Die Stuttgarter
Der Vorsorge-Versicherer

Inhalt Ihrer Vertragsunterlagen

Die Vertragsunterlagen bestehen aus folgenden Bestandteilen:

- **Verbraucherinformation (V91A-202507)**

- **Versicherungsbedingungen**
  - für die Berufsunfähigkeits-Versicherung mit Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit nach Tarif 91A (V91A-202507)

- **Steuermerkblatt**
  - zur Berufsunfähigkeits-Versicherung (V91A-202507)

- **Datenschutzhinweise**

Die Stuttgarter
Der Vorsorge-Versicherer

Verbraucherinformation
(V91A-202507)

Die Verbraucherinformation enthält:

- Allgemeine Informationen

- Zusätzliche Informationen zur Berufsunfähigkeits-Versicherung

Die Informationen nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in Verbindung mit § 1 und § 2 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV) sind in dieser Verbraucherinformation, im Informationsblatt zu Versicherungsprodukten, in der Werteübersicht, in den Versicherungsbedingungen und im Steuermerkblatt enthalten.

Allgemeine Informationen

Name, Anschrift, Rechtsform, Sitz und Registergericht des Versicherers
Ihr Vertragspartner ist die Stuttgarter Lebensversicherung a.G. mit Sitz in 70197 Stuttgart, Rotebühlstr. 120, Bundesrepublik Deutschland.
Die Stuttgarter Lebensversicherung a.G. besteht in der Rechtsform eines Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit (VVaG), gegründet am 28.6.1908. Sitz und Registergericht: Stuttgart HRB 222. Mit Abschluss eines Versicherungsvertrags werden Sie Mitglied dieses Versicherungsvereins. Als Vereinsmitglied gilt für Sie die Satzung, die wir Ihnen auf Wunsch gerne aushändigen.

Vertretung
Die Stuttgarter Lebensversicherung a.G. wird vertreten durch den Vorstand Dr. Guido Bader (Vorsitzender), Dr. Ulrich Mitzlaff (st. Vorsitzender), Olaf Engemann, Jesko Kannenberg, Michael Krebbers und Ralf Oestereich.

Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers
Die Stuttgarter Lebensversicherung a.G. betreibt das Lebensversicherungsgeschäft.

Einrichtung zur Sicherung der Ansprüche der Versicherten (Sicherungsfonds)
Die Stuttgarter Lebensversicherung a.G. gehört einem gesetzlichen Sicherungsfonds an, der bei der Protektor Lebensversicherungs-AG, Wilhelmstraße 43 G, 10117 Berlin, www.protektor-ag.de besteht. Aufgabe des Sicherungsfonds ist der Schutz der Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Personen, Bezugsberechtigten und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen. Bei drohender Insolvenz oder Zahlungsunfähigkeit wird die Aufsichtsbehörde die Verträge des betroffenen Versicherungsunternehmens auf den Sicherungsfonds übertragen, sofern andere Maßnahmen nicht ausreichen. Der Sicherungsfonds sorgt dann für die Weiterführung der übertragenen Verträge.

Die für das Versicherungsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarifbestimmungen
Welche Versicherungsbedingungen für Ihre Versicherung gelten, können Sie der Auflistung, die den jeweiligen Versicherungsbedingungen vorangestellt ist, entnehmen.

Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers
Die Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit unserer Leistungen finden Sie in der Werteübersicht unter dem Abschnitt Vertragsdaten und in den Allgemeinen Bedingungen unter „Welche Leistungen erbringen wir bei Berufsunfähigkeit?“, „Welche Leistungen erbringen wir bei bestimmten schweren Krankheiten und Einschränkungen?“, „Welche Leistungen erbringen wir bei Arbeitsunfähigkeit?“, „Was ist zu beachten, wenn eine Leistung wegen Berufsunfähigkeit verlangt wird?“, „Was ist zu beachten, wenn eine Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten und Einschränkungen verlangt wird?“ und „Was ist zu beachten, wenn eine Leistung wegen Arbeitsunfähigkeit verlangt wird?“. Nach zu Stande kommen des Vertrags können Sie die Angaben Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Gesamtpreis (Beitrag) der Versicherung
Angaben über die Beitragshöhe der Versicherung finden Sie in der Werteübersicht unter dem Abschnitt Vertragsdaten. Nach zu Stande kommen des Vertrags können Sie die Beitragshöhe Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise des Beitrags
Angaben zu Ihrem Beitrag hinsichtlich dessen Zahlung und der Erfüllung dieser Zahlungsverpflichtung finden Sie in den Allgemeinen Bedingungen unter „Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?“. Die Zahlungsweise Ihres Beitrags können Sie der Werteübersicht unter dem Abschnitt Vertragsdaten entnehmen. Nach zu Stande kommen des Vertrags finden Sie die Angaben zur Zahlungsweise in Ihrem Versicherungsschein.

Bei Vereinbarung von jährlicher, halbjährlicher oder vierteljährlicher Zahlungsweise ist der Beitrag umgerech-

net auf den Monat geringer als bei monatlicher Zahlungsweise.

Zu Stande kommen des Vertrags
Antragsstellung
Stellen Sie einen Antrag, sind Sie an diesen nicht gebunden. Sie können Ihre Vertragserklärung bereits ab Antragstellung widerrufen. Näheres zum Widerrufsrecht können Sie dem Abschnitt „Widerrufsrecht und -folgen“ entnehmen. Ihr Vertrag kommt zu Stande, wenn wir die Annahme Ihres Antrags, in der Regel durch Aushändigung des Versicherungsscheins, erklärt haben.

Angebotsanforderung einschließlich Gültigkeitsdauer unseres Angebots
Fordern Sie ein Angebot an (Versicherungsanfrage), erhalten Sie von uns ein Angebot. Mit dem Angebot nennen wir Ihnen auch die Frist, wie lange wir uns an das Angebot gebunden halten. Ihr Vertrag kommt zu Stande, wenn Sie das Angebot annehmen und die Annahmeerklärung bei uns eingegangen ist. Nach zu Stande kommen des Vertrags erhalten Sie den Versicherungsschein.

Angaben zum Versicherungsbeginn finden Sie in der Werteübersicht unter dem Abschnitt Vertragsdaten. Nach zu Stande kommen des Vertrags finden Sie den Versicherungsbeginn in Ihrem Versicherungsschein. Angaben zum Beginn des Versicherungsschutzes können Sie den Allgemeinen Bedingungen unter „Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?“ entnehmen.

Widerrufsrecht und -folgen
Hier finden Sie Informationen zum Widerrufsrecht und den Rechtsfolgen des Widerrufs. Die Widerrufsbelehrung erhalten Sie mit dem Versicherungsschein.

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- **der Versicherungsschein,**
- **die Vertragsbestimmungen,**
  einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- **die Widerrufsbelehrung,**
- **das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,**
- **und die weiteren in dieser Verbraucherinformation aufgeführten Informationen,**
  die nach den §§ 1 und 2 der VVG-Informationspflichtenverordnung zur Verfügung zu stellen sind

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:
Stuttgarter Lebensversicherung a.G., Rotebühlstraße 120, 70197 Stuttgart,
E-Mail: info@stuttgarter.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von

1/30 des Monatsbeitrags pro Tag bzw.
1/90 des Vierteljahresbeitrags pro Tag bzw.
1/180 des Halbjahresbeitrags pro Tag bzw.
1/360 des Jahresbeitrags pro Tag.

Den Rückkaufswert einschließlich der Überschussanteile hat der Versicherer Ihnen auszuzahlen. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des

Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind. Haben Sie Ihr Widerrufsrecht hinsichtlich des Versicherungsvertrages wirksam ausgeübt, so sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Laufzeit Ihres Vertrags
Angaben über die Laufzeit Ihres Vertrags finden Sie in der Werteübersicht unter dem Abschnitt Vertragsdaten. Nach zu Stande kommen des Vertrags können Sie die Laufzeit Ihres Vertrags Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Beendigung des Vertrags, insbesondere vertragliche Kündigungsbedingungen
Die vertraglichen Kündigungsbedingungen finden Sie in den Allgemeinen Bedingungen unter „Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen und welche Leistung erbringen wir?“.

Angabe des anwendbaren Rechts
Auf Ihren Vertrag findet sowohl bei der Vertragsanbahnung als auch nach Abschluss des Versicherungsvertrags das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Angaben über das auf Ihren Vertrag anwendbare Recht finden Sie in den Allgemeinen Bedingungen unter „Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?“.

Zuständiges Gericht
Angaben zum Gerichtsstand finden Sie in den Allgemeinen Bedingungen unter „Wo ist der Gerichtsstand?“.

Vertragssprache für Ihren Versicherungsvertrag
Die Vertragsunterlagen erhalten Sie in deutscher Sprache. Auch die Kommunikation während der Vertragslaufzeit erfolgt in deutscher Sprache.

Außergerichtliche Beschwerde- und Rechtsbehelfs-/Streitbeilegungsmöglichkeiten
Sollten Sie einmal Grund zur Beschwerde haben, bitten wir Sie, diese zunächst an uns zu richten. Den Ablauf des Beschwerdeverfahrens können Sie auf unserer Homepage www.stuttgarter.de oder in unserem **„Merkblatt Beschwerdeverfahren“**, das Sie bei uns anfordern können, nachlesen.

Es stehen Ihnen weitere außergerichtliche Beschwerde- und Rechtsbehelfs-/Streitbeilegungsmöglichkeiten zur Verfügung. Angaben hierzu finden Sie in den Allgemeinen Bedingungen unter „Welche außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfs-/Streitbeilegungsmöglichkeiten gibt es?“.

Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde
Sie können sich jedoch auch kostenlos und formlos an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) wenden. Angaben hierzu finden Sie in den Allgemeinen Bedingungen unter „Welche außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfs-/Streitbeilegungsmöglichkeiten gibt es?“.

Zusätzliche Informationen zur Berufsunfähigkeits-Versicherung

In den Beitrag einkalkulierte Kosten
Angaben über die Höhe der in den Beitrag einkalkulierten Kosten finden Sie im Informationsblatt zu Versicherungsprodukten.

Sonstige mögliche Kosten (Gebühren)
Welche Gebühren aus von Ihnen veranlassten Gründen fällig werden und wie hoch diese sind, finden Sie in den Allgemeinen Bedingungen unter „Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?“ in Verbindung mit den Gebührenbestimmungen.

Überschussermittlung und Überschussbeteiligung
Angaben zur Überschussermittlung und Überschussbeteiligung finden Sie in den Allgemeinen Bedingungen unter „Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?“.

Rückkaufswerte
Die Grundsätze für die Ermittlung der Rückkaufswerte finden Sie in den Allgemeinen Bedingungen unter „Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen und welche Leistung erbringen wir?“. Weitere Erläuterungen können Sie dem Anhang zu den Allgemeinen Bedingungen zum Abzug bei Kündigung entnehmen.

Beitragsfreie Renten
Die Grundsätze für die Ermittlung der beitragsfreien Renten und den Mindestbetrag für die Beitragsfreistellung finden Sie in den Allgemeinen Bedingungen unter „Wann können Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen und welche Auswirkungen hat dies auf unsere Leistungen?“.

Garantierte Rückkaufswerte und beitragsfreie Renten
Eine Übersicht über die Höhe der garantierten Rückkaufswerte und der garantierten beitragsfreien Renten Ihrer Versicherung finden Sie in der Werteübersicht unter dem Abschnitt Garantiewertetabelle. Nach zu Stande kommen des Vertrags finden Sie die garantierten Rückkaufswerte und die garantierten beitragsfreien Renten Ihrer Versicherung in der dem Versicherungsschein beigefügten Garantiewertetabelle.

Hinweis auf die speziellen Risiken bei einer Fondsanlage
Bei Vereinbarung der Überschussverwendung FondsPlus werden die Überschussanteile in Investmentsfonds angelegt. Bei der Anlage in Investmentfonds sind in der Vergangenheit erwirtschaftete Erträge kein Indikator für künftige Erträge. Investmentfonds, insbesondere solche, die in Aktien investieren, unterliegen erfahrungsgemäß Kursschwankungen. Sie tragen das Risiko der Wertminderung bei Kursrückgängen. Bei Anlagen, die nicht auf Euro lauten (Fremdwährungsfonds), können darüber hinaus Schwankungen der Währungskurse den Wert der Anlage beeinflussen.

Fonds und die darin enthaltenen Vermögenswerte
Angaben über die der Versicherung zu Grunde liegenden Fonds und die Art der darin enthaltenen Vermögenswerte können Sie der Werteübersicht und den Fondsbeschreibungen entnehmen, die der Werteübersicht beiliegen. Nach zu Stande kommen des Vertrags finden Sie diese Angaben in Ihrem Versicherungsschein.

Die Anlageziele und die Anlagepolitik der Investmentfonds finden Sie in den Verkaufsprospekten der Kapitalverwaltungsgesellschaften, die auch für die Einhaltung der Anlagegrundsätze und -grenzen verantwortlich zeichnen. Diese Prospekte können Sie kostenlos entweder von unserem Geschäftspartner erhalten oder bei uns anfordern.

Steuerregelung
Angaben über die bei Abschluss Ihres Versicherungsvertrags geltenden Steuerregelungen finden Sie im Steuermerkblatt.

Erläuterung des Begriffes “Berufsunfähigkeit“
Was Berufsunfähigkeit im Sinne der geltenden Versicherungsbedingungen ist, finden Sie in Ihren Allgemeinen Bedingungen unter „Was ist Berufsunfähigkeit?“. Bitte beachten Sie dabei, dass der in den Versicherungsbedingungen verwendete Begriff der Berufsunfähigkeit nicht mit dem Begriff der Berufsunfähigkeit oder der Erwerbsminderung im sozialrechtlichen Sinne oder dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeldversicherung übereinstimmt.

Erläuterung des Begriffes “Arbeitsunfähigkeit“
Was Arbeitsunfähigkeit im Sinne der geltenden Versicherungsbedingungen ist, finden Sie in Ihren Allgemeinen Bedingungen unter „Was ist Arbeitsunfähigkeit?“. Bitte beachten Sie dabei, dass der in den Versicherungsbedingungen verwendete Begriff der Arbeitsunfähigkeit nicht mit dem Begriff der Arbeitsunfähigkeit in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung übereinstimmt.

Zusatzversicherungen
Falls Sie Zusatzversicherungen eingeschlossen haben, finden Sie Informationen zum Verhältnis zwischen Zusatz- und Hauptversicherung in den Allgemeinen Bedingungen für die Zusatzversicherungen unter „Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?“.

Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung mit Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit (V91A-202507)

Es gelten die

- **Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung mit Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit**

- **Bei Vereinbarung der Überschussverwendung FondsPlus:**
  Besonderen Bedingungen zur Anlage von Überschussanteilen in Investmentfonds (FondsPlus)

- **Bei Vereinbarung des Zuwachsprogramms:**
  Besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Risikoprüfung (Zuwachsprogramm)

- **Bei Vereinbarung der garantierten Rentensteigerung:**
  Besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung mit Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit mit planmäßiger Erhöhung der Leistungen im Versicherungsfall (Garantierte Rentensteigerung)

- **Besonderen Bedingungen für Nachversicherungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung mit Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit**

- **Besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung zur Erhöhung der Leistungen (Erhöhungsoption)**

- **Besonderen Bedingungen für die Anpassung des Versicherungsschutzes an die Regelaltersgrenze für die Berufsunfähigkeits-Versicherung mit Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit (Anpassungsoption)**

Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung mit Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Inhaltsverzeichnis

Einleitung
Erläuterung der verwendeten Fachbegriffe für die Berufsunfähigkeits-Versicherung mit Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Leistungen bei Berufsunfähigkeit
§ 1 Welche Leistungen erbringen wir bei Berufsunfähigkeit?
§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit?
§ 3 Welche weiteren Regelungen gelten für die Leistungen bei Berufsunfähigkeit?

Leistungen bei bestimmten schweren Krankheiten und Einschränkungen
§ 4 Welche Leistungen erbringen wir bei bestimmen schweren Krankheiten und Einschränkungen?
§ 5 Was sind schwere Krankheiten und Einschränkungen im Sinne dieser Bedingungen?
§ 6 Welche weiteren Regelungen gelten für die Leistungen bei bestimmten schweren Krankheiten und Einschränkungen?

Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit
§ 7 Welche Leistungen erbringen wir bei Arbeitsunfähigkeit?
§ 8 Was ist Arbeitsunfähigkeit?
§ 9 Welche weiteren Regelungen gelten für die Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit?

Überbrückungshilfe
§ 10 Welche Leistungen erbringen wir als Überbrückungshilfe?

Sonstige Leistungen
§ 11 Welche Serviceleistungen erbringen wir?
§ 12 Wann erhalten Sie eine Wiedereingliederungshilfe bei Berufsunfähigkeit?
§ 13 Wann erhalten Sie eine Umorganisationshilfe?

Stundung der Beiträge
§ 14 Können die Beiträge bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht gestundet werden?

Überschussbeteiligung
§ 15 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

Beginn des Versicherungsschutzes
§ 16 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ausschlüsse
§ 17 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

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

Beitragszahlung, Überbrückung von Zahlungsschwierigkeiten
§ 19 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
§ 20 Wie können Sie Zahlungsschwierigkeiten überbrücken?
§ 21 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

Kündigung und Beitragsfreistellung
§ 22 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen und welche Leistung erbringen wir?
§ 23 Wann können Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen und welche Auswirkungen hat dies auf unsere Leistungen?

Kosten für den Versicherungsschutz
§ 24 Wie werden die Kosten Ihres Vertrags verrechnet?
§ 25 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

Mitwirkungspflichten
§ 26 Was ist zu beachten, wenn eine Leistung wegen Berufsunfähigkeit verlangt wird?
§ 27 Was ist zu beachten, wenn eine Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten und Einschränkungen verlangt wird?
§ 28 Was ist zu beachten, wenn eine Leistung wegen Arbeitsunfähigkeit verlangt wird?
§ 29 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit ab?

§ 30 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht bei bestimmten schweren Krankheiten und Einschränkungen ab?
§ 31 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht wegen Arbeitsunfähigkeit ab?
§ 32 Was gilt nach Anerkennung der Berufsunfähigkeit?
§ 33 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?

Sonstige Regelungen, Leistungsempfänger
§ 34 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?
§ 35 Wer erhält die Leistung?
§ 36 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?
§ 37 Welche weiteren Mitteilungs- und Auskunftspflichten haben Sie?

Anwendbares Recht, Gerichtsstand
§ 38 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?
§ 39 Wo ist der Gerichtsstand?

Beitragsanpassung und Änderung von Bestimmungen
§ 40 Wann kann der Beitrag angepasst und wann können Bestimmungen für Ihren Vertrag geändert werden?

Wechsel der beruflichen Tätigkeit
§ 41 Was gilt bei einem Wechsel der beruflichen Tätigkeit?

Außergerichtliche Beschwerdemöglichkeiten
§ 42 Welche außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfs-/Streitbeilegungsmöglichkeiten gibt es?

Anhänge
Erläuterungen und Hinweise zur Überschussbeteiligung
Anhang zu den Allgemeinen Bedingungen zum Abzug bei Kündigung Ihrer Versicherung
Regelungen der Rechtsfolgen der Anzeigepflichtverletzung

Erläuterung der verwendeten Fachbegriffe

Um Ihnen das Lesen der Allgemeinen und Besonderen Bedingungen zu erleichtern, erläutern wir Ihnen zunächst die wichtigsten Begriffe. Diese sind im Bedingungstext mit einem ↑ gekennzeichnet.

Diese Erläuterung ist nicht abschließend. Für den Vertragsinhalt sind nur die Versicherungsbedingungen maßgeblich.

Beitragszahlungsdauer

Beitragszahlungsdauer ist der Zeitraum, für den Beiträge zu zahlen sind.

Bewertungsreserven

Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Bewertungsreserven sorgen für Sicherheit und dienen dazu, kurzfristige Ausschläge an den Kapitalmärkten auszugleichen.

Bezugsberechtigter

Bezugsberechtigter ist die vom Versicherungsnehