat sich nachhaltig um mindestens 30 % erhöht (maßgeblich ist der durchschnittliche Gewinn vor Steuern der letzten 3 Jahre im Vergleich zu dem durchschnittlichen Gewinn vor Steuern der 3 davorliegenden Jahre).

Die Erhöhung ist frühestens 6 Jahre nach Versicherungsbeginn möglich und erfolgt maximal um 30 % der zuletzt geltenden Berufsunfähigkeitsrente. Der Erhöhungsantrag und die Nachweise, aus denen der Gewinn vor Steuern der relevanten Jahre hervorgeht, müssen uns binnen 6 Monaten ab dem Zeitpunkt der Feststellung des endgültigen Jahresabschlusses oder der Einnahmen-Überschuss-Rechnung des letzten betrachteten Gewinnjahres zugegangen sein. Die Erhöhung der Leistung ist nur alle 3 Jahre möglich.

Sowohl für Arbeitnehmer als auch für Selbstständige gilt, dass nach der Erhöhung die Summe der bei uns versicherten Berufsunfähigkeitsrenten 7.500,00 EUR pro Monat (90.000,00 EUR pro Jahr) nicht übersteigen darf. Gehalts- und Gewinnsteigerungen können nur dann für die Karrieregarantie herangezogen werden, wenn sie nicht bereits zur Begründung einer ereignisabhängigen Nachversicherung nach Absatz 2 verwendet wurden.

Die Erhöhung wird zum nächsten Monatsersten (mittags 12 Uhr) nach Zugang vorgenommen. Außerdem müssen die unter Absatz 6 genannten weiteren Voraussetzungen erfüllt sein.

Ereignisunabhängige Nachversicherungsgarantie

(5) Der Versicherungsnehmer hat ohne besonderes Ereignis innerhalb der ersten 5 Jahre nach Versicherungsbeginn und vor Vollendung des 40. Lebensjahres der versicherten Person einmalig das Recht, die Leistung der Berufsunfähigkeitsversicherung ohne erneute Risikoprüfung im Rahmen unserer für den jeweiligen Beruf gültigen Annahmerichtlinien um maximal 50 % der zuletzt geltenden Monatsrente zu erhöhen.
Die Summe der bei uns versicherten Berufsunfähigkeitsrenten darf nach der Erhöhung die berufsspezifische Höchstsumme bzw. die Besoldungsgruppengrenze bei Beamten, höchstens 3.000,00 EUR pro Monat (36.000,00 EUR pro Jahr) nicht übersteigen.

Das Recht besteht nur, wenn dieser Vertrag oder ein diesem Vertrag vorausgegangener Vertrag mit vollständiger Risikoprüfung zustande gekommen ist und der Versicherungsbeginn dieses Vorvertrages nicht länger als 5 Jahre zurückliegt. Wenn Sie unsicher sein sollten, ob dies auf Ihren Vertrag zutrifft, können Sie uns gerne kontaktieren. Die Erhöhung muss uns in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) mitgeteilt werden. Sie wird 6 Monate nach Zugang zum nächsten Monatsersten (mittags 12 Uhr) wirksam. Außerdem müssen die unter Absatz 6 genannten weiteren Voraussetzungen erfüllt sein.

(6) Weitere Voraussetzungen und Regelungen

- Es wird kein Wechsel der Überschussvariante "Abzug vom Beitrag" auf "Bonusrente" nach § 3 Absatz 5 Buchstabe a Doppelbuchstabe dd vorgenommen.
- Zum Zeitpunkt der Beantragung der Erhöhung ist die versicherte Person weder berufsunfähig, pflegebedürftig oder arbeitsunfähig noch ist ein entsprechender Leistungsantrag gestellt worden.
- Zum Zeitpunkt der Beantragung der Erhöhung besteht für die versicherte Person weder eine teilweise oder volle Erwerbsminderung noch ist ein entsprechender Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt worden noch wird eine Erwerbsminderungsrente bezogen.
- Die versicherte Person war innerhalb der letzten 12 Monate vor Stellung des Antrags auf Leistungserhöhung nicht länger als 2 Wochen durchgehend arbeitsunfähig (gilt nur, sofern die Leistung nach Absatz 5 erweitert wird).
- Zum Zeitpunkt der Beantragung der Erhöhung ist weder ein Versicherungsfall im Sinne einer optional eingeschlossenen Zusatzversicherung eingetreten noch ein entsprechender Leistungsantrag gestellt worden.
- Zum Zeitpunkt der Erhöhung wird der Vertrag beitragspflichtig geführt.

- Die gesamte Monatsrente aller auf die versicherte Person abgeschlossenen Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)versicherungen (auch bei anderen Gesellschaften) darf nach erfolgter Leistungserhöhung 70 % des Bruttoeinkommens der versicherten Person nicht übersteigen. Maßgeblich ist das durchschnittliche Bruttoeinkommen in den letzten 3 vollen Kalenderjahren vor dem Jahr der Erhöhung. Bei Berufsanfängern, die noch keine 3 vollen Kalenderjahre gearbeitet haben, ist das aktuelle Bruttogehalt maßgeblich. Bei Personen, die länger als 1 Jahr keine berufliche Tätigkeit ausgeübt und dann seit dem Wiedereinstieg noch keine vollen 3 Kalenderjahre gearbeitet haben, ist das durchschnittliche Bruttoeinkommen seit dem Wiedereinstieg maßgeblich.

Eine außerplanmäßige Erhöhung der Versicherungsleistungen im Rahmen der Nachversicherungsgarantie errechnet sich nach dem Erhöhungsbetrag, nach dem Alter der versicherten Person zum Erhöhungstermin, der restlichen Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag, wobei der ursprüngliche Tarif herangezogen wird. Sind Zusatzversicherungen eingeschlossen, werden ihre garantierten Versicherungsleistungen im selben Verhältnis wie die der Hauptversicherung erhöht; hierbei verwenden wir ebenfalls immer den ursprünglichen Tarif.

Alle im Rahmen des Versicherungsvertrags getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Allgemeinen Bedingungen sowie die Bezugsrechtsverfügungen, erstrecken sich auch auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen. Eine außerplanmäßige Erhöhung der Versicherungsleistungen im Rahmen der Gestaltungsmöglichkeiten nach den Absätzen 2 bis 5 setzt die Höchstfristen für einen Rücktritt oder eine Anfechtung wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung (siehe § 6) nicht erneut in Lauf. Es besteht kein Recht auf eine isolierte oder darüber hinausgehende Erhöhung der Pflegerente oder Arbeitsunfähigkeitsrente und/oder einer optional eingeschlossenen Zusatzversicherung.

Die Erhöhungsbeiträge aus der Nachversicherung unterliegen auch künftigen planmäßigen Erhöhungen nach NÜRNBERGER Plus, soweit die Regelungen der Besonderen Bedingungen für NÜRNBERGER Plus dem nicht entgegenstehen.

DU-Wechseloption

(7) Wechselt die versicherte Person während der Vertragslaufzeit in ein Dienstverhältnis als Beamter im öffentlichen Dienst, Richter oder als Berufssoldat oder Soldat auf Zeit, haben Sie innerhalb von 12 Monaten nach dem Wechsel das Recht, Ihre Versicherung ohne erneute Risikoprüfung im Rahmen unserer für den jeweiligen Beruf gültigen Annahmerichtlinien in eine Selbstständige Berufs- und Dienstunfähigkeitsversicherung (Tarif SDU3310DC) umzuwandeln. Dabei werden die Bausteine AU- und Pflege-Schutz ausgeschlossen. Bisher eingeschlossene Zusatzversicherungen bleiben bestehen, soweit dies tariflich möglich ist.

Der neue Beitrag wird nach dem, zum ursprünglichen Vertragsabschluss verkaufsoffenen Tarif mit den entsprechenden Leistungen kalkuliert und ab dem Termin, zu dem der Tarifwechsel wirksam wird, fällig. Außerdem müssen die nachfolgend genannten weiteren Voraussetzungen erfüllt sein.

Weitere Voraussetzungen und Regelungen

- Zum Zeitpunkt der Beantragung ist die versicherte Person weder berufsunfähig, pflegebedürftig oder arbeitsunfähig noch ist ein entsprechender Leistungsantrag gestellt worden.
- Zum Zeitpunkt der Beantragung ist die versicherte Person weder nach dem für sie geltenden Beamten- oder Soldatenversorgungsgesetz dienstunfähig, polizeidienstunfähig oder begrenzt dienstfähig, noch ist ein entsprechender Antrag gestellt worden.
- Zum Zeitpunkt der Beantragung ist weder ein Versicherungsfall im Sinne einer optional eingeschlossenen Zusatzversicherung eingetreten noch ein entsprechender Leistungsantrag gestellt worden.
- Der Vertrag wird beitragspflichtig geführt.

Der Nachweis über den Wechsel der versicherten Person in ein Dienstverhältnis als Beamter im öffentlichen Dienst, Richter oder als Berufssoldat oder Soldat auf Zeit muss uns auf Ihre Kosten binnen 12 Monaten ab dem Ereignis in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) zugegangen sein. Die Umwandlung wird frühestens zur nächsten Beitragsfälligkeit (mittags 12 Uhr) nach Zugang vorgenommen.

Verlängerungsgarantie bei Anhebung der Regelaltersgrenze

(8) Ist die versicherte Person

- in der Deutschen Rentenversicherung versichert und erhöht sich die Regelaltersgrenze dieser gesetzlichen Rentenversicherung oder
- Beamter oder Richter und erhöht sich die Regelaltersgrenze in ihrer beamtenrechtlichen Altersversorgung oder
- anspruchsberechtigtes Mitglied in einem berufsständischen Versorgungswerk und erhöht sich die Regelaltersgrenze in diesem,

können Sie die Versicherungs- und Leistungsdauer Ihres Vertrags ohne erneute Risikoprüfung um die Zeitspanne verlängern, um die die Regelaltersgrenze in der entsprechenden Versorgungseinrichtung erhöht wurde, maximal jedoch um 5 Jahre und höchstens bis zur jeweils neu festgelegten Regelaltersgrenze.

Weitere Voraussetzungen und Regelungen

- 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.
- Zum Zeitpunkt der Beantragung der Verlängerung ist weder ein Versicherungsfall in einer optional eingeschlossenen Zusatzversicherung eingetreten, noch ist ein entsprechender Leistungsantrag gestellt worden.
- Der dann ausgeübte Beruf der versicherten Person und die dann aktuellen Annahmerichtlinien lassen das gewünschte Ablaufalter 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. Die Beantragung der Verlängerung erfolgt spätestens 15 Jahre vor dem neuen Ablauftermin.
- Eine Erhöhung der vereinbarten Rente findet nicht statt. Durch die Verlängerung ändert sich der Beitrag.
- Sie können die Verlängerung in Textform (Papierform, E-Mail) beantragen. Der Antrag muss innerhalb von 12 Monaten nach In-

krafttreten der für die versicherte Person geltenden Regelung zur Anhebung der Regelaltersgrenze gestellt werden.

Liegen die genannten Voraussetzungen vor, erstellen wir Ihnen einen Vorschlag auf Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung mit verlängerter Vertragslaufzeit nach den dann gültigen Annahmerichtlinien und einem verkaufsoffenen Tarif. Vertragswerte (Deckungskapital, Überschuss, bereits getilgte Abschlusskosten) werden übertragen. Bisher vereinbarte Risikozuschläge bzw. Leistungsausschlüsse oder andere besondere Vereinbarungen, gelten auch für die neue Berufsunfähigkeitsversicherung. Mit dem Abschluss des Vertrages mit verlängerter Vertragslaufzeit endet der bisherige Vertrag.

Bisher eingeschlossene Zusatzversicherungen können auf Ihren Wunsch, sofern es die zum Zeitpunkt der Vertragsänderung aktuellen Annahmerichtlinien zulassen und diese tariflich möglich sind, wieder eingeschlossen werden. Versicherungs- und Leistungsdauer(n) der wieder eingeschlossenen Zusatzversicherung(en) bleiben jedoch unverändert.

