Allgemeine Versicherungsbedingungen für die R+V-Berufsunfähigkeitsversicherung premium (BV28)

Stand: 01.07.2025

Inhaltsverzeichnis

Welche Leistungen erbringen wir?	§ 1
Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?	§ 2
Wann können Sie eine Sofortleistung erhalten?	§ 3
Was gilt, wenn Sie Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit vereinbart haben?	§ 4
Wann beginnt der Versicherungsschutz?	§ 5
Was gilt für Versicherungsjahrestag, Versicherungsjahr und Versicherungsperiode?	§ 6
Was gilt für die Beitragszahlung?	§ 7
Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?	§ 8
Was ist das Deckungskapital dieses Vertrags?	§ 9
Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?	§ 10
Wie sind Sie an den Überschüssen beteiligt?	§ 11
Welche besonderen Umstände beeinflussen den Versicherungsschutz?	§ 12
Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?	§ 13
Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen verlangt werden?	§ 14
Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	§ 15
Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?	§ 16
Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?	§ 17
Was bedeutet die Nachversicherungsgarantie?	§ 18
Welche Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?	§ 19
Inwieweit kann reduzierter Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung wiederhergestellt werden?	§ 20
Wo sind die vertraglichen Verpflichtungen zu erfüllen?	§ 21
Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?	§ 22
Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?	§ 23
In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	§ 24
Welches Recht gilt für Ihren Vertrag?	§ 25
Wo ist der Gerichtsstand und an wen können Sie sich bei einer Beschwerde wenden?	§ 26
Wann verjähren Ihre Ansprüche aus dem Vertrag?	§ 27
Welche Rechnungsgrundlagen hat die Versicherung?	§ 28
Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten bilanziell berücksichtigt?	§ 29
Was gilt bei Einschluss der Dynamik?	§ 30
Wann haben Sie das Recht, den Beitrag überprüfen zu lassen?	§ 31
Wann können wir bei der chancenorientierten Überschussverwendung einen von Ihnen gewählten Fonds ersetzen?	§ 32

Anhang: § 43 Sozialgesetzbuch VI vom 20.04.2007

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

Leistungen bei Berufsunfähigkeit

1. Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer berufsunfähig im Sinne des § 2 dieser Bedingungen, zahlen wir die Berufsunfähigkeitsrente an die versicherte Person. Sofern es sich um eine Rückdeckungsversicherung der bAV handelt, erbringen wir die Berufsunfähigkeitsrente an den Versicherungsnehmer. Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus. Während der Rentenzahlung sind keine Beiträge zu zahlen.

2. Haben wir eine Berufsunfähigkeit oder eine Sofortleistung nach § 3 anerkannt, erbringen wir eine zusätzliche Einmalzahlung (**Sofortkapital**) in Höhe der für den Fall der Berufsunfähigkeit vereinbarten Jahresrente.

3. Haben wir festgestellt, dass die Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit entfallen ist und haben wir die Leistungen eingestellt, dann erbringen wir ein erneutes Sofortkapital nur, wenn wir die Berufsunfähigkeit aus einem anderen Grund anerkennen und der Entfall der Leistungen mindestens 12 Monate zurückliegt. Dies gilt ebenfalls, wenn wir im Anschluss an die Sofortleistung keine Berufsunfähigkeitsrente erbracht haben.

Garantierte Rentensteigerung im Leistungsbezug

4. Ist eine garantierte Steigerung der Berufsunfähigkeitsrente im Leistungsbezug vereinbart, erhöht sich nach Eintritt der Berufsunfähigkeit die Berufsunfähigkeitsrente sowie die zusätzliche Pflegerente nach § 2 Ziffer 15 jährlich um einen fest vereinbarten Prozentsatz der Vorjahresrente.
   Die Erhöhungen erfolgen jeweils zum Versicherungsjahrestag. Liegt der Leistungsbeginn auf einem Versicherungsjahrestag, beginnen die Erhöhungen ein Jahr später.
   Das vereinbarte Sofortkapital nach Ziffer 2 wird durch die garantierte Rentensteigerung nicht erhöht.

5. Endet die Berufsunfähigkeit vor Ablauf der Versicherungsdauer, können Sie die während des Leistungsbezugs erfolgten Erhöhungen beitragspflichtig für den Fall einer erneuten Berufsunfähigkeit mitversichern. Machen Sie von diesem Recht keinen Gebrauch, zahlen wir bei einer erneuten Berufsunfähigkeit die Berufsunfähigkeitsrente ohne bisherige Erhöhungen. Es sei denn, die Berufsunfähigkeit tritt aufgrund derselben Ursachen ein. Machen Sie von Ihrem Recht Gebrauch, berechnet sich der Beitrag für die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit dem zum Erhöhungszeitpunkt gültigen Tarif für Erhöhungen nach § 9 Ziffer 3 c).

Beginn des Leistungsanspruchs

6. Der Anspruch auf Leistungen entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist.
   Sie sind nicht verpflichtet, den Eintritt der Berufsunfähigkeit unverzüglich anzuzeigen. Das bedeutet, für Sie besteht keine Anmeldefrist. Werden Ansprüche jedoch so spät angemeldet, dass der Eintritt der Berufsunfähigkeit für die Vergangenheit nicht mehr nachweisbar ist (z. B. weil Unterlagen nicht mehr beigebracht werden können), kann der Anspruch auf Leistungen bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen frühestens mit Beginn des Monats entstehen, für den entsprechende Nachweise vorgelegt werden.

Ende des Leistungsanspruchs bei Berufsunfähigkeit

7. Der Anspruch auf Leistungen erlischt,

   - wenn eine Berufsunfähigkeit nicht mehr vorliegt,
   - wenn die versicherte Person stirbt oder
   - bei Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer.

Beitragszahlung bis zur Leistungsentscheidung

8. Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen die Beiträge in voller Höhe weitergezahlt werden. Die über den Leistungsbeginn hinaus gezahlten Beiträge zahlen wir bei Anerkennung der Leistungspflicht zurück.
Auf Wunsch stunden wir zu zahlende Beiträge bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht. Stundungszinsen erheben wir in diesen Fällen nicht.
Besteht kein Anspruch auf Leistungen, sind die gestundeten Beiträge nachzuzahlen.
Für den Ausgleich der gestundeten Beiträge haben Sie folgende Möglichkeiten:

- Rückzahlung in einem Betrag
- Verteilung der Rückzahlung auf bis zu 24 Monatsraten
- Reduktion der versicherten Leistungen
- Erhöhung der zukünftig zu zahlenden Beiträge

Auf Wunsch informieren wir Sie über ggf. weitere Möglichkeiten des Beitragsausgleichs.

Unterstützung im Leistungsfall

9. Nachdem Sie uns über den Versicherungsfall informiert haben, werden Sie umgehend von einem unserer Berufsunfähigkeits-Spezialisten angerufen – spätestens nach 48 Stunden. Dieser Spezialist ist für die gesamte Dauer der Prüfung Ihr persönlicher Ansprechpartner.
Ihr persönlicher Ansprechpartner hilft Ihnen gerne bei allen Fragen rund um die Prüfung der Berufsunfähigkeit, z. B. dabei

- welche Bedingungen Sie erfüllen müssen, um Leistungen zu erhalten,
- wie und wann wir die Leistungen prüfen,
- welche Unterlagen Sie einreichen müssen,
- wie Sie die berufliche Tätigkeit beschreiben können,
- wie Sie als Selbstständiger Ihren Betrieb umorganisieren können,
- welche Ansprechpartner geeignet sind, um Maßnahmen für die medizinische und berufliche Rehabilitation zu ergreifen.

Wiedereingliederungshilfe

10. Wenn die Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente nach § 16 Ziffer 5 endet, weil die versicherte Person aufgrund neu erworbener beruflicher Fähigkeiten wieder eine Tätigkeit gemäß § 2 Ziffer 6 ausübt, zahlen wir einmalig eine Wiedereingliederungshilfe, sofern die bisherige Berufstätigkeit wegen der Berufsunfähigkeit aufgegeben werden musste. Die Wiedereingliederungshilfe beträgt sechs Monatsrenten, maximal 6.000 EUR.

Rehabilitationshilfe

11. Wenn die Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente nach § 16 Ziffer 5 endet, weil die versicherte Person eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme oder berufliche Reintegrationsmaßnahme erfolgreich abgeschlossen hat, zahlen wir eine Rehabilitationshilfe in Höhe von sechs Monatsrenten, maximal 6.000 EUR.

12. Ein Anspruch auf die Leistungen gemäß Ziffer 10 und 11 besteht nicht, wenn Leistungen aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit erbracht wurden.

13. Die in Ziffer 10 und 11 genannten Hilfeleistungen können während der Vertragslaufzeit mehrfach in Anspruch genommen werden. Je Versicherungsfall kann nur eine der in den Ziffern 10 und 11 genannten Sonderzahlungen in Anspruch genommen werden. Die Hilfeleistungen rechnen wir bei erneuter Leistung innerhalb von 6 Monaten auf neu entstehende Rentenansprüche an.
Die in Ziffer 10 und 11 genannten Hilfeleistungen zahlen wir nur, wenn die verbleibende Leistungsdauer für die Berufsunfähigkeitsversicherung noch mindestens 12 Monate beträgt.

Verlängerungsrecht

14. Wird die gesetzliche Regelaltersgrenze des Sozialgesetzbuch VI erhöht, haben Sie das Recht, die Versicherungs-, Beitragszahlungs- und Leistungsdauer ohne erneute Gesundheitsprüfung bis zu der neuen Regelaltersgrenze zu verlängern. Nach Verlängerung berechnet sich der Beitrag für Ihre Versicherung nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit dem zum Zeitpunkt der Verlängerung gültigen Tarif für die Dynamik nach § 9 Ziffer 3 b). Bei Vertragsabschluss ist dies der Tarif Ihres Vertrags.
Das Recht auf Verlängerung besteht nur, wenn

- die Verlängerung innerhalb von 12 Monaten nach Erhöhung der Regelaltersgrenze beantragt wird,
- die neuen Dauern nach unserem dann gültigen Tarif für die Dynamik zulässig sind,
- für Ihre Versicherung eine Versicherungsdauer mindestens bis zum Endalter 64 vereinbart ist,
- zu der Versicherung laufend Beiträge gezahlt werden,
- keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit und keine Sofortleistung aus der Versicherung erbracht werden bzw. wurden und
- bislang keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit und keine Sofortleistung aus der Versicherung beansprucht wurden.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

1. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen mindestens zu 50 % außerstande ist, ihrem zuletzt ausgeübten Beruf nachzugehen, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war.
Hierbei gilt:

   - Die Tätigkeiten von Schülern sehen wir als Beruf an.
   - Bei der Beurteilung, ob ein Schüler außerstande ist, am regulären Schulunterricht teilzunehmen, stellen wir auf den konkreten Schulalltag des jeweils betroffenen Schülers ab, so wie dieser ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war.
   - Wir berücksichtigen dabei, ob der Schüler

     - den Schulweg allein bewältigen sowie die erforderlichen Verkehrsmittel nutzen kann,
     - dem Unterricht folgen kann (Aufnahme- und Konzentrationsfähigkeit),
     - zur mündlichen und schriftlichen Kommunikation fähig ist,
     - die Hausaufgaben bewältigen kann.

   - Der Grad der Berufsunfähigkeit hängt von den Lehrinhalten und der konkret vorliegenden gesundheitlichen Beeinträchtigung ab. Dabei berücksichtigen wir auch, wie das Schulgebäude ausgestattet ist.
     Wir verzichten auf konkrete und abstrakte Verweisung auf eine andere Schulform.
   - Die Tätigkeiten von Hausfrauen/Hausmännern sehen wir als Beruf an.
   - Bei Auszubildenden in einem von der Bundesagentur für Arbeit anerkannten Ausbildungsberuf stellen wir bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit auf den mit der Ausbildung angestrebten Beruf ab.
   - Bei Studierenden, die an einer Universität oder Hochschule immatrikuliert sind, legen wir bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit die Studierfähigkeit in dem gewählten Studienfach als Beruf zugrunde. Liegt bereits während des Studiums ein unterschriebener Arbeitsvertrag vor, der den Abschluss des Studiums voraussetzt, werden wir bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit die in dem Arbeitsvertrag genannte Tätigkeit zugrunde legen. Der angestrebte Studienabschluss muss in Deutschland staatlich anerkannt sein.

2. Berufsunfähigkeit liegt auch vor, wenn die versicherte Person den unbefristeten Rentenbescheid eines Sozialversicherungsträgers vorlegt, aus dem sich eine volle Erwerbsminderung der versicherten Person allein aus medizinischen Gründen ergibt. Der Nachweis der Schwerbehinderung (z. B. Anerkenntnis durch ein Versorgungsamt) genügt dafür nicht. Für den Begriff der vollen Erwerbsminderung gilt die Definition nach § 43 Sozialgesetzbuch (SGB) VI in der Fassung vom 20.04.2007.

3. Berufsunfähigkeit liegt bei einem Beamten auf Lebenszeit, auf Probe oder auf Widerruf auch vor, wenn dieser aufgrund eines ärztlichen Gutachtens in den Ruhestand versetzt bzw. entlassen wird (**Dienstunfähigkeitsklausel inkl. spezieller Dienstunfähigkeitsklausel**). Die Versetzungsverfügung bzw. die Entlassungsurkunde und das dieser Verfügung zugrunde liegende ärztliche Gutachten sind vorzulegen.
Diese Regelungen gelten für Richter entsprechend.

4. Berufsunfähigkeit liegt auch vor, wenn der versicherten Person nach Infektionsschutzgesetz die Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit vollständig untersagt wird und das vollständige Tätigkeitsverbot mindestens 6 Monate ununterbrochen besteht (**Infektionsklausel**). Zum Nachweis des Vorliegens eines Tätigkeitsverbots ist uns die Verfügung der zuständigen Behörde vorzulegen. Ist die versicherte Person in einer der folgenden Einrichtungen in der Behandlung, Betreuung oder Versorgung von Patienten tätig, gilt auch ein mindestens 6 Monate durchgehendes Verbot aufgrund des Infektionsschutzgesetzes, Patienten zu behandeln, zu versorgen oder zu betreuen als Berufsunfähigkeit:

   - Krankenhäuser
   - Praxen humanmedizinischer Heilberufe (z. B. Arzt- und Zahnarztpraxen)
   - Einrichtungen für ambulantes Operieren
   - Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen
   - Dialyseeinrichtungen
   - Tageskliniken
   - Entbindungseinrichtungen
   - Rettungsdienste
   - Einrichtungen zur voll- oder teilstationären Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen
   - Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in denen medizinische Untersuchungen, Präventionsmaßnahmen oder ambulante Behandlungen durchgeführt werden.

5. Ziffer 4 gilt nicht, wenn ein Tätigkeits- oder Beschäftigungsverbot besteht, weil eine gesetzlich vorgeschriebene oder behördlich angeordnete Impfung nicht durchgeführt wurde.
Ausgenommen von der Regelung sind Personen, die sich aus medizinischen Gründen nicht impfen lassen können. In diesem Fall ist ein entsprechendes ärztliches Zeugnis vorzulegen.

6. Berufsunfähigkeit nach Ziffern 1 bis 4 liegt nicht vor, wenn die versicherte Person eine andere, ihrer Ausbildung, Fähigkeiten und bisherigen Lebensstellung entsprechende berufliche Tätigkeit tatsächlich konkret ausübt.
Die versicherte Person kann im Leistungsfall zu Lasten ihrer Gesundheit arbeiten. Dies hat keinen Einfluss auf den Leistungsanspruch.
Die Lebensstellung ergibt sich aus dem beruflichen Einkommen und der sozialen Wertschätzung des Berufs, wobei eine andere Tätigkeit nicht der bisherigen Lebensstellung entspricht, wenn das Einkommen oder die Wertschätzung der anderen Tätigkeit spürbar unter das Niveau des bislang ausgeübten Berufs absinken. Die zumutbare Minderung des Einkommens oder der Wertschätzung richtet sich dabei nach den individuellen Gegebenheiten und der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Eine Einkommenseinbuße bezogen auf das jährliche Bruttoeinkommen von 20 % oder mehr gilt jedoch in jedem Fall als unzumutbar. Bei Einkommenseinbußen von weniger als 20 % prüfen wir im Einzelfall, ob eine unzumutbare Einkommensminderung vorliegt. Sollte die höchstrichterliche Rechtsprechung einen Prozentsatz unter 20 % als unzumutbare Einkommensminderung festlegen, werden wir diesen zu Ihren Gunsten anwenden.

7. Ist die versicherte Person 6 Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, mindestens zu 50 % außerstande gewesen, ihren Beruf auszuüben, gilt dieser Zustand von Beginn an als Berufsunfähigkeit. Es sei denn, sie hat eine andere, ihrer Ausbildung, Fähigkeiten und bisherigen Lebensstellung entsprechende berufliche Tätigkeit tatsächlich konkret ausgeübt.

8. Scheidet die versicherte Person vorübergehend oder endgültig aus dem Berufsleben aus und werden später Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt, kommt es bei der Anwendung der Ziffern 1 bis 7 darauf an, dass die versicherte Person keine Tätigkeit tatsächlich konkret ausübt, die aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten ausgeübt werden kann und ihrer bisherigen Lebensstellung zum Zeitpunkt des Ausscheidens entspricht. Für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit bleibt die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit maßgebend, so wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war.

9. Reduziert die versicherte Person während der Versicherungsdauer aus anderen als medizinischen Gründen ihre vertraglich fixierte wöchentliche Arbeitszeit, bleibt für die Beurteilung einer Berufsunfähigkeit die während der Versicherungsdauer höchste vertraglich fixierte wöchentliche Arbeitszeit maßgebend (**Teilzeitklausel**). Alle anderen Regelungen dieser Bedingungen (z. B. die Prüfung auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit, so wie diese ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, und die damit verbundene Lebensstellung) bleiben hiervon unberührt. Nachweise über die jeweiligen Arbeitszeiten sind uns vorzulegen. Entsprechendes gilt, wenn die Arbeitszeitreduktion vom Arbeitgeber angeordnet wird (z. B. Kurzarbeit).
Schließen Sie die Berufsunfähigkeitsversicherung als Schüler oder als Studierender ab, ist diese Tätigkeit eine Vollzeittätigkeit mit 40 Wochenarbeitsstunden.

10. Wir verzichten auf das Recht der abstrakten Verweisung.

11. Auf die Prüfung einer Umorganisation des Arbeitsplatzes verzichten wir bei allen Berufsbildern (z. B. Selbstständige, Freiberufler).

Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit

12. Ist die versicherte Person 6 Monate ununterbrochen im Sinne von Ziffer 13 oder 14 pflegebedürftig gewesen, gilt dieser Zustand von Beginn an als Berufsunfähigkeit.

13. Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls so hilflos ist, dass sie voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen bei zwei der folgenden Punkte täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.
Die versicherte Person benötigt Hilfe beim ...

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

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

An- und Auskleiden
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung – die Hilfe einer anderen Person benötigt, um sich an- oder auszukleiden.
Unter krankengerechter Kleidung ist eine Bekleidung zu verstehen, die sich an der Einschränkung des Betroffenen ausrichtet.

Körperpflege
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Hilfe einer anderen Person beim Waschen, bei der Zahnreinigung, beim Kämmen oder bei der Gesichtsrasur benötigt.

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

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

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

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

14. Die versicherte Person ist ebenfalls pflegebedürftig,

- wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf,
- wenn die versicherte Person dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann oder
- wenn eine mittelschwere oder schwere Demenz vorliegt. Die Diagnose ist durch einen Facharzt für Neurologie auf der Basis einer ausführlichen Untersuchung zu stellen. Es muss mindestens ein Schweregrad 5 („Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen“) vorliegen, der über die Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg ermittelt wird.

Zusätzliche Pflegerente

15. Haben Sie Anspruch auf eine Berufsunfähigkeitsrente und liegt eine Pflegebedürftigkeit nach Ziffer 13 oder 14 vor, zahlen wir zusätzlich die vereinbarte Pflegerente.
Erhalten Sie bis zum Ablauf der Leistungsdauer der Berufsunfähigkeitsversicherung eine Pflegerente, zahlen wir auch nach Ablauf der Leistungsdauer der Berufsunfähigkeitsrente die Pflegerente lebenslang, solange eine Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen vorliegt.

16. Vorübergehende akute Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung. Vorübergehende Besserungen bleiben ebenfalls unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann als nicht vorübergehend, wenn sie nach 3 Monaten noch anhält.

§ 3 Wann können Sie eine Sofortleistung erhalten?

1. Bei folgenden Erkrankungen können Sie eine Sofortleistung in Höhe von bis zu 15 Monatsrenten erhalten, auch wenn noch keine Berufsunfähigkeit nachgewiesen ist:

   a) **Krebs**
   Eine Krebserkrankung im Sinne der Bedingungen liegt vor, wenn bei der versicherten Person

   - eine Chemotherapie oder eine Strahlentherapie begonnen wurde oder diese unmittelbar bevorsteht und mindestens eine Metastase in einem Lymphknoten festgestellt wurde oder
   - zur Behandlung der Krebserkrankung eine Knochenmarktransplantation durchgeführt wurde oder diese unmittelbar bevorsteht oder
   - wegen der Schwere der Krebserkrankung eine palliative Therapie durchgeführt wird.

   b) **Herzinfarkt**
   Das Absterben von Herzmuskelgewebe infolge einer akuten Minderdurchblutung mit resultierender Reduktion des pro Herzschlag ausgeworfenen Blutvolumens der linken Herzkammer (linksventrikuläre Ejektionsfraktion) auf weniger als 30 % über mindestens 6 Monate trotz Behandlung der Erkrankung.

   c) **Schlaganfall**
   Eine plötzlich auftretende Schädigung des Gehirns aufgrund eines Gefäßverschlusses oder einer Gehirnblutung (Apoplex), die für mindestens 6 Monate zu einer fachärztlich-neurologisch nachgewiesenen Lähmung mindestens einer Gliedmaße einer Körperhälfte mit resultierender fehlender Muskelreaktion oder lediglich Muskelzuckungen (entsprechend Kraftgrade 0/5 bzw. 1/5 nach JANDA) geführt hat.

2. Die Sofortleistung wird während der gesamten Vertragslaufzeit nur einmal erbracht.

Nachweis des Leistungsanspruchs

3. Wenn Sie die Sofortleistung im Sinne von Ziffer 1 beantragen, müssen Sie uns eine entsprechende fachärztliche Bescheinigung vorlegen.
Wenn Sie Leistungen aus der Sofortleistung beantragen, prüfen wir gleichzeitig, ob Sie auch berufsunfähig im Sinne dieser Bedingungen sind. Wenn Sie dies nicht wünschen, teilen Sie uns dies mit.

Beginn des Leistungsanspruchs

4. Der Anspruch auf Sofortleistung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Voraussetzungen nach Ziffer 1 a), b) oder c) erfüllt sind.

Ende des Leistungsanspruchs

5. Der Anspruch auf Leistung aus der Sofortleistung endet

- wenn 15 Monatsrenten erbracht wurden,
- wenn die versicherte Person stirbt oder
- bei Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer.

Verhältnis der Sofortleistung und Berufsunfähigkeit

6. Solange wir die Sofortleistung erbringen, werden keine zusätzlichen Renten wegen Berufsunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit erbracht. Wird die Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit rückwirkend anerkannt, werden die Leistungen aus der Sofortleistung auf die Leistung aus der Berufsfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit angerechnet.

7. Solange Leistungen aus der Berufsunfähigkeit oder der Arbeitsunfähigkeit erbracht werden, werden keine zusätzlichen Leistungen aus der Sofortleistung erbracht.

Anwendbare Regelungen

8. Ausschlüsse und besondere Vereinbarungen zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes bei Berufsunfähigkeit gelten entsprechend auch für die Sofortleistung. Informationen hierzu entnehmen Sie Ihrem Versicherungsschein.

§ 4 Was gilt, wenn Sie Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit vereinbart haben?

Geltungsbereich

1. Die folgenden Regelungen zur Arbeitsunfähigkeit gelten nicht für betriebliche Direktversicherungen, deren Beiträge nach dem Einkommensteuergesetz (EStG) ganz oder teilweise steuerfrei eingezahlt werden.

Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen

2. Ist die versicherte Person insgesamt für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens 6 Monaten ununterbrochen vollständig arbeitsunfähig krankgeschrieben, gilt dieser Zustand von Beginn der ersten Krankschreibung an als Arbeitsunfähigkeit.

Nachweis der Arbeitsunfähigkeit und Mitwirkungspflichten

3. Der Nachweis der Arbeitsunfähigkeit erfolgt mit ärztlichen Bescheinigungen für die Arbeitsunfähigkeit, die uns auf Kosten des Ansprucherhebenden vorzulegen sind. Die Bescheinigungen müssen der Form entsprechen, wie sie in

- § 5 Entgeltfortzahlungsgesetz („AU-Bescheinigung“) oder
- den Vorschriften für die Geltendmachung von Krankentagegeld bei den privaten Krankenversicherungen

vorgesehen sind.
Mindestens eine der ärztlichen Bescheinigungen muss durch einen Facharzt für die zur Arbeitsunfähigkeit führende Erkrankung ausgestellt worden sein.

4. Wenn Sie Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit beantragen, prüfen wir gleichzeitig, ob Sie auch berufsunfähig im Sinne dieser Bedingungen sind. Wenn Sie dies nicht wünschen, teilen Sie uns dies mit.

Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

5. Haben Sie Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit vereinbart und wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer arbeitsunfähig im Sinne von Ziffer 2, erbringen wir während der Leistungsdauer für insgesamt maximal 36 Monate Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit. Diese entsprechen den Leistungen bei Berufsunfähigkeit. Ein gleichzeitiger Bezug von Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit und Berufsunfähigkeit oder aus der Sofortleistung ist ausgeschlossen.

6. Ist eine garantierte Rentensteigerung im Leistungsbezug vereinbart, gilt diese entsprechend für die wegen Arbeitsunfähigkeit fällig werdende Rente.

Beginn des Leistungsanspruches bei Arbeitsunfähigkeit

7. Der Anspruch auf Leistungen entsteht mit Ablauf des Monats, in dem der Beginn der ersten Krankschreibung liegt.

Ende des Leistungsanspruches bei Arbeitsunfähigkeit

8. Der Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit endet,

   - wenn keine Arbeitsunfähigkeit mehr vorliegt,
   - wenn für insgesamt 36 Monate Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht wurden,
   - wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder aus der Sofortleistung aus diesem Vertrag erbracht werden,
   - wenn die versicherte Person stirbt oder
   - bei Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer.

   Vorübergehende Arbeitsversuche zur Erprobung der möglicherweise wieder erlangten Arbeitsfähigkeit stellen keine Unterbrechung der Arbeitsunfähigkeit dar, sofern diese einen Arbeitsversuch im Sinne des § 74 SGB V (Stufenweise Wiedereingliederung mit Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit) darstellen.

Verhältnis der Leistung wegen Arbeitsunfähigkeit und Berufsunfähigkeit

9. Wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder aus der Sofortleistung erbracht werden, besteht kein Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit. Wird die Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit oder Sofortleistung rückwirkend anerkannt, gelten die erbrachten Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit ab dem Zeitpunkt, ab dem wir unsere Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit bzw. Sofortleistung anerkannt haben, als Leistungen wegen Berufsunfähigkeit bzw. Sofortleistung.

Anwendbare Regelungen

10. Ausschlüsse und besondere Vereinbarungen zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes bei Berufsunfähigkeit gelten entsprechend auch für die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit. Informationen hierzu entnehmen Sie Ihrem Versicherungsschein.

§ 5 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie den ersten Beitrag (Einlösungsbeitrag) gezahlt haben, frühestens zu dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt.

§ 6 Was gilt für Versicherungsjahrestag, Versicherungsjahr und Versicherungsperiode?

1. Der Versicherungsjahrestag stimmt mit dem Jahrestag des Versicherungsbeginns überein, es sei denn, es ist ein anderer vereinbart.

2. Ein Versicherungsjahr ist der Zeitraum eines Jahres von einem Versicherungsjahrestag bis zum nächsten Versicherungsjahrestag. Das erste Versicherungsjahr ist der Zeitraum vom Versicherungsbeginn bis zum ersten Versicherungsjahrestag.

3. Die Versicherungsperiode beträgt ein Jahr. Die erste Versicherungsperiode beginnt mit dem Versicherungsbeginn.

4. Das erste Versicherungsjahr und die erste Versicherungsperiode sind verkürzt, wenn der Zeitraum zwischen dem Versicherungsbeginn und dem ersten Versicherungsjahrestag weniger als ein Jahr beträgt.

§ 7 Was gilt für die Beitragszahlung?

Einlösungsbeitrag, Fälligkeit, Verzug

1. Der Einlösungsbeitrag wird sofort nach Zugang des Versicherungsscheins fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt.

2. Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.
   Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten der zur Risikoprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchungen verlangen.

3. Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeiträge, Fälligkeit, Verzug

4. Weitere Beiträge (Folgebeiträge) sind zu jedem vereinbarten Fälligkeitstermin bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer an uns zu zahlen.

5. Wenn Sie einen Folgebeitrag oder einen sonstigen Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig zahlen und dies zu vertreten haben, erhalten Sie von uns eine Mahnung in Textform mit einer Zahlungsfrist von mindestens 2 Wochen.

6. Ist der Gesamtbetrag der Mahnung durch einen Umstand, den Sie zu vertreten haben, innerhalb der Frist nicht gezahlt, wirkt sich dies wie folgt aus:
   Am Ende des Monats, in dem der Versicherungsfall eingetreten ist, sind wir nur zu der Leistung verpflichtet, die sich bei einer möglichen Beitragsfreistellung ergibt. Kann die Versicherung nicht beitragsfrei gestellt werden, erlischt der Vertrag ohne Auszahlung.
   Ist die in der Mahnung gesetzte Frist durch einen Umstand, den Sie zu vertreten haben, erfolglos abgelaufen, kündigen wir die Versicherung fristlos. Das bedeutet: Die Versicherung wird mit sofortiger Wirkung beitragsfrei gestellt, wenn am Ende des Monats, in dem die Kündigung erfolgt, eine Beitragsfreistellung möglich ist. Kann die Versicherung nicht beitragsfrei gestellt werden, erlischt der Vertrag ohne Auszahlung.

7. Zahlen Sie innerhalb eines Monats nach Erhalt der Kündigung den angemahnten Betrag, besteht wieder uneingeschränkter Versicherungsschutz.

8. Etwaige Beitragsrückstände verrechnen wir.

Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung

9. Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Ist ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnten wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, dürfen wir künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens verlangen.

Anteilige Beitragszahlung

10. Während der Beitragszahlungsdauer wird der Beitrag für eine verkürzte Versicherungsperiode zeitanteilig fällig.

§ 8 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

1. Falls aus besonderen von Ihnen veranlassten Gründen zusätzliche Kosten verursacht werden, können wir Ihnen diese gesondert in Rechnung stellen.
   Dies gilt bei

   - Rückläufern im Lastschriftverfahren in Höhe der uns von der Bank tatsächlich in Rechnung gestellten Kosten, § 280 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB),
   - Kosten für das Mahnverfahren, § 280 BGB in Verbindung mit § 286 BGB.

2. Kosten, die wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen, ergeben sich aus den Verbraucherinformationen.
   Kosten für Rücklastschriften und Mahnkosten dürfen wir abhängig von der Kostensituation verändern.

3. Wenn Sie uns nachweisen, dass die den gesondert in Rechnung gestellten Kosten zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall wesentlich niedriger zu beziffern sind oder nicht zutreffen, werden wir die Kosten entsprechend vermindern oder auf sie verzichten.

§ 9 Was ist das Deckungskapital dieses Vertrags?

1. Das Deckungskapital des Vertrags ist Bezugsgröße für die Berechnung

   - der beitragsfreien Leistungen bei einer Beitragsfreistellung und
   - der Überschussbeteiligung.

2. Durch den Abschluss und die Verwaltung von Versicherungsverträgen entstehen Kosten. Diese Kosten haben Sie zu tragen. Wir berücksichtigen sie bei der Tarifkalkulation und stellen sie nicht gesondert in Rechnung. Bei der Berechnung des Deckungskapitals der Versicherung werden die bei der Kalkulation angesetzten Kosten einbezogen.

3. Das Deckungskapital setzt sich aus verschiedenen Deckungskapitalien zusammen, die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik bestimmt werden:

   a) **Deckungskapital für die bei Vertragsbeginn garantierten Leistungen**
   Dieses wird mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechnet.
   b) **Deckungskapitalien für garantierte Leistungen aufgrund von dynamischen Erhöhungen**
   Diese werden mit den Rechnungsgrundlagen des jeweils zum Zeitpunkt der Erhöhung gültigen Tarifs für die Dynamik berechnet.

c) **Deckungskapitalien für garantierte Leistungen aufgrund von Erhöhungen aus der Nachversicherungsgarantie**
Diese werden mit den Rechnungsgrundlagen des jeweils zum Zeitpunkt der Erhöhung gültigen Tarifs für Erhöhungen berechnet.

d) **Deckungskapitalien für die Leistungen aus der Überschussbeteiligung**
Diese werden mit den Rechnungsgrundlagen der jeweiligen Tarife für die Bildung von Boni berechnet.

4. Die Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation sind die Rechnungsgrundlagen für die garantierten Leistungen bei Vertragsbeginn.
Bei Vertragsbeginn stimmen die Rechnungsgrundlagen der Tarife nach Ziffer 3 b) bis d) mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation überein. Ändern wir einen dieser Tarife, entsprechen die neuen Rechnungsgrundlagen dieses Tarifs nach versicherungsmathematischen Grundsätzen mindestens denen der für das Neugeschäft offenen Tarife. Ändern sich diese Tarife, teilen wir dies mit.

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

Fristen

1. Sie können während der Beitragszahlungspflicht

- jederzeit zum Ende einer Versicherungsperiode oder
- mit einer Frist von einem Monat zum nächsten Monatsersten

Ihre Versicherung in Textform (z. B. Brief, E-Mail) kündigen oder in Textform verlangen, von Ihrer Beitragszahlungspflicht befreit zu werden.
Beitragsfrei gestellte Versicherungen und Versicherungen im Leistungsbezug können nicht gekündigt werden.

Kündigung

2. Nach Kündigung wird die Versicherung beitragsfrei gestellt. Ein Rückkaufswert wird nicht gezahlt.

Beitragsfreistellung

3. Die beitragsfreien Leistungen berechnen wir nach § 165 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) unter Zugrundelegung des zum Zeitpunkt der Vertragsanpassung berechneten Deckungskapitals Ihrer Versicherung.

4. Ob und in welcher Höhe sich eine beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente ergibt, finden Sie in den Verbraucherinformationen. Ergibt sich keine beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente, erlischt der Vertrag ohne Auszahlung.

Beitragsrückzahlung

5. Beiträge werden nicht zurückgezahlt.

§ 11 Wie sind Sie an den Überschüssen beteiligt?

1. Sie sind an den Überschüssen beteiligt, die jährlich bei unserem Jahresabschluss festgestellt werden. **Diese können auch Null sein.**

Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit

2. Von den Nettoerträgen der Kapitalanlagen, die für künftige Leistungen vorgesehen sind (§ 3 der Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung), erhalten alle Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in dieser Verordnung genannten Prozentsatz. In der derzeitigen Fassung der Verordnung sind 90 % vorgeschrieben. Aus diesem Betrag werden zunächst die Zinsen gedeckt, die zur Finanzierung der garantierten Leistungen benötigt werden. Den Rest verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit.
Weitere Überschüsse entstehen dann, wenn der Leistungsverlauf günstiger und die Kosten niedriger sind als bei der Tarifkalkulation angenommen. Auch an diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit nach der genannten Verordnung angemessen beteiligt.

3. Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen in einer Bestandsgruppe und innerhalb einer Bestandsgruppe in Überschussverbänden zusammengefasst. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Bestandsgruppen und Überschussverbände orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben.

4. Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrags an den Überschüssen ergeben sich aus den dargestellten Grundsätzen und Maßstäben nicht.

Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags

5. Die Angabe, zu welchem Überschussverband Ihre Versicherung gehört, finden Sie in Ihrem Versicherungsschein. Abhängig von dieser Zuordnung erhält Ihre Versicherung Überschussanteile, die vom Vorstand festgelegt und im Geschäftsbericht und auf unserer Internetseite unter dem Stichwort „Überschussbeteiligung" veröffentlicht werden.
Die Überschussanteile können auch Null sein.

Überschussbeteiligung bei beitragspflichtigen Versicherungen

6. Ist die **Beitragsverrechnung** vereinbart, werden der Versicherung während der Beitragszahlungsdauer laufende Überschussanteile in Prozent des Beitrags zu jeder Beitragsfälligkeit zugeteilt.
Bei der Beitragsverrechnung werden die Überschussanteile mit dem Beitrag verrechnet.

7. Ist die **verzinsliche Ansammlung** vereinbart, werden der Versicherung während der Beitragszahlungsdauer laufende Überschussanteile in Prozent des Beitrags zu jeder Beitragsfälligkeit zugeteilt.
Bei der verzinslichen Ansammlung werden die Überschussanteile vom Tag der Zuteilung an jährlich verzinst. Sie werden bei Ablauf oder bei Tod der versicherten Person ausgezahlt.

8. Ist die **chancenorientierte Überschussverwendung** vereinbart, werden der Versicherung während der Beitragszahlungsdauer laufende Überschussanteile in Prozent des Beitrags zu jeder Beitragsfälligkeit zugeteilt.
Die Überschussanteile werden in Anteile des gewählten Fonds umgewandelt. Stichtag für die Bewertung der Anteile ist jeweils der Monatserste. Ist dies kein Börsentag, so ist der Stichtag der nächste Börsentag. Alle Angaben zu Börsentagen in diesen Bedingungen beziehen sich auf Börsentage in Frankfurt am Main, an denen der gewählte Fonds gehandelt wird.
Ausgabeaufschläge werden nicht erhoben.
Der Wert des Fondsguthabens zu einem Stichtag berechnet sich so: Die Zahl der auf den Vertrag entfallenden Anteile des Fonds wird mit dem am Stichtag geltenden Kurs der Anteile multipliziert. Der Wert des Fondsguthabens wird in EUR bemessen. Ist der Stichtag kein Börsentag, ist der Kurs des nächsten Börsentags maßgeblich, sofern nichts anderes vereinbart ist. Sind Fremdwährungen zu berücksichtigen, erfolgt zu den Stichtagen eine Umrechnung zum jeweiligen Devisenkurs.
Der Wert eines Anteils ist von der Entwicklung des Kapitalmarkts abhängig und nicht vorauszusehen. Sie haben die Chance, bei Wertsteigerungen der Anteile einen Wertzuwachs zu erzielen. Bei Rückgang tragen Sie das Risiko der Wertminderung. Wertminderungen können auch dadurch eintreten, dass die Kapitalverwaltungsgesellschaft die Anteile nicht mehr zurücknimmt. Bei Fremdwährungsfonds tragen Sie zusätzlich das Risiko von Devisenkursschwankungen.

9. Sie können einmal pro Kalenderjahr kostenlos in Textform mit einem Änderungsauftrag den Wechsel der Anlage (Shiften) in einen Fonds, der im Neugeschäft für die chancenorientierte Überschussverwendung angeboten wird, verlangen.
Voraussetzungen für den Wechsel der Anlage sind, dass

- der Vertrag zum Zeitpunkt des Wechsels mindestens seit 5 Jahren besteht und
- die Kapitalverwaltungsgesellschaft die Anteile des von Ihnen gewählten Fonds zurücknimmt.

Auf unserer Homepage können Sie die im Neugeschäft für die chancenorientierte Überschussverwendung verfügbaren Fonds einsehen.
Beim Fondswechsel wird das gesamte Fondsguthaben in den von Ihnen gewählten Fonds umgewandelt. Stichtag für die Umwandlung und Bewertung der Anteile ist der zweite Börsentag nach Eingang Ihres Auftrags. Die zukünftigen Überschussanteile werden ebenfalls in dem gewählten Fonds angelegt.

10. Bei Ablauf oder bei Tod der versicherten Person wird der erreichte Wert des Fondsguthabens ausgezahlt. Liegt das Ablaufdatum nicht auf einem Börsentag, ist für die Bewertung der Anteile der Kurs des nächsten Börsentages maßgeblich. Stichtag für die Bewertung der Anteile bei Tod ist der dritte Börsentag nach dem Eingang der Sterbeurkunde.
Zahlen wir Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, können Sie bei Leistungsbeginn ebenfalls beantragen, dass der erreichte Wert des Fondsguthabens ausgezahlt wird. Stichtag für die Bewertung der Anteile ist dann der dritte Börsentag nach Eingang Ihres Antrags.
Sie können außerdem eine Auszahlung aus Ihrem Fondsguthaben beantragen, sofern ein Guthaben in ausreichender Höhe vorhanden ist. Die Auszahlung muss mindestens 1.000 EUR betragen. Stichtag für die Bewertung der Anteile ist der dritte Börsentag nach Eingang Ihres Antrags.

Überschussbeteiligung bei beitragsfreien Versicherungen, bei denen wir keine Leistungen erbringen

11. Beitragsfreien Versicherungen werden jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres jährliche Überschussanteile zugeteilt. Diese Anteile bestehen aus Überschussanteilen auf das Deckungskapital und auf den Risikobeitrag. Für die Berechnung der jährlichen Überschussanteile sind folgende Bezugsgrößen festgelegt:

- Bezugsgrößen für die Überschussanteile auf das Deckungskapital sind die überschussberechtigten Deckungskapitalien nach § 9 Ziffer 3, die zum Ende des abgelaufenen Versicherungsjahres berechnet werden.
- Bezugsgrößen für die Überschussanteile auf den Risikobeitrag sind die überschussberechtigten Risikobeiträge. Grundlage für deren Bestimmung sind die Deckungskapitalien nach § 9 Ziffer 3. Ein überschussberechtigter Risikobeitrag wird als Differenz zwischen dem zugehörigen Deckungskapital zum Ende des Vorjahres und dem zugehörigen mit dem jeweiligen Zins um ein Jahr abgezinsten Deckungskapital zum Ende des abgelaufenen Versicherungsjahres gebildet. Die Deckungskapitalien sind jeweils ohne Berücksichtigung der Verwaltungskostenrückstellung für die leistungsfreie Zeit berechnet.

12. Wenn während der Beitragszahlungspflicht die Beitragsverrechnung oder die verzinsliche Ansammlung vereinbart war, werden die Überschussanteile vom Tag der Zuteilung an jährlich verzinst (**verzinsliche Ansammlung**). Sie werden bei Ablauf oder bei Tod der versicherten Person ausgezahlt.

13. Ist die **chancenorientierte Überschussverwendung** vereinbart, werden die Überschussanteile in Anteile des gewählten Fonds umgewandelt. Stichtag für die Bewertung der Anteile ist der Versicherungsjahrestag. Ist dies kein Börsentag, so ist der Stichtag der nächste Börsentag. Alle Angaben zu Börsentagen in diesen Bedingungen beziehen sich auf Börsentage in Frankfurt am Main, an denen der gewählte Fonds gehandelt wird.
Ausgabeaufschläge werden nicht erhoben.
Der Wert des Fondsguthabens zu einem Stichtag berechnet sich so: Die Zahl der auf den Vertrag entfallenden Anteile des Fonds wird mit dem am Stichtag geltenden Kurs der Anteile multipliziert. Der Wert des Fondsguthabens wird in EUR bemessen. Ist der Stichtag kein Börsentag, ist der Kurs des nächsten Börsentags maßgeblich, sofern nichts anderes vereinbart ist. Sind Fremdwährungen zu berücksichtigen, erfolgt zu den Stichtagen eine Umrechnung zum jeweiligen Devisenkurs.
Der Wert eines Anteils ist von der Entwicklung des Kapitalmarkts abhängig und nicht vorauszusehen.

Sie haben die Chance, bei Wertsteigerungen der Anteile einen Wertzuwachs zu erzielen. Bei Rückgang tragen Sie das Risiko der Wertminderung. Wertminderungen können auch dadurch eintreten, dass die Kapitalverwaltungsgesellschaft die Anteile nicht mehr zurücknimmt. Bei Fremdwährungsfonds tragen Sie zusätzlich das Risiko von Devisenkursschwankungen.

14. Sie können einmal pro Kalenderjahr kostenlos in Textform mit einem Änderungsauftrag den Wechsel der Anlage (Shiften) in einen Fonds, der im Neugeschäft für die chancenorientierte Überschussverwendung angeboten wird, verlangen.
Voraussetzungen für den Wechsel der Anlage sind, dass

- der Vertrag zum Zeitpunkt des Wechsels mindestens seit 5 Jahren besteht und
- die Kapitalverwaltungsgesellschaft die Anteile des von Ihnen gewählten Fonds zurücknimmt.

Auf unserer Homepage können Sie die im Neugeschäft für die chancenorientierte Überschussverwendung verfügbaren Fonds einsehen.
Beim Fondswechsel wird das gesamte Fondsguthaben in den von Ihnen gewählten Fonds umgewandelt. Stichtag für die Umwandlung und Bewertung der Anteile ist der zweite Börsentag nach Eingang Ihres Auftrags. Die zukünftigen Überschussanteile werden ebenfalls in dem gewählten Fonds angelegt.

15. Bei Ablauf oder bei Tod der versicherten Person wird der erreichte Wert des Fondsguthabens ausgezahlt. Liegt das Ablaufdatum nicht auf einem Börsentag, ist für die Bewertung der Anteile der Kurs des nächsten Börsentages maßgeblich. Stichtag für die Bewertung der Anteile bei Tod ist der dritte Börsentag nach dem Eingang der Sterbeurkunde.
Zahlen wir Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, können Sie bei Leistungsbeginn ebenfalls beantragen, dass der erreichte Wert des Fondsguthabens ausgezahlt wird. Stichtag für die Bewertung der Anteile ist dann der dritte Börsentag nach Eingang Ihres Antrags.
Sie können außerdem eine Auszahlung aus Ihrem Fondsguthaben beantragen, sofern ein Guthaben in ausreichender Höhe vorhanden ist. Die Auszahlung muss mindestens 1.000 EUR betragen. Stichtag für die Bewertung der Anteile ist der dritte Börsentag nach Eingang Ihres Antrags.

Überschussbeteiligung bei Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, Sofortleistung oder Arbeitsunfähigkeit

16. Ist die **dynamische Überschussrente** vereinbart, werden ab dem ersten Versicherungsjahr nach Leistungsbeginn jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres jährliche Überschussanteile zugeteilt. Bezugsgröße für diese Anteile ist das bei Zuteilung überschussberechtigte Deckungskapital. Dieses Deckungskapital setzt sich aus den Deckungskapitalien nach § 9 Ziffer 3 zusammen, die zum Ende des abgelaufenen Versicherungsjahres berechnet werden.
Ist eine Zuteilung erfolgt, berechnet sich die Erhöhung der Rente nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen des zum Zeitpunkt der Zuteilung gültigen Tarifs für die Bildung von Boni. Die jeweils erreichte dynamische Überschussrente ist garantiert und selbst wiederum überschussberechtigt. Das überschussberechtigte Deckungskapital des Bonus wird mit den Rechnungsgrundlagen der Tarife für die Bildung von Boni ermittelt, die jeweils bei der Überschusszuteilung gültig waren.
Die dynamische Überschussrente zahlen wir zusammen mit der garantierten Rente aus.

Abweichende Rechnungsgrundlagen

17. Die Ziffern 1 bis 16 gelten bei einer Änderung der Rechnungsgrundlagen nach § 9 Ziffer 4 entsprechend für den geänderten Tarif. Anstelle der Rechnungsgrundlagen für die Beitragskalkulation werden dann die geänderten Rechnungsgrundlagen für die Berechnung verwendet.

§ 12 Welche besonderen Umstände beeinflussen den Versicherungsschutz?

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

Ausschluss des Versicherungsschutzes

2. Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, leisten wir nicht, wenn die Berufsunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit verursacht ist:

   a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse.
   Wir werden jedoch leisten, wenn die Berufsunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit während eines Aufenthalts der versicherten Person außerhalb der Bundesrepublik Deutschland verursacht wurde und sie an den kriegerischen Ereignissen nicht aktiv beteiligt war.
   b) durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
   c) dadurch, dass die versicherte Person vorsätzlich eine Straftat ausgeführt oder versucht hat; fahrlässige oder grob fahrlässige Straftaten sowie vorsätzliche, fahrlässige oder grob fahrlässige Ordnungswidrigkeiten im Straßenverkehr sind nicht von diesem Ausschluss betroffen;
   d) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung.
   Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, leisten wir;
   e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;
   f) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden, dass zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Einrichtung tätig wurde;
   g) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden.

   Die Einschränkung unserer Leistungspflicht nach f) und g) entfällt, wenn es sich um ein räumlich und zeitlich begrenztes Ereignis handelt, bei dem nicht mehr als 1.000 Menschen unmittelbar sterben oder voraussichtlich mittelbar innerhalb von 5 Jahren nach dem Ereignis sterben oder dauerhaft schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen erleiden werden.
   Die Voraussetzungen für den Wegfall der Einschränkung unserer Leistungspflicht sind von einem unabhängigen Gutachter zu prüfen und zu bestätigen.

Weltweiter Versicherungsschutz

3. Der Versicherungsschutz gilt weltweit. Das gilt auch, wenn Sie Ihren Wohnsitz nach Vertragsabschluss (auch ohne zeitliche Begrenzung) ins Ausland verlegen.

§ 13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

1. Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, uns alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen (Anzeigepflicht).

2. Gefahrerheblich sind die Umstände, die unsere Entscheidung beeinflussen können, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.

3. Soll eine andere Person versichert werden (versicherte Person), ist auch diese für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

Rücktritt

4. Eine Verletzung der Anzeigepflicht berechtigt uns, vom Vertrag zurückzutreten.

5. Wir haben kein Rücktrittsrecht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben. Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

6. Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Das bedeutet, dass wir im Versicherungsfall keine Leistungen erbringen. Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder nicht angezeigte Umstand für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls nicht ursächlich war. Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Uns steht der Teil des Beitrags bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung zu.

Kündigung

7. Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.
Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Rückwirkende Vertragsanpassung

8. Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.
Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen.

Ausübung der Rechte des Versicherers

9. Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung oder Vertragsanpassung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.
Wir müssen die uns nach den Ziffern 4 bis 8 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangen. Wir dürfen nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben, wenn für diese die Frist nicht verstrichen ist.
Wir können uns auf die in den Ziffern 4 bis 8 genannten Rechte nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige bei Abgabe Ihrer Vertragserklärung kannten.
Unsere Rechte nach den Ziffern 4 bis 8 erlöschen nach Ablauf von 5 Jahren nach Vertragsabschluss. Diese Rechte können wir auch nach Ablauf von 5 Jahren geltend machen, wenn der Versicherungsfall innerhalb dieses Zeitraums eintritt. Haben Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf 10 Jahre.

Verzicht auf die Rechte des Versicherers

10. Wir verzichten auf unsere Rechte aus § 19 VVG zur Vertragsanpassung nach Ziffer 8 und Kündigung nach Ziffer 7, wenn die Anzeigepflichtverletzung unverschuldet ist.

Anfechtung

11. Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmeentscheidung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten.
Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil des Beitrags bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung zu.

Folgen bei Rücktritt, Kündigung oder Anfechtung

12. Bei Rücktritt, Kündigung oder Anfechtung erlischt der Vertrag ohne Auszahlung.
Beiträge werden nicht zurückgezahlt.

Änderung des Vertrags

13. Die Ziffern 1 bis 12 gelten auch für Anzeigen, die bei einem Antrag auf Änderung des Vertrags zu machen sind.

Entgegennahme von unseren Erklärungen

14. Grundsätzlich werden Erklärungen Ihnen gegenüber abgegeben.

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

1. Der Ansprucherhebende muss uns die Berufsunfähigkeit nachweisen. Es sind uns folgende Unterlagen einzureichen:

   a) eine formlose Meldung des Eintritts der Berufsunfähigkeit in Textform. Die Meldung muss möglichst frühzeitig, unabhängig von eventuellen Anerkennungsbescheiden anderer Institutionen, z. B. Sozialversicherungsträgern, erfolgen;
   b) ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln, behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens;
   c) Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, deren Lebensstellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;
   d) bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege;
   e) in den Fällen des § 2 Ziffer 2 bis 4 die dort genannten Unterlagen und Nachweise.

   Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Ansprucherhebende zu tragen.

2. Wenn Sie die Sofortleistung im Sinne von § 3 Ziffer 1 beantragen, müssen Sie uns eine fachärztliche Bescheinigung nach § 3 Ziffer 3 vorlegen, aus der hervorgeht, dass die Voraussetzungen für eine Sofortleistung nach § 3 Ziffer 1 erfüllt sind.

3. Der Ansprucherhebende muss uns die Arbeitsunfähigkeit nachweisen. Der Nachweis der Arbeitsunfähigkeit erfolgt mit den Unterlagen nach § 4 Ziffer 3.

4. Wir können außerdem auf unsere Kosten

   a) weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte ohne ständige vertragliche Bindung, also keine Vertragsärzte,
   b) notwendige Nachweise auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse, z. B. Steuerbescheide, Bilanzen, Gewinn- und Verlustrechnungen, Lohn- und Gehaltsabrechnungen und ihre Veränderungen und
   c) zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen

   verlangen.

Bei von uns verlangten ärztlichen Untersuchungen übernehmen wir neben den Untersuchungskosten auch die vorher mit uns abgestimmten notwendigen Reise- und Unterbringungskosten.

5. Die versicherte Person hat von

- Ärzten und anderen Behandlern (wie z. B. Heilpraktikern und Psychotherapeuten, Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten),
- Pflegeheimen, bei denen sie in Behandlung oder Pflege war,
- Pflegepersonen,
- anderen Personenversicherern,
- gesetzlichen Krankenversicherern,
- Berufsgenossenschaften und Behörden

alle medizinischen Unterlagen

- über Erkrankungen, die dem Leistungsfall zugrunde liegen,
- über Erkrankungen innerhalb der zur Risikoprüfung erfragten Zeiträume, die Sie in Ihren Antragsunterlagen finden,

einzuholen und an uns weiterzugeben.
Im Einzelfall kann die versicherte Person uns bevollmächtigen, die Unterlagen direkt anzufordern.

6. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir die Untersuchungskosten sowie die Reise- und Aufenthaltskosten bis zu folgender Höhe:

- Eine Bahnfahrt in der 2. Klasse,
- Flugkosten in der günstigsten Kategorie der Fluggesellschaft einschließlich Gepäck und
- Übernachtungskosten in Höhe von 100 EUR pro Nacht im Jahr 2022.
  Für künftige Jahre ändert sich der Betrag im gleichen Verhältnis wie der Verbraucherpreisindex in Deutschland.

Im Einzelfall können wir nach vorheriger Absprache auch höhere Kosten übernehmen.
Mit unserer Zustimmung kann die versicherte Person die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen auch bei Ärzten, die durch eine diplomatische Auslandsvertretung der Bundesrepublik Deutschland empfohlen werden, durchführen lassen. Die Kosten dieser Untersuchungen und die Kosten der beglaubigten Übersetzung trägt die versicherte Person.

7. Die versicherte Person ist verpflichtet, zur wesentlichen Besserung ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung geeignete Hilfsmittel wie z. B. Hörgeräte, Sehhilfen oder Prothesen zu verwenden und zumutbaren ärztlichen Anordnungen Folge zu leisten. Zumutbar sind Heilbehandlungen, die risikolos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und Aussicht auf Besserung oder Ausgleich der gesundheitlichen Beeinträchtigung bieten, wie z. B. das Tragen einer Brille oder das Nutzen einer Hörhilfe oder physiotherapeutische Heilbehandlungen.
Unsere Leistungspflicht machen wir jedoch nicht davon abhängig, dass die versicherte Person unzumutbare ärztliche Anordnungen zur Minderung oder Beseitigung der Beschwerden oder der Berufsunfähigkeit befolgt. Unzumutbar sind Heilbehandlungen, die mit Risiken oder besonderen Schmerzen verbunden sind. Als unzumutbar gelten auch stets die Anordnung zur Vornahme operativer Eingriffe sowie die Behandlung durch Heilpraktiker.

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

1. Nach Vorliegen aller für unsere Leistungsprüfung erforderlichen Unterlagen erklären wir spätestens innerhalb von 10 Arbeitstagen in Textform, ob, in welchem Umfang und ab welchem Zeitpunkt wir eine Leistungspflicht anerkennen. Während der Leistungsprüfung informieren wir Sie in regelmäßigen Abständen, spätestens alle 4 Wochen über den Bearbeitungsstand.

2. Unsere Leistungsanerkenntnis wegen Berufsunfähigkeit erklären wir grundsätzlich unbefristet. Nur in begründeten Ausnahmefällen können wir unsere Leistungspflicht einmalig für höchstens 12 Monate befristen. An ein befristetes Anerkenntnis sind wir bis zum Ablauf der Frist gebunden. Auf eine Nachprüfung innerhalb des befristeten Leistungszeitraums nach § 16 verzichten wir.
Liegen die Voraussetzungen für ein unbefristetes Leistungsanerkenntnis vor, werden wir dieses – auch vor Ablauf der Frist eines zuvor ausnahmsweise einmalig erklärten befristeten Anerkenntnisses – erklären.

§ 16 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

Fortbestehen der Berufsunfähigkeit

1. Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht werden wir das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit nachprüfen. Dabei prüfen wir erneut, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von § 2 konkret ausübt. Neu erworbene berufliche Fähigkeiten werden dabei berücksichtigt.

2. Zahlen wir eine zusätzliche Rente wegen Pflegebedürftigkeit nach § 2 Ziffer 15, werden wir außerdem das Fortbestehen der Pflegebedürftigkeit nachprüfen.

3. Haben wir unsere Leistungspflicht infolge Dienstunfähigkeit nach § 2 Ziffer 3 anerkannt, zahlen wir die versicherte Leistung, solange uns fortlaufende Bezüge (Ruhegehalt, Unterhaltsbeitrag oder Unfallruhegehalt) nach dem Beamtenversorgungsgesetz nachgewiesen werden, längstens bis zum Ende der vereinbarten Leistungsdauer. Diese Regelungen gelten für Richter entsprechend.
Bei Beamten auf Widerruf und Probe zahlen wir die versicherte Leistung, solange der fortlaufende Erhalt von Bezügen (Ruhegehalt, Unterhaltsbeitrag oder Unfallruhegehalt) nach dem Beamtenversorgungsgesetz nachgewiesen werden kann, längstens bis zum Ende der vereinbarten Leistungsdauer. Erhalten Sie keine Bezüge nach dem Beamtenversorgungsgesetz, prüfen wir, ob aufgrund des körperlichen Zustands oder aus gesundheitlichen Gründen die zuletzt ausgeübten Dienstpflichten weiterhin nicht erfüllt werden können. Diese Prüfung führen wir frühestens 12 Monate nach erstmaliger Anerkennung der Leistungspflicht durch. Wir verzichten bei dieser Prüfung auf eine Verweisbarkeit nach den gesetzlichen Vorschriften des Beamtenrechts. Eine konkrete Verweisung von Beamten auf Widerruf und Probe auf eine andere Tätigkeit im Sinne von § 2 Ziffer 6 ist möglich. Diese Regelungen gelten für Richter entsprechend.

4. Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen des § 14 Ziffer 4 gelten entsprechend.

Wegfall der Berufsunfähigkeit

5. Liegt eine Berufsunfähigkeit nicht mehr vor, stellen wir unsere Leistungen ein. Die Einstellung teilen wir dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Sie wird erst mit Ablauf des dritten Monats nach Zugang dieser Mitteilung wirksam. Nach Einstellung der Leistungen sind die Beiträge wieder zu zahlen. Über die Höhe der Beiträge benachrichtigen wir Sie mit Einstellung der Leistungen.

Wegfall der Pflegebedürftigkeit

6. Liegt eine Pflegebedürftigkeit nach § 2 Ziffer 12 nicht mehr vor, stellen wir die Zahlung der zusätzlichen Pflegerente ein. Die Einstellung teilen wir dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Sie wird erst mit Ablauf des dritten Monats nach Zugang dieser Mitteilung wirksam.
Stellen wir die Zahlung der Pflegerente nach Ablauf der Versicherungsdauer ein, endet der Vertrag.

7. Renten, die wir über das Ableben der versicherten Person hinaus gezahlt haben, sind uns zu erstatten.

§ 17 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?

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

§ 18 Was bedeutet die Nachversicherungsgarantie?

1. Sie haben das Recht, während der Beitragszahlungspflicht innerhalb von 12 Monaten nach Eintritt eines der folgenden Ereignisse die Berufsunfähigkeitsrente ohne Risikoprüfung zu erhöhen (Nachversicherung):

   a) bei Erreichen der Volljährigkeit der versicherten Person,
   b) Heirat der versicherten Person,
   c) Geburt eines Kindes der versicherten Person,
   d) Adoption eines minderjährigen Kindes durch die versicherte Person,
   e) rechtskräftige Scheidung vom mitverdienenden Ehe- oder eingetragenen Lebenspartner der versicherten Person,
   f) Tod des mitverdienenden Ehe- oder eingetragenen Lebenspartners der versicherten Person,
   g) erstmalige Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit der versicherten Person nach der Berufsausbildung in einem von der Bundesagentur für Arbeit anerkannten Ausbildungsberuf,
   h) erstmalige Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit der versicherten Person nach Erreichen eines akademischen Grads,
   i) erstmalige Aufnahme einer selbstständigen hauptberuflichen Tätigkeit der versicherten Person. Dies ist der Fall, wenn keine weiteren Einkünfte aus nicht selbstständiger Arbeit vorliegen.
   j) Erstmaliges Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung durch das Einkommen der versicherten Person.
      Dabei wird die Beitragsbemessungsgrenze zugrunde gelegt, die am Wohnort der versicherten Person gilt.
   k) Erhöhung des Jahreseinkommens der versicherten Person unter folgenden Voraussetzungen

      - Ist die versicherte Person angestellt oder Beamter auf Widerruf oder Probe, muss die Erhöhung des garantierten Jahreseinkommens mindestens 10 % des im Kalenderjahr zuvor erzielten garantierten Jahreseinkommens betragen.
        Zum Jahreseinkommen zählen nicht Tantiemen und Sonderzahlungen.
      - Übt die versicherte Person eine selbstständige Tätigkeit aus, muss die versicherte Person im abgelaufenen Kalenderjahr ein um mindestens 20 % höheres Jahreseinkommen aus beruflicher Tätigkeit vor Abzug von Personensteuern gegenüber dem durchschnittlichen Jahreseinkommen aus beruflicher Tätigkeit vor Abzug von Personensteuer der drei vorangegangenen Kalenderjahre erzielt haben.
      - Die versicherte Person ist Beamter auf Lebenszeit und steigt in die nächsthöhere Besoldungsgruppe auf.

   l) Ernennung der versicherten Person zum Beamten oder Richter auf Lebenszeit,
   m) Reduzierung oder Wegfall der Invaliditätsabsicherung der versicherten Person

      - aus einer betrieblichen Altersvorsorge,
      - aus einem berufsständischen Versorgungswerk, in dem die versicherte Person pflichtversichert ist, oder
      - aus der gesetzlichen Rentenversicherung.

n) Erstmalige Aufnahme einer der Höherqualifikation entsprechenden beruflichen Tätigkeit nach Abschluss einer staatlich anerkannten Höherqualifikation (z. B. Weiterbildung zum Fach-/Betriebswirt, Master, Techniker, Meisterprüfung, Stationsleitung oder Facharztausbildung).
o) Ausscheiden der versicherten Person aus dem Beamtenverhältnis und Wechsel in ein sozialversicherungspflichtiges Anstellungsverhältnis. Das Ausscheiden aus dem öffentlichen Dienst darf nicht medizinisch veranlasst sein.
p) Abschluss eines Darlehensvertrags durch die versicherte Person von mindestens 50.000 EUR zur Finanzierung, Modernisierung oder Instandsetzung einer Immobilie. Handelt es sich um eine nicht selbstgenutzte Immobilie ist eine Erhöhung nur einmal zulässig.

2. Sie können auch ohne besonderes Ereignis Ihre Berufsunfähigkeitsrente erhöhen

- einmalig innerhalb der ersten 5 Versicherungsjahre. Ist die versicherte Person bei Vertragsabschluss jünger als 15 Jahre, besteht dieses Recht bis zum Alter von 20 Jahren.
- zu Beginn des elften Versicherungsjahres. Dies muss spätestens 12 Monate nach Beginn des elften Versicherungsjahres beantragt werden.

Es gilt ab Beginn der jeweiligen anlasslosen Nachversicherung eine Wartezeit von 3 Jahren. Tritt ein Leistungsfall während der Versicherungsdauer innerhalb dieser Wartezeit ein, erbringen wir nur dann eine Leistung aus der jeweiligen Nachversicherung, wenn die Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, Sofortleistung oder Arbeitsunfähigkeit ausschließlich durch einen Unfall verursacht ist. Ansonsten erlischt die jeweilige Nachversicherung. Beiträge werden nicht zurückgezahlt.
Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

3. Das Recht zur Nachversicherung besteht nur,

- wenn die versicherte Person bei einer Erhöhung nach Ziffer 1 höchstens 50 Jahre alt ist bzw. höchstens 40 Jahre bei einer Erhöhung nach Ziffer 2,
- wenn das Ereignis innerhalb der Versicherungsdauer eingetreten ist,
- wenn keine Leistungen aus der Versicherung erbracht werden bzw. wurden und
- wenn bislang keine Leistungen aus der Versicherung beansprucht wurden.

4. Eine Erhöhung aus der Nachversicherung entfällt rückwirkend, wenn zum Erhöhungszeitpunkt die Beitragszahlungspflicht wegen Berufsunfähigkeit, Sofortleistung oder Arbeitsunfähigkeit entfällt.

5. Die Nachversicherung wird mit der restlichen Versicherungs-, Leistungs- und Beitragszahlungsdauer der ursprünglichen Versicherung abgeschlossen.

6. Die Nachversicherung erfolgt nach dem zum Zeitpunkt der Erhöhung gültigen Tarif für Erhöhungen nach § 9 Ziffer 3 c). Bei Vertragsabschluss ist dies der Tarif Ihres Vertrags. Sind Leistungseinschränkungen vereinbart, gelten diese auch für die Nachversicherung.

7. Die Nachversicherung

- muss mindestens 600 EUR jährliche Berufsunfähigkeitsrente betragen,
- ist auf die zum Zeitpunkt der Nachversicherung versicherte Berufsunfähigkeitsrente begrenzt und
- darf 6.000 EUR jährliche Berufsunfähigkeitsrente nicht übersteigen.

Die Summe aller Nachversicherungen zu bestehenden Berufsunfähigkeits(Zusatz)versicherungen für die versicherte Person darf 18.000 EUR jährliche Berufsunfähigkeitsrente nicht übersteigen.

8. Aufgrund eines Ereignisses nach Ziffer 1 g) und h) haben Sie einmalig das Recht, statt einer Erhöhung nach Ziffer 1 und 7 Ihre versicherte Berufsunfähigkeitsrente in einer Summe auf bis zu 80 % des zum Zeitpunkt der Erhöhung vorliegenden Netto-Einkommens der versicherten Person zu erhöhen. Die gesamte versicherte Rente aus allen bei uns bestehenden Berufsunfähigkeits- und Grundfähigkeitsversicherungen darf durch diese Erhöhung 30.000 EUR jährliche Rente nicht übersteigen. Das Recht besteht nur, wenn die versicherte Person beim Eintritt des Ereignisses das rechnungsmäßige Alter von 35 Jahren noch nicht überschritten hat.

Voraussetzung ist, dass die aufgenommene berufliche Tätigkeit seit mindestens 6 Monaten ununterbrochen ausgeübt wird. Das Recht kann bis zum Ablauf von 12 Monaten nach Eintritt des Ereignisses ausgeübt werden.

9. Das Recht zur Nachversicherung entfällt, wenn die garantierte monatliche Berufsunfähigkeitsrente einschließlich aller erfolgten Erhöhungen aus der Dynamik und der Nachversicherungsgarantie mehr als 5.000 EUR beträgt.

10. Die gesamte versicherte jährliche Berufsunfähigkeitsrente der versicherten Person – einschließlich vergleichbarer Absicherungen, die bereits bestehen oder beantragt sind – darf durch die Nachversicherung gemäß Ziffer 1, 2 oder 8 zum Zeitpunkt der Erhöhung 80 % des regelmäßigen durchschnittlichen Netto-Jahres-Arbeitseinkommens der versicherten Person nicht übersteigen.
Mit vergleichbaren Absicherungen, die bereits bestehen oder beantragt sind, meinen wir bei uns oder anderen Anbietern bestehende oder beantragte Absicherungen von Leistungen im Falle der Berufs-, Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person oder bei einem Verlust von Grundfähigkeiten der versicherten Person. Ansprüche aus der gesetzlichen Rentenversicherung zählen nicht zu den vergleichbaren Absicherungen.
Mit dem regelmäßigen durchschnittlichen Netto-Jahres-Arbeitseinkommen meinen wir:

- bei Angestellten, Beamten oder Richtern den Durchschnitt der Netto-Jahres-Arbeitseinkommen des aktuellen Jahres und der beiden Vorjahre;
- bei Berufsstartern das aktuelle Netto-Jahres-Arbeitseinkommen ohne variable Gehaltsbestandteile;
- bei Personen, die länger als ein Jahr keine berufliche Tätigkeit ausgeübt und dann seit dem Wiedereinstieg noch kein volles Kalenderjahr gearbeitet haben, das aktuelle Netto-Jahres-Arbeitseinkommen seit dem Wiedereinstieg ohne variable Gehaltsbestandteile;
- bei Selbstständigen und Geschäftsführern den prozentualen Anteil am Gewinn aus dem Jahresabschluss (z. B. GuV) des aktuellen Jahres und der beiden Vorjahre, jeweils nach Abzug der privaten und betrieblichen Steuern (zzgl. eines eventuellen Einkommens aus angestellter Tätigkeit).

11. Sind innerhalb der ursprünglichen Versicherung zusätzliche Leistungseinschränkungen vereinbart, gelten diese auch für die Nachversicherung.

§ 19 Welche Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?

1. Ab dem vierten Versicherungsjahr haben Sie die Möglichkeit, eine zinslose Stundung der Beiträge für bis zu 24 Monate zu verlangen.
Der Versicherungsschutz bleibt während dieser Zeit in vollem Umfang erhalten.
Weitere Voraussetzungen für eine Stundung sind:

   - Der Vertrag besteht nicht im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung.
   - Die restliche Versicherungsdauer zum Stundungszeitpunkt beträgt mindestens 5 Jahre.

   Wenn Sie eine Stundung über einen längeren Zeitraum benötigen, informieren wir Sie für welche Zeiträume dies möglich ist. Für eine Stundung ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich.

2. Während des Stundungszeitraums

   - ruht Ihr Recht auf Nachversicherungsgarantie und
   - wird eine ggf. eingeschlossene Dynamik ausgesetzt.

3. Nach Ablauf des Stundungszeitraums können Sie die gestundeten Beiträge entweder:

   - in einem Betrag nachzahlen,
   - durch Reduktion der versicherten Leistung,
   - durch Erhöhung der zukünftig zu zahlenden Beiträge,
   - sofern Sie als Überschussverwendung die verzinsliche Ansammlung vereinbart haben, durch Verrechnung mit dem angesammelten Überschussguthaben oder,

- sofern Sie als Überschussverwendung die chancenorientierte Überschussverwendung vereinbart haben, durch Verrechnung mit dem Fondsguthaben ausgleichen. Stichtag für die Bewertung der Anteile ist der Tag des Ablaufs der Stundung. Ist dies kein Börsentag, ist für die Bewertung der Kurs des nächsten Börsentags maßgeblich.

Entscheiden Sie sich für eine Verrechnung, müssen Sie diese spätestens 4 Wochen vor Ablauf der Stundung beantragen.
Voraussetzung für die Reduktion der Leistung ist, dass sich nach Reduktion eine monatliche Berufsunfähigkeitsrente von 25 EUR ergibt.
Die Reduktion der Leistung und die Erhöhung der Beiträge berechnen wir nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik.

4. Eine erneute Stundung ist frühestens nach vollständigem Ausgleich der gestundeten Beiträge möglich.

5. Wird eine Leistung aus diesem Vertrag fällig, verrechnen wir gestundete Beiträge soweit möglich mit dieser.
Endet Ihre Versicherung, z. B. aufgrund einer Kündigung, und ist eine Verrechnung der gestundeten Beiträge nicht möglich, müssen Sie diese in einem Betrag nachzahlen.

§ 20 Inwieweit kann reduzierter Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung wiederhergestellt werden?

1. Haben Sie die Versicherung in eine beitragsfreie umgewandelt, können Sie innerhalb einer Frist von 36 Monaten nach der Beitragsfreistellung die Beitragszahlung fortsetzen (Wiederinkraftsetzung). Bei der Wiederinkraftsetzung können Sie durch höhere Beiträge oder Zuzahlungen den ursprünglichen Versicherungsschutz vor der Beitragsfreistellung wiederherstellen.

2. Voraussetzung für eine Wiederinkraftsetzung ist, dass

- die Versicherung zum Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung noch besteht und
- der Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist.

3. Die Wiederinkraftsetzung führen wir in den ersten 6 Monaten nach der Beitragsfreistellung ohne erneute Risikoprüfung maximal bis zu den zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung versicherten Leistungen durch. Nach 6 Monaten ist eine Wiederinkraftsetzung von einer erneuten Risikoprüfung abhängig.
Haben Sie wegen

- Arbeitslosigkeit oder
- Ihrer Elternzeit oder der Ihres Ehe- oder eingetragenen Lebenspartners

die Versicherung beitragsfrei gestellt, verlängert sich die Frist für eine Wiederinkraftsetzung ohne Risikoprüfung auf 12 Monate. Bei einer Wiederinkraftsetzung im Verlängerungszeitraum müssen Sie uns die Arbeitslosigkeit oder die Elternzeit durch entsprechende Belege nachweisen.

4. Haben Sie wegen Ihrer Elternzeit oder der Ihres Ehe- oder eingetragenen Lebenspartners die Versicherung beitragsfrei gestellt, verlängert sich die Frist für eine Wiederinkraftsetzung nach Ziffer 1 von 36 Monate auf bis zu 3 Monate nach Ende der Elternzeit.

§ 21 Wo sind die vertraglichen Verpflichtungen zu erfüllen?

1. Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf dessen Kosten. Bei Überweisungen in Länder außerhalb der Europäischen Union trägt der Empfangsberechtigte die damit verbundene Gefahr.

2. Die Beitragszahlung erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

§ 22 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

Den Inhaber 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 des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.

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

1. Mitteilungen, die das bestehende Versicherungsverhältnis betreffen und uns gegenüber abzugeben sind, müssen in Textform erfolgen. Für uns bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie uns zugegangen sind.

2. Eine Änderung Ihrer Adresse oder Ihres Namens müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Sonst können für Sie Nachteile entstehen, wenn wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift schicken. In diesem Fall gilt unsere Erklärung 3 Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefs als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

§ 24 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

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

§ 25 Welches Recht gilt für Ihren Vertrag?

Für den Vertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland. Die Vertragssprache ist deutsch.

§ 26 Wo ist der Gerichtsstand und an wen können Sie sich bei einer Beschwerde wenden?

1. Ansprüche aus dem Vertrag gegen uns können geltend gemacht werden bei dem örtlich zuständigen Gericht

   - für unseren Geschäftssitz,
   - für unsere Niederlassung, die für den Vertrag zuständig ist, oder
   - für Ihren Wohnsitz zur Zeit der Klageerhebung oder, in Ermangelung eines Wohnsitzes, für den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts.

2. Ansprüche aus dem Vertrag gegen Sie können geltend gemacht werden bei dem örtlich zuständigen Gericht

   - für Ihren Wohnsitz zur Zeit der Klageerhebung oder, in Ermangelung eines Wohnsitzes, für den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts oder
   - für den Sitz oder die Niederlassung Ihres Geschäfts- oder Gewerbebetriebs.

3. Verlegen Sie nach Vertragsabschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort aus dem Geltungsbereich des Versicherungsvertragsgesetzes, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach Ziffern 1 und 2 nach dem für unseren Geschäftssitz oder für unsere zuständige Niederlassung örtlich zuständigen Gericht.
   Entsprechendes gilt, wenn weder Ihr Wohnsitz noch Ihr gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung bekannt sind.

4. Sollten Sie einmal Anlass zu einer Beschwerde haben, können Sie formlos und für Sie kostenlos ein außergerichtliches Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren in Anspruch nehmen.

Versicherungsombudsmann e. V.

5. Wir sind Mitglied beim Verein Versicherungsombudsmann e. V.
Damit haben Sie als unser Kunde die Möglichkeit, zur Schlichtung den unabhängigen und neutralen Ombudsmann in Anspruch zu nehmen. Wir unterwerfen uns einer Entscheidung des Ombudsmanns innerhalb der von dem Verein aufgestellten Regeln.
Weitere Informationen über den Versicherungsombudsmann, das Beschwerdeverfahren und die Kontaktmöglichkeiten finden Sie im Internet unter www.versicherungsombudsmann.de. Die Adresse lautet Versicherungsombudsmann e. V., Postfach 080632, 10006 Berlin.
Auch wenn Sie sich an den Versicherungsombudsmann wenden, können Sie weiterhin Ihre Ansprüche gerichtlich geltend machen.

Aufsichtsbehörde

6. Sie haben auch die Möglichkeit, sich an die für uns zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden, wenn Sie mit unserer Entscheidung einmal nicht einverstanden sein sollten.
Dies ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Bereich Versicherungsaufsicht, Postfach 1253, 53002 Bonn, oder online über www.bafin.de.

§ 27 Wann verjähren Ihre Ansprüche aus dem Vertrag?

Die Ansprüche aus Ihrem Vertrag verjähren in 3 Jahren. Die Frist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch uns gegenüber entstanden ist und Sie von den den Anspruch begründenden Umständen Kenntnis erlangt haben oder ohne grobe Fahrlässigkeit hätten erlangen müssen. Ohne Rücksicht auf die Kenntnis oder grob fahrlässige Unkenntnis verjähren alle Ansprüche in 10 Jahren, nachdem sie entstanden sind.
Ist ein Anspruch aus dem Vertrag bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.

§ 28 Welche Rechnungsgrundlagen hat die Versicherung?

1. Die Abschluss- und Vertriebskosten des Vertrags haben wir Ihnen in den Verbraucherinformationen mitgeteilt. Zusätzlich sind übrige einkalkulierte Kosten in der Kalkulation berücksichtigt.

2. Weitere Grundlagen der Beitragskalkulation sind

   - ein Rechnungszins von 1 % p. a.,
   - für die Invalidisierungswahrscheinlichkeit eine unternehmenseigene vom Geschlecht unabhängige Tafel „I 2022 U5“,
   - für die Wahrscheinlichkeit des Eintritts der Pflegebedürftigkeit eine aus der DAV 2008 P hergeleitete vom Geschlecht unabhängige Tafel,
   - für die Invalidensterblichkeit bei Berufsunfähigkeit eine aus der DAV-Sterbetafel 2021 TI hergeleitete vom Geschlecht unabhängige Sterbetafel,
   - für die Invalidensterblichkeit bei Pflegebedürftigkeit eine aus der DAV 2008 P hergeleitete vom Geschlecht unabhängige Tafel,
   - für die Aktivensterblichkeit eine aus der DAV-Sterbetafel 2021 AT hergeleitete vom Geschlecht unabhängige Sterbetafel und
   - für die Reaktivierungswahrscheinlichkeit bei Berufsunfähigkeit eine aus der DAV 2021 RI hergeleitete vom Geschlecht unabhängige Tafel.

3. Die Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation sind die Rechnungsgrundlagen für die garantierten Leistungen bei Vertragsbeginn. Die Rechnungsgrundlagen nach Ziffer 2 gelten nicht notwendigerweise für die Berechnung von Leistungen aus der Überschussbeteiligung (§ 11), Leistungen aus Erhöhungen bei Ausübung der Nachversicherungsgarantie und dynamischen Erhöhungen.

§ 29 Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten bilanziell berücksichtigt?

Durch den Abschluss von Versicherungsverträgen entstehen Kosten. Diese Abschluss- und Vertriebskosten (§ 43 Absatz 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen) haben Sie zu tragen. Sie sind bereits bei der Tarifkalkulation berücksichtigt und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt.
Für die bilanzielle Berücksichtigung der Abschluss- und Vertriebskosten ist für diesen Vertrag das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit die Beiträge nicht für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung einer Deckungsrückstellung aufgrund § 25 Absatz 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen in Verbindung mit § 169 Absatz 3 VVG bestimmt sind. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % der während der Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Beiträge beschränkt.
Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden während der vereinbarten Beitragszahlungsdauer aus den laufenden Beiträgen getilgt.

§ 30 Was gilt bei Einschluss der Dynamik?

Art der Dynamik

1. Ist die Dynamik vereinbart, erhöht sich der Versicherungsbeitrag jeweils nach Ablauf des vereinbarten Zeitraumes seit Beginn der Versicherung bzw. der letzten Erhöhung um den vereinbarten Prozentsatz des jeweiligen Vorjahresbeitrags. Die Erhöhung erfolgt zum Versicherungsjahrestag. Bei einer Versicherung mit Beitragsstufe erhöht sich der Versicherungsbeitrag erstmals ein Jahr nach Ende der Startphase.

2. Abweichend von Ziffer 1 kann vereinbart werden, dass sich der Versicherungsbeitrag im selben Verhältnis wie die Beitragsbemessungsgrenze (West) in der gesetzlichen Rentenversicherung erhöht.
   Der Beitrag erhöht sich zur ersten Beitragsfälligkeit im Kalenderjahr oder zum Versicherungsjahrestag.
   Diese Regelungen für den Versicherungsbeitrag gelten entsprechend, wenn Sie statt für den gesamten Beitrag nur für einen Teil der Beiträge eine Dynamik vereinbart haben.

Erhöhung der Leistung

3. Durch die Dynamik erhöhen sich ohne erneute Risikoprüfung die Leistungen. Ist eine Erhöhung erfolgt, berechnet sich der erhöhte Teil der Leistung nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik jeweils mit dem zum Zeitpunkt der Erhöhung gültigen Tarif für die Dynamik nach § 9 Ziffer 3 b).
   Bei Vertragsabschluss ist dies der Tarif Ihres Vertrags. Ändert sich der Tarif, teilen wir Ihnen dies mit.
4. Sind Leistungseinschränkungen vereinbart, gelten diese auch für die Dynamik.

Aussetzen oder Wegfall der Dynamik

5. Über die Erhöhung informieren wir Sie rechtzeitig.

6. Eine Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie

   - ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin in Textform widersprechen oder
   - den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von 2 Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen.

7. Ist bis zum dritten Versicherungsjahrestag keine Erhöhung erfolgt oder liegt die letzte Erhöhung mehr als 3 Jahre zurück, informieren wir Sie nicht mehr über einen möglichen Erhöhungstermin. Sie können uns jederzeit mitteilen, dass Erhöhungen wieder erfolgen sollen. Ab dem nächsten Versicherungsjahrestag bieten wir Ihnen dann wieder Erhöhungen entsprechend der vereinbarten Dynamikart an.

8. Es erfolgen keine Erhöhungen,

   - solange Ihre Beitragszahlungspflicht wegen Berufsunfähigkeit, Sofortleistung oder Arbeitsunfähigkeit entfällt,
   - wenn die Restlaufzeit der Versicherung weniger als 3 Jahre beträgt,
   - wenn die garantierte monatliche Berufsunfähigkeitsrente einschließlich aller erfolgten Erhöhungen aus der Dynamik und der Nachversicherungsgarantie mehr als 5.000 EUR beträgt oder
   - wenn die versicherte Person das rechnungsmäßige Alter von 56 Jahren am Erhöhungstermin erreicht hat.
     Das rechnungsmäßige Alter der versicherten Person ist die Differenz zwischen dem Kalenderjahr und dem Geburtsjahr.

§ 31 Wann haben Sie das Recht, den Beitrag überprüfen zu lassen?

1. Bei laufender Beitragszahlung haben Sie das Recht, nach Eintritt eines der folgenden Ereignisse – ohne erneute Risikoprüfung – eine Überprüfung des Beitrags für den Berufsunfähigkeitsversicherungsschutz (**BG-Check**) zu verlangen:

   a) erstmaliger Wechsel als Schüler in die 11. Klasse.
   b) erstmalige Aufnahme einer von der Bundesagentur für Arbeit anerkannten Berufsausbildung.
   c) erstmalige Aufnahme eines Studiums an einer Hochschule oder Fachhochschule.
   d) erstmalige Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit nach der Berufsausbildung in einem von der Bundesagentur für Arbeit anerkannten Ausbildungsberuf.
   e) erstmalige Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit nach Erreichen eines akademischen Grades.
   f) erstmalige Aufnahme einer der Höherqualifikation entsprechenden beruflichen Tätigkeit nach Abschluss einer staatlich anerkannten Höherqualifikation (z. B. Weiterbildung zum Fach-/Betriebswirt, Master, Techniker, Meisterprüfung, Stationsleitung oder Facharztausbildung).

   Das Recht auf Beitragsüberprüfung besteht nur

   - bis zum Ende des 35. Lebensjahres,
   - innerhalb von 12 Monaten nach Eintritt des Ereignisses,
   - wenn keine Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung erbracht werden bzw. wurden und
   - wenn bislang keine Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung beansprucht wurden.

2. Ergibt sich bei der Überprüfung des Beitrags

   - ein geringerer garantierter Beitrag oder
   - bei Vereinbarung der Überschussverwendungsart Beitragsverrechnung ein geringerer zu zahlender Beitrag,

   erstellen wir Ihnen ein Angebot über eine Vertragsanpassung zum nächsten Monatsersten nach Eingang der erforderlichen Unterlagen zum Nachweis des Ereignisses.
   In den anderen Fällen wird der Vertrag unverändert fortgeführt. Darüber informieren wir Sie.

3. Die Überprüfung des Beitrags erfolgt nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen des zum Zeitpunkt der Überprüfung gültigen Tarifs für Erhöhungen nach § 9 Ziffer 3 c). Bei Vertragsabschluss ist dies der Tarif für die Berufsunfähigkeitsversicherung, nach dem der Vertrag abgeschlossen wurde.

§ 32 Wann können wir bei der chancenorientierten Überschussverwendung einen von Ihnen gewählten Fonds ersetzen?

Ersetzen eines Fonds

1. Wir sind berechtigt, die Auswahl eines anderen Fonds (Ersatzfonds) für die zukünftigen Beiträge (Switchen) zu verlangen, wenn

   - der Fonds für die Anlage zukünftiger Beiträge geschlossen wird,
   - der öffentliche Vertrieb des Fonds in Deutschland eingestellt wird,
   - die mit uns bestehende Vertriebsvereinbarung mit der Kapitalverwaltungsgesellschaft durch die Kapitalverwaltungsgesellschaft beendet wird,
   - eine tägliche, uneingeschränkte Ausgabe oder Rückgabe von Fondsanteilen nicht mehr möglich ist,
   - der Fonds mit einem anderen Fonds zusammengelegt wird,
   - der Fonds aufgelöst wird,
   - die Kapitalverwaltungsgesellschaft Performance Fees einführt oder
   - die Kapitalverwaltungsgesellschaft von uns zu tragende Kosten für die Ausgabe oder Rücknahme von Fondsanteilen erhöht oder einführt.

2. Über einen aus den genannten Gründen erforderlichen Wechsel der Anlage und das aktuelle Fondsangebot werden wir Sie rechtzeitig, in der Regel mindestens 6 Wochen vorher, in Textform informieren. Sie können innerhalb einer Frist von 4 Wochen nach Erhalt der Mitteilung kostenlos die Anlage wechseln und den Ersatzfonds selbst auswählen.

3. Liegt uns kein Antrag in Textform auf Wechsel der Anlage und Wahl eines Ersatzfonds vor, sind wir nach Ablauf der Frist, spätestens jedoch zum Ereignis, das einen Fondswechsel aus den oben genannten Gründen erforderlich macht, berechtigt, einen Ersatzfonds auszuwählen, der nach unserer Einschätzung dem betroffenen Fonds am ehesten entspricht.

4. Die Wahl des Ersatzfonds und ein aus den genannten Gründen zwingend erforderlicher Wechsel der Anlage ist für Sie kostenlos.

5. Ist eine rechtzeitige Information nicht möglich, investieren wir die für den betroffenen Fonds bestimmten Überschussanteile in einen Geldmarktfonds als Ersatzfonds.
   Wenn

   - der Fonds aufgelöst wird,
   - die Kapitalverwaltungsgesellschaft von uns zu tragende Kosten für die Ausgabe oder Rücknahme von Fondsanteilen erhöht oder einführt oder
   - die Kapitalverwaltungsgesellschaft Performance Fees einführt,

   werden die Anteile dieses Fonds auf einen Geldmarktfonds übertragen. Zurzeit ist dies der UnionGeldmarktFonds.

Anhang: § 43 Sozialgesetzbuch VI vom 20.04.2007

Rente wegen Erwerbsminderung

(1) Versicherte haben bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, wenn sie

1. teilweise erwerbsgemindert sind,
2. in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben und
3. vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben.
   Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein.

(2) Versicherte haben bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn sie

1. voll erwerbsgemindert sind,
2. in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben und
3. vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben.

Voll erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Voll erwerbsgemindert sind auch

1. Versicherte nach § 1 Satz 1 Nr. 2, die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können, und
2. Versicherte, die bereits vor Erfüllung der allgemeinen Wartezeit voll erwerbsgemindert waren, in der Zeit einer nicht erfolgreichen Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt.

(3) Erwerbsgemindert ist nicht, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen.

(4) Der Zeitraum von fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung verlängert sich um folgende Zeiten, die nicht mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit belegt sind:

1. Anrechnungszeiten und Zeiten des Bezugs einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit,
2. Berücksichtigungszeiten,
3. Zeiten, die nur deshalb keine Anrechnungszeiten sind, weil durch sie eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit nicht unterbrochen ist, wenn in den letzten sechs Kalendermonaten vor Beginn dieser Zeiten wenigstens ein Pflichtbeitrag für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit oder eine Zeit nach Nummer 1 oder 2 liegt,
4. Zeiten einer schulischen Ausbildung nach Vollendung des 17. Lebensjahres bis zu sieben Jahren, gemindert um Anrechnungszeiten wegen schulischer Ausbildung.

(5) Eine Pflichtbeitragszeit von drei Jahren für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit ist nicht erforderlich, wenn die Erwerbsminderung aufgrund eines Tatbestandes eingetreten ist, durch den die allgemeine Wartezeit vorzeitig erfüllt ist.

(6) Versicherte, die bereits vor Erfüllung der allgemeinen Wartezeit voll erwerbsgemindert waren und seitdem ununterbrochen voll erwerbsgemindert sind, haben Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn sie die Wartezeit von 20 Jahren erfüllt haben.