Planmäßige Erhöhung von Beitrag und Leistung ohne erneute Risikoprüfung (NÜRNBERGER Plus)

(9) Haben Sie mit uns Erhöhungen nach NÜRNBERGER Plus vereinbart, erhöhen sich Beiträge und Leistungen planmäßig ohne erneute Risikoprüfung. Die Erhöhung betrifft die versicherten Leistungen der Hauptversicherung bei Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit sowie gegebenenfalls die optional eingeschlossenen Zusatzversicherungen. Die detaillierten Regelungen finden Sie in den Besonderen Bedingungen für NÜRNBERGER Plus.

Weitere Gestaltungsmöglichkeiten

Im Folgenden informieren wir Sie darüber, welche weiteren Möglichkeiten Sie zur Gestaltung Ihres Versicherungsschutzes im Rahmen unserer für den jeweiligen Beruf gültigen Annahmerichtlinien haben. Ob wir bei diesen Gestaltungsmöglichkeiten auf eine erneute Gesundheits- oder Risikoprüfung verzichten, finden Sie im jeweiligen Absatz.

- Abschluss einer Anschluss-Pflegerenten-Versicherung für die versicherte Person (Pflege-Schutz) (Absatz 10);
- Günstigerprüfung bei Berufswechsel (Absatz 11);
- Außerplanmäßige Erhöhung von Beitrag und Leistung mit erneuter vollständiger Risikoprüfung (Absatz 12).

Bitte beachten Sie, dass Erhöhungen des Leistungsumfanges regelmäßig auch zur Erhöhung des Versicherungsbeitrages führen.

Abschluss einer Anschluss-Pflegerenten-Versicherung für die versicherte Person (Pflege-Schutz)

(10) Sie können innerhalb von 3 Monaten vor Ablauf der Versicherungsdauer für die versicherte Person eine Anschluss-Pflegerenten-Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung beantragen. Wir bieten Ihnen dann ohne erneute Gesundheitsprüfung eine Anschluss-Pflegerenten-Versicherung nach einem verkaufsoffenen Tarif und dessen zugehörigen Annahmerichtlinien an.

Die Anschluss-Pflegerenten-Versicherung beginnt mit dem Ablauf der Versicherungsdauer dieser Berufsunfähigkeitsversicherung. Wurden für diese Berufsunfähigkeitsversicherung Risikozuschläge bzw. Leistungsausschlüsse vereinbart oder andere besondere Vereinbarungen getroffen, gelten diese entsprechend auch für die Anschluss-Pflegerenten-Versicherung.

Voraussetzung für den Abschluss der Anschluss-Pflegerenten-Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung ist:

- Die versicherte Person ist zum Ablauf der Versicherungsdauer nicht pflegebedürftig und
- für die versicherte Person wurde bisher kein Antrag auf Leistungen aus einer (gesetzlichen oder privaten) Pflegeversicherung gestellt und
- Ihr vorliegender Vertrag wurde nicht vorzeitig prämienfrei umgewandelt und
- wir verfügen zum Ablauf der Versicherungsdauer dieser Berufsunfähigkeitsversicherung über einen verkaufsoffenen Tarif einer Anschluss-Pflegerenten-Versicherung.

Dem Abschluss einer Anschluss-Pflegerenten-Versicherung ohne erneute Gesundheitsfragen steht nicht entgegen, dass wir Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit oder einer speziellen Beeinträchtigung erbracht haben, aber noch keine Zusatzleistungen wegen Pflegebedürftigkeit.

Die Höhe der monatlichen Pflegerente im Rahmen der Anschluss-Pflegerenten-Versicherung können Sie in Abhängigkeit vom Grad der Pflegebedürftigkeit staffeln. Bezogen auf die in § 2 Absatz 7 genannte Punktetabelle des ADL-Score dürfen aber folgende Höchstrenten nicht überschritten werden:

- Leistung bei einer Pflegebedürftigkeit, die 4 Punkte der Tabelle umfasst:
- 100 % der vorherigen Berufsunfähigkeitsrente, maximal 2.000,00 EUR pro Monat;
- Leistung bei einer Pflegebedürftigkeit, die 2 oder 3 Punkte der Tabelle umfasst:
- 75 % der vorherigen Berufsunfähigkeitsrente, maximal 1.500,00 EUR pro Monat;
- Leistung bei einer Pflegebedürftigkeit, die 1 Punkt der Tabelle umfasst:
- 50 % der vorherigen Berufsunfähigkeitsrente, maximal 1.000,00 EUR pro Monat.

Verfügt unser zum Ablaufzeitpunkt der Versicherungsdauer dieser Berufsunfähigkeitsversicherung verkaufsoffener Tarif der Anschluss-Pflegerenten-Versicherung über eine Einstufung der Pflegebedürftigkeit, die nicht mehr im Wesentlichen mit der genannten Einteilung vergleichbar ist, werden die Höchstsummen angemessen neu prozentual gestaffelt und in der Höchststufe wieder mit 100 % der vorherigen Berufsunfähigkeitsrente, maximal 2.000,00 EUR pro Monat, gedeckelt.

Günstigerprüfung bei Berufswechsel

(11) Wechselt die versicherte Person während der Versicherungsdauer aus anderen als gesundheitlichen Gründen ihren Beruf, können Sie frühestens nach 6 Monaten im geänderten Beruf durch uns prüfen lassen, ob sich durch den Berufswechsel für die verbleibende Versicherungsdauer der zu zahlende Beitrag reduziert. Dazu müssen Sie uns die Änderung in Textform mitteilen. Wir führen unter Umständen eine Risikoprüfung durch.

Ist die versicherte Person Schüler, können Sie diese Günstigerprüfung

- sofort veranlassen, wenn die versicherte Person die Schulform wechselt oder in die gymnasiale Oberstufe versetzt wird;
- nach Ablauf von 6 Monaten veranlassen, wenn die versicherte Person eine Ausbildung bzw. ein Studium beginnt oder eine berufliche Tätigkeit aufnimmt.

Wir führen keine erneute Risikoprüfung durch.

Ist die versicherte Person Student, können Sie diese Günstigerprüfung nach Ablauf von 6 Monaten veranlassen, wenn die versicherte Person eine berufliche Tätigkeit aufnimmt. Wir führen keine erneute Risikoprüfung durch.

Sofern der Berufswechsel zu einer Reduzierung des Beitrags führt, berechnen wir den für die verbleibende Versicherungsdauer zu zahlenden Beitrag nach dem ursprünglichen Tarif. Anderenfalls führen wir die Versicherung der versicherten Person mit unverändertem Beitrag fort. Bei einer Reduzierung des Beitrags bleiben vereinbarte Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse unverändert bestehen.

Außerplanmäßige Erhöhung von Beitrag und Leistung mit erneuter vollständiger Risikoprüfung

(12) Wünschen Sie unabhängig von den Absätzen 2 bis 5 und 9 eine Erhöhung des Versicherungsschutzes, haben Sie hierauf keinen Rechtsanspruch. Wir werden Ihre Anfrage aber gerne prüfen. Es wird dabei unter anderem eine erneute Risikoprüfung stattfinden, und möglicherweise können wir Ihrem Wunsch dann allenfalls dadurch entsprechen, dass wir Ihnen den Neuabschluss eines zusätzlichen Versicherungsvertrags nach einem dann verkaufsoffenen Tarif anbieten.

Kündigung und Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung

§ 16 Welche anderen Möglichkeiten als eine Kündigung oder eine Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?

Entnahme der Beiträge aus etwaigem Überschussguthaben

(1) Bei Zahlungsschwierigkeiten können Sie beantragen, dass die Beiträge für die Versicherung aus dem Überschussguthaben entnommen und verrechnet werden, solange das Überschussguthaben hierfür ausreicht.
Dies muss mit uns vor Beginn in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) vereinbart werden und kommt im vorliegenden Tarif nur dann in Betracht, wenn nach Wiederinkraftsetzung einer vorübergehend beitragsfreien Versicherung zeitweise eine verzinsliche Ansammlung der Überschüsse stattgefunden hat. Das Überschussguthaben wird entsprechend gemindert.

Befristete Umwandlung mit automatischer Wiederinkraftsetzung

(2) Bei Zahlungsschwierigkeiten können Sie beantragen, für maximal 12 Monate die Beitragszahlung auszusetzen. Dies muss mit uns vor Beginn in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) vereinbart werden und hat zur Voraussetzung, dass die herabgesetzte prämienfreie Jahresrente den Mindestbetrag von 1,00 EUR nicht unterschreitet.

Ihr Vertrag wird für 12 Monate befristet im Sinne des § 18 umgewandelt. In dieser Zeit besteht nur reduzierter Versicherungsschutz in Höhe der prämienfreien Monatsrente nach Maßgabe des § 18. Nach 12 Monaten werden der volle Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung und die Beitragspflicht automatisch wieder in Kraft gesetzt. Sie können zudem jederzeit binnen der 12 Monate in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) beantragen, dass die Wiederinkraftsetzung bereits früher zum Beginn des nächsten Versicherungsmonats erfolgt. Die automatische Wiederinkraftsetzung erfordert eine Vertragsänderung. Nach der Wiederinkraftsetzung ist in der Regel ein höherer Beitrag erforderlich. Alternativ kann der Vertrag auch mit der ursprünglichen Beitragshöhe wieder in Kraft gesetzt werden, wodurch sich der Versicherungsschutz reduziert. Sie haben auch die Möglichkeit, den nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik ermittelten Fehlbetrag zum Wiederinkraftsetzungstermin nachzuzahlen, sodass der volle Versicherungsschutz und die ursprüngliche Beitragshöhe beibehalten werden können.

Beitragsstundung

(3) Sie können für den Zeitraum von maximal 24 Monaten eine zinslose Stundung der Beiträge unter Aufrechterhaltung des vereinbarten Versicherungsschutzes verlangen. Die zu stundenden Beiträge dürfen dabei maximal so hoch sein, wie das Deckungskapital zu Beginn des Stundungszeitraums. Auf Nachfrage weisen wir Ihnen den möglichen Stundungszeitraum aus.

Die gestundeten Beiträge können Sie nach Ablauf des Stundungszeitraums in Form einer einmaligen Zahlung nachzahlen. Sofern Sie es wünschen, kann der Ausgleich gegebenenfalls auch durch eine Verrechnung mit einem eventuell vorhandenen Deckungskapital erfolgen. Hierbei können Sie gegebenenfalls zwischen einer Verringerung der Versicherungsleistungen und einer Erhöhung des Beitrags wählen. Eine erneute Stundung ist nur möglich, wenn die ausstehenden Beiträge aus einer früheren Stundung vollständig beglichen wurden.

Für eine Stundung der Beiträge ist eine vorherige Vereinbarung in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) mit uns erforderlich.

Sonstige Möglichkeiten

(4) Darüber hinaus werden wir Sie bei bestehenden Zahlungsschwierigkeiten auf Wunsch über weitere Möglichkeiten zum Erhalt des Versicherungsschutzes schriftlich informieren.

§ 17 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen und welche Leistungen erbringen wir?

Kündigung

(1) Sie können Ihren Vertrag jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (d. h. bei beitragspflichtigen Verträgen zur nächsten Beitragsfälligkeit, mittags 12 Uhr) kündigen. Die Kündigung hat in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) zu erfolgen.

Sie können Ihren Vertrag auch teilweise kündigen, wenn der verbleibende Jahresbeitrag den Mindestbetrag von 120,00 EUR und die verbleibende beitragspflichtige Monatsrente den Mindestbetrag von 100,00 EUR nicht unterschreitet. Sind diese Voraussetzungen nicht gegeben, hat das zur Folge, dass Ihre Teilkündigung unwirksam ist. Wenn Sie in diesem Fall Ihren Vertrag beenden wollen, müssen Sie ihn also ganz kündigen.

Vertragsbeendigung und Auszahlung der Überschussbeteiligung

(2) Bei Kündigung endet der Vertrag zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (d. h. bei beitragspflichtigen Verträgen zur nächsten Beitragsfälligkeit, mittags 12 Uhr). Es erfolgt keine Zahlung eines Rückkaufswerts. War Ihr Vertrag vor der Kündigung prämienfrei umgewandelt, werden eventuell vorhandene Überschüsse und Bewertungsreserven ausgezahlt (siehe § 3 Absatz 5). Sind Zusatzversicherungen eingeschlossen, kommt es insoweit auf deren Versicherungsumfang an.

Keine Beitragsrückzahlung

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

§ 18 Wann können Sie Ihren Vertrag in eine prämienfreie Versicherung umwandeln und welche Auswirkungen hat dies?

Umwandlung

(1) Anstelle einer Kündigung können Sie bei einer beitragspflichtigen Versicherung verlangen, dass die Versicherung zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (d. h. zur nächsten Beitragsfälligkeit, mittags 12 Uhr) in eine prämienfreie Versicherung umgewandelt wird.
Dies ist in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) zu beantragen. Voraussetzung der Umwandlung ist, dass die herabgesetzte prämienfreie Monatsrente den Mindestbetrag von 100,00 EUR nicht unterschreitet.

Wird der Mindestbetrag nicht erreicht, endet der Vertrag zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (d. h. bei beitragspflichtigen Verträgen zur nächsten Beitragsfälligkeit, mittags 12 Uhr).

Bitte prüfen Sie vor der Beantragung, ob Ihrem tatsächlichen Interesse nicht durch eine der in § 16 genannten Möglichkeiten besser entsprochen werden kann. Die Umwandlung hat zwar unter anderem zur Folge, dass Sie für die Zukunft keine Beiträge mehr zahlen müssen. Gleichzeitig verringert sich aber der Versicherungsschutz.

Nach der Umwandlung haben Sie an sich keinen Anspruch auf Wiederinkraftsetzung der Versicherung. Wir können deshalb eine Wiederinkraftsetzung ablehnen oder an Bedingungen knüpfen, beispielsweise daran, dass sich der Gesundheitszustand der versicherten Person seit Vertragsschluss nicht verschlechtert hat. Details zu Wiederinkraftsetzungen finden Sie in Absatz 5.

(2) Die prämienfreie Versicherungsleistung wird von uns nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den nach Absatz 1 maßgeblichen Schluss der laufenden Versicherungsperiode unter Zugrundelegung des Deckungskapitals der Versicherung berechnet; Beitragsrückstände werden abgesetzt. Bei der Berechnung des Deckungskapitals wenden wir bis zur Höhe des aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersatzes zur Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten das sogenannte Zillmerverfahren an. Mindestens legen wir jedoch den Betrag des Deckungskapitals zugrunde, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung des aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersatzes angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten 5 Jahre der Versicherungsdauer ergibt. Beträgt die vereinbarte Beitragszahlungsdauer weniger als 5 Jahre, werden diese Abschluss- und Vertriebskosten gleichmäßig auf die vereinbarte Beitragszahlungsdauer verteilt. Einen Stornoabzug nehmen wir nicht vor.

Beachten Sie bitte: Die Bildung eines Kapitals ist kein Vertragszweck Ihrer Versicherung. Das sogenannte Deckungskapital einer Berufsunfähigkeitsversicherung erreicht bei bestimmten Vertragsgestaltungen nie einen positiven Wert. Wenn ein positiver Wert entsteht, dann nur vorübergehend, und zwar nur aus den Beitragsteilen, die nicht sofort zur Bestreitung der Leistungsfälle sowie zur Abdeckung der Abschluss- und Verwaltungskosten benötigt werden und für die Finanzierung der noch ausstehenden Leistungen bestimmt sind. Das Deckungskapital dient nur dazu, die Höhe des Bruttobeitrags möglichst konstant zu halten. Die für die Bildung des Deckungskapitals zur Verfügung stehenden Beitragsteile sind gemessen an den gezahlten Beiträgen während der gesamten Vertragslaufzeit sehr gering. Mit Ablauf der Versicherung ist das Deckungskapital deswegen stets wieder völlig aufgebraucht.

(3) Bei einer Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung vermindern sich alle Leistungen in gleicher Weise wie die Monatsrente. Die Regelungen aus § 1 gelten nach einer Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung entsprechend vermindert. Wenn Sie eine garantierte Rentensteigerung vereinbart haben, gilt für die garantierte Rentensteigerung nach Rentenbeginn bei einer umgewandelten Versicherung ebenfalls der in den Allgemeinen Vertragsdaten genannte Prozentsatz.

Teilweise Umwandlung

(4) Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht ist nur möglich, wenn der verbleibende Jahresbeitrag den Mindestbetrag von 120,00 EUR und die verbleibende Monatsrente den Mindestbetrag von 100,00 EUR nicht unterschreitet. Sind diese Voraussetzungen nicht gegeben, hat das zur Folge, dass Ihr Umwandlungsantrag unwirksam ist. In diesem Fall müssen Sie die vollständige Umwandlung beantragen.

Wiederinkraftsetzung

(5) Eine Wiederinkraftsetzung der prämienfreien Versicherung ist innerhalb von 3 Jahren nach erfolgter Umwandlung möglich und von einer erneuten Risikoprüfung abhängig.

Die Wiederinkraftsetzung erfordert eine Vertragsänderung und ist in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) zu beantragen. Dabei gelten

diejenigen Rechnungsgrundlagen, die der Vertrag zum Zeitpunkt der Umwandlung hatte. Nach einer Wiederinkraftsetzung ist in der Regel ein höherer Beitrag erforderlich. Alternativ kann der Vertrag auch mit der ursprünglichen Beitragshöhe wieder in Kraft gesetzt werden, wodurch sich der Versicherungsschutz reduziert. Sie haben auch die Möglichkeit, den nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik ermittelten Fehlbetrag zum Wiederinkraftsetzungstermin nachzuzahlen, sodass der volle Versicherungsschutz und die ursprüngliche Beitragshöhe beibehalten werden können.

Garantiewerte

(6) Eine Übersicht über die prämienfreien Renten ist in den Garantiewerten abgedruckt.

Kosten

§ 19 Welche Kosten sind in Ihrem Vertrag vereinbart?

(1) Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Diese sind von Ihnen zu tragen und in Ihren Beitrag einkalkuliert. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie um übrige in den Beitrag einkalkulierte Kosten.

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

Die Höhe der einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten und der darin enthaltenen Verwaltungskosten können Sie dem Produktinformationsblatt entnehmen.

(2) Wir wenden das sogenannte Zillmerverfahren an, nach dem wir die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten heranziehen. Dies gilt jedoch nicht für den Teil der ersten Beiträge, der für die Leistungen im Versicherungsfall und für die Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung der Deckungsrückstellung nach § 25 Absatz 2 RechVersV in Verbindung mit § 169 Absatz 3 VVG bestimmt ist. Der nach dem Zillmerverfahren zur Tilgung der Abschluss- und Vertriebskosten erforderliche Betrag ist auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Beiträge beschränkt. Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden über die gesamte Beitragszahlungsdauer verteilt, die übrigen Kosten teils über die gesamte Beitragszahlungsdauer, teils über die gesamte Vertragslaufzeit.

(3) Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass insbesondere in der Anfangszeit Ihrer Versicherung nur geringe Beträge zur Bildung einer prämienfreien Berufsunfähigkeitsrente vorhanden sind. Die Kostenverrechnung gemäß Absatz 2 findet im Falle einer Prämienfreistellung jedoch nur eingeschränkt Anwendung, weil wir dann Mindestbeträge nach einer abweichenden Kostenverteilungsmethode berechnen und die prämienfreie Rente gegebenenfalls entsprechend aufstocken (siehe § 18). Nähere Informationen zur prämienfreien Berufsunfähigkeitsrente können Sie den Garantiewerten entnehmen.

§ 20 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

(1) In folgenden Fällen stellen wir Ihnen pauschal zusätzliche Kosten gesondert in Rechnung:

- Erstellung von Ersatzurkunden oder Abschriften des Versicherungsscheins oder eines Nachtrags;
- schriftliche Fristsetzung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen;
- Mahnung und/oder Kündigung wegen Verzugs mit Folgebeiträgen;
- Rückläufer im Lastschriftverfahren;
- Durchführung von Vertragsänderungen;
- Adress-Recherche aufgrund nicht angezeigter Anschriftenänderung.

(2) Wir haben uns bei der Bemessung der im Produktinformationsblatt ausgewiesenen Pauschalen an dem bei uns regelmäßig entstehenden jeweiligen Aufwand orientiert. Sofern Sie uns nachweisen, dass die der Bemessung zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall dem Grunde nach nicht zutreffen, entfällt die Pauschale. Sofern Sie uns nachweisen, dass der bei uns regelmäßig entstehende jeweilige Aufwand der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern ist, werden wir die Pauschale entsprechend herabsetzen.

Sonstige Vertragsbestimmungen

§ 21 Was gilt, wenn sich Ihre Postanschrift und/oder Ihr Name ändern?

(1) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) mitteilen. Andernfalls können für Sie Nachteile entstehen. Wir sind berechtigt, eine an Sie zu richtende Erklärung (z. B. Setzen einer Zahlungsfrist) mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift zu senden. In diesem Fall gilt unsere Erklärung 3 Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie den Vertrag für Ihren Gewerbebetrieb abgeschlossen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

(2) Bei Änderung Ihres Namens gilt Absatz 1 entsprechend.

§ 22 Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?

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

- bei Vertragsabschluss,
- bei Änderung nach Vertragsabschluss oder
- auf Nachfrage

unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.

(2) Notwendige Informationen im Sinne von Absatz 1 sind derzeit beispielsweise alle Umstände, die für die Beurteilung

- Ihrer persönlichen steuerlichen Ansässigkeit und/oder Steuerpflicht,
- der steuerlichen Ansässigkeit und/oder Steuerpflicht dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, und
- der steuerlichen Ansässigkeit und/oder Steuerpflicht des Leistungsempfängers maßgebend sein können.

Dazu zählen derzeit insbesondere die deutsche oder ausländische(n) Steuer-Identifikationsnummer(n), das Geburtsdatum, der Geburtsort und der Wohnsitz. Welche Umstände dies nach der derzeitigen Gesetzeslage im Einzelnen sind, können Sie der FATCA-USA-Umsetzungsverordnung oder dem Finanzkonten-Informationsaustauschgesetz entnehmen.

(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. Dies gilt auch dann, wenn gegebenenfalls keine steuerliche Ansässigkeit im Ausland besteht.

(4) Eine Verletzung Ihrer Auskunftspflichten nach den Absätzen 1 und 2 kann dazu führen, dass wir unsere Leistung nicht zahlen. Dies gilt so lange, bis Sie uns die für die Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt haben.

§ 23 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 24 Streitschlichtungsstelle, Aufsichtsbehörde und Gerichtsstand

Versicherungsombudsmann

(1) Wenn Sie als Verbraucher mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, können Sie sich an den Ombudsmann für Versicherungen wenden.

Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin
beschwerde@versicherungsombudsmann.de
www.versicherungsombudsmann.de
Telefon 0800 3696000*
Fax 0800 3699000*
** kostenfrei aus dem deutschen Telefonnetz*

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen. Verbraucher, die diesen Vertrag online (z. B. über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform

https://ec.europa.eu/consumers/odr/

wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet.
Für Fragen können Sie sich auch per E-Mail (info@nuernberger.de) an uns wenden.

Versicherungsaufsicht

(2) 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.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Str. 108
53117 Bonn
poststelle@bafin.de
Telefon 0228 4108-0
Fax 0228 4108-1550

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

Gerichtsstand

Außerdem haben Sie die Möglichkeit den Rechtsweg zu beschreiten. Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung gilt:

(3) Für Klagen gegen uns ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk unser Sitz 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.

(4) Klagen 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.

(5) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts in das Ausland, sind für Klagen die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben. Dies gilt ebenso, wenn Sie eine juristische Person sind und Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung ins Ausland verlegen.

Begriffsbestimmungen

Allgemeinbildende Schulen: Schulen, an denen ein Hauptschulabschluss, ein Mittel- bzw. Realschulabschluss oder das Abitur erreicht werden kann und die nicht mit einem Berufsabschluss enden. Abendschulen sind keine allgemeinbildenden Schulen im Sinne dieser Bedingungen.

Allgemeine Vertragsdaten: Die Allgemeinen Vertragsdaten finden Sie im Versicherungsschein und gegebenenfalls in den Ihnen über-

GN331075_202610

mittelten Nachträgen. Diese Information weist unter anderem die versicherungstechnischen Daten sowie die vertraglichen Leistungen der Haupt- und etwaiger Zusatzversicherung(en) aus.

AVB: Damit sind diese Allgemeinen Bedingungen gemeint.

Beitragsfreie Versicherung: Die beitragsfreie Versicherung ist ein Oberbegriff, der unter anderem den Unterfall der prämienfrei umgewandelten Versicherung umfasst. Unter einer beitragsfreien Versicherung im Sinne dieser Bedingungen verstehen wir eine Versicherung, die in eine prämienfreie Versicherung umgewandelt worden ist (siehe hierzu auch unten unter dem Stichwort "Prämienfrei umgewandelte Versicherung").

Ist unsere Leistungspflicht und die damit verbundene Pflicht zur Beitragsbefreiung anerkannt oder gerichtlich festgestellt, hat der Versicherungsnehmer zwar keine Beiträge zu bezahlen, jedoch wird die Versicherung nicht als eine beitragsfreie Versicherung bezeichnet und geführt, sondern als leistungspflichtige Versicherung.

Berufsspezifische Höchstsumme: Hierbei handelt es sich um die maximal versicherbare Berufsunfähigkeitsrente, bis zu der wir für bestimmte Berufe Berufsunfähigkeits-Schutz anbieten. Ob für Ihren Vertrag eine berufsspezifische Höchstsumme besteht und wie hoch sie zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses war, können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Chemotherapie: Krebsbehandlung mit chemischen oder biologischen Substanzen, die die Teilung und Ausbreitung von Tumorzellen und das Wachstum sich schnell teilender Zellen verhindert oder verzögert (Zytostatika).

Deckungskapital: Das Deckungskapital Ihres Vertrags zu einem bestimmten Zeitpunkt ist ein Wert, der nach versicherungsmathematischen Grundsätzen aus den Beiträgen und Leistungen Ihres Vertrags in Abhängigkeit von der bis zu dem Zeitpunkt zurückgelegten Laufzeit ermittelt wird. Beachten Sie bitte dabei, dass die Kosten für den Abschluss des Vertrags, für das Einziehen der Beiträge und die Verwaltung Ihres Vertrags aus den Beiträgen bestritten werden. Somit kann nur der verbleibende Teil des Beitrags zur Bildung des Deckungskapitals verwendet werden.

Garantierte Rentensteigerung: Wenn Sie eine garantierte Rentensteigerung vereinbart haben, erhöht sich unsere Berufsunfähigkeits-Rentenzahlung nach Eintritt eines Versicherungsfalls bis zu dessen Ende garantiert jährlich um den in den Allgemeinen Vertragsdaten genannten Prozentsatz. Zusätzlich erhöht sich, wenn Sie eine garantierte Rentensteigerung vereinbart haben, auch unsere Pflegerentenzahlung um den in den Allgemeinen Vertragsdaten genannten Prozentsatz. Die Erhöhung der Pflegerentenzahlung erfolgt nach dem Eintritt der Pflegebedürftigkeit bis zu deren Ende, auch über die Versicherungsdauer hinaus, längstens jedoch bis zum Tod der versicherten Person, garantiert zum Beginn jedes Versicherungsjahres. Mit dem Ende des Versicherungsfalls wird die Erhöhung auf 0,00 EUR gesetzt, das heißt bei Eintritt eines weiteren Versicherungsfalls beginnt die Rentenzahlung wieder mit der nicht erhöhten Rente und steigert sich von da aus neu bis zum Ende des weiteren Versicherungsfalls um den in den Allgemeinen Vertragsdaten genannten Prozentsatz.
Haben Sie keine garantierte Rentensteigerung vereinbart, ist dies in den Allgemeinen Vertragsdaten vermerkt; in diesem Fall erfolgt nach Eintritt eines Versicherungsfalls keine garantierte Rentensteigerung.

Karenzzeit: Während einer vereinbarten Karenzzeit (nicht möglich bei Vereinbarung einer garantierten Rentensteigerung) besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen, selbst wenn die versicherte Person berufsunfähig ist. Eine Karenzzeit beginnt mit Eintritt des Versicherungsfalles; sie ist gegebenenfalls in den Allgemeinen Vertragsdaten Ihres Versicherungsscheines angegeben.

Krebs: Bösartiger Tumor (Krebs, Blutkrebs) gekennzeichnet durch ein Eindringen in umliegendes Gewebe sowie einer Tendenz, Metastasen zu bilden; nicht unter diese Definition fallen Carcinoma in situ (cis).

Leistungsdauer: Zeitraum, bis zu dessen Ablauf eine während der Versicherungsdauer anerkannte Leistung längstens erbracht wird.

Mitwirkungspflichten: Bei den Mitwirkungspflichten nach § 7 Absätze 3 bis 8 und § 9 Absätze 2 und 3 handelt es sich um sogenannte Obliegenheiten. Obliegenheiten sind Pflichten minderen Grades, deren Erfüllung wir nicht einklagen können. Deren Nichterfüllung gefährdet jedoch Ihren Versicherungsschutz ganz oder teilweise und kann zu einem Rechtsverlust führen (siehe § 7 Absatz 10 und § 10) bzw. dazu, dass Versicherungsleistungen nicht fällig werden (siehe § 7 Absatz 9). Bitte erfüllen Sie die Obliegenheiten deshalb in Ihrem eigenen Interesse. Eine schnelle Erfüllung beschleunigt unsere Erhebungen und führt zu einer früher möglichen Leistungsentscheidung.

Monatsrente: Bei allen versicherten Renten handelt es sich um Monatsrenten. Werden in Informationen Jahresrenten ausgewiesen, handelt es sich dabei um die Summe aus 12 Monatsrenten.

Nachversicherungsgarantie: Sie haben unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit, Ihren Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung im Rahmen unserer für den jeweiligen Beruf zum Zeitpunkt der Erhöhung gültigen Annahmerichtlinien zu erhöhen. Beachten Sie hierzu bitte § 15 Absätze 2 bis 6.

NÜRNBERGER Plus: Haben Sie mit uns planmäßige Erhöhungen der Beiträge und Leistungen vereinbart (NÜRNBERGER Plus), beachten Sie bitte § 15 Absatz 9 sowie die dann Ihren Versicherungsbedingungen beigefügten Besonderen Bedingungen für NÜRNBERGER Plus.

Palliative Therapie: Therapeutische Behandlung, die nicht auf die Heilung der Tumorerkrankung abzielt, sondern auf die Linderung der durch die Erkrankung ausgelösten Symptome.

Prämie: ein anderes Wort für Versicherungsbeitrag

Prämienfrei umgewandelte Versicherung: Hierunter versteht man eine Versicherung, die ursprünglich gegen laufende Beitragszahlung abgeschlossen wurde und sodann umgewandelt worden ist. Der Versicherungsvertrag bleibt durch die Umwandlung als solcher bestehen, wird jedoch dahingehend umgestaltet, dass die Pflicht zur Beitragszahlung entfällt und sich unsere Leistungspflicht auf die prämienfreie Versicherungsleistung reduziert. Bitte prüfen Sie vor der Beantragung der Prämienfreistellung, ob Ihrem Interesse nicht durch eine der in § 16 genannten Möglichkeiten besser entsprochen werden kann.

Rehabilitationshilfe: Wir helfen Ihnen bei einem beruflichen Neustart und leisten eine einmalige Rehabilitationshilfe in Höhe von ma-

ximal 2.000,00 EUR (Details siehe § 1 Absatz 13 sowie § 7 Absatz 4 Buchstabe d).

Risikoprüfung: Unter Risikoprüfung versteht man die Bewertung des zu versichernden Risikos durch den Versicherer. Die Gesundheitsprüfung ist ein Teil der Risikoprüfung. Man unterscheidet vollständige und vereinfachte Risikoprüfung/Gesundheitsprüfung. Die Unterschiede liegen im Umfang und der Tiefe der Prüfung.

Spezielle Beeinträchtigungen (ständiger Rollstuhlbedarf, hochgradige Schwerhörigkeit, hochgradige Sehbehinderung): Sollte eine solche Beeinträchtigung ausnahmsweise nicht bereits zu Leistungen wegen Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit führen, dann erbringen wir zumindest einmalig auf 24 Monate begrenzte Leistungen (Details siehe § 1 Absatz 9 sowie § 2 Absatz 14).

Strahlentherapie: Krebsbehandlung durch ionisierende Strahlung oder Teilchenstrahlung (Radiotherapie)

Umorganisationshilfe: Wir helfen Selbstständigen, Angehörigen der freien Berufe und Gesellschaftern bei einer beruflichen Umorganisation und leisten eine Umorganisationshilfe in Höhe von 6 monatlichen Berufsunfähigkeitsrenten als einmalige Kapitalleistung, maximal 15.000,00 EUR (Details siehe § 2 Absatz 2).

Verlängerungsgarantie bei Anhebung der Regelaltersgrenze: Sie haben unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit, nach Erhöhung der Regelaltersgrenze die Versicherungs- und Leistungsdauer Ihres Vertrags ohne erneute Risikoprüfung zu verlängern. Beachten Sie hierzu bitte § 15 Absatz 8.

Versicherte Person: Das ist die Person, auf deren Berufs- und Arbeitsunfähigkeit sowie Pflegebedürftigkeit die Versicherung abgeschlossen ist. Sind Sie versicherte Person, aber nicht Versicherungsnehmer (z. B. weil Ihr Arbeitgeber die Versicherung abgeschlossen hat), dann sprechen wir Sie in den Bedingungen und anhängenden Textteilen nicht unmittelbar an. Die dort festgelegten Rechte und Pflichten betreffen nämlich vorrangig nur den Versicherungsnehmer als unseren Vertragspartner.

Versicherungsdauer: Zeitraum, innerhalb dessen Versicherungsschutz besteht

Versicherungsjahr: Damit ist der Zeitraum eines Jahres umfasst, beginnend jeweils an dem Monatsersten eines jeden Jahres, mittags 12 Uhr, der dem Datum des in den Allgemeinen Vertragsdaten dokumentierten "Ablaufs der Versicherung" entspricht.

Versicherungsmonat: Dieser dauert jeweils von einem Monatsersten, mittags 12 Uhr, bis zum nächsten Monatsersten, mittags 12 Uhr.

Versicherungsnehmer: Das ist die natürliche oder juristische Person bzw. rechtsfähige Personengesellschaft, die die Versicherung beantragt hat und unser Vertragspartner wird. Er wird als solcher in den Allgemeinen Vertragsdaten genannt.

Versicherungsperiode: Diese entspricht bei laufender Beitragszahlung dem Zeitraum zwischen zwei Beitragsfälligkeiten, beginnend und endend jeweils mittags 12 Uhr. Die Versicherungsperiode kann je nach vertraglich vereinbarter Beitragszahlweise einen Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr betragen. Die vereinbarte Beitragszahlweise ist in den Allgemeinen Vertragsdaten abgedruckt. Bei einer prämienfreien Versicherung entspricht eine Versicherungsperiode einem Versicherungsmonat.

VVG: Versicherungsvertragsgesetz

Wiedereingliederungshilfe: Wir helfen bei einer beruflichen Wiedereingliederung und leisten eine Wiedereingliederungshilfe in Höhe von 6 monatlichen Berufsunfähigkeitsrenten als einmalige Kapitalleistung, maximal 15.000,00 EUR (Details siehe § 1 Satz 6 sowie § 1 Absatz 14).

Zusatzversicherungen: Sofern Sie in Ihren Vertrag Zusatzversicherungen eingeschlossen haben, finden Sie dazu Regelungen in den entsprechenden Bedingungen zu den einzelnen Zusatzversicherungen, welche die AVB ergänzen und insoweit modifizieren.

GN331075_202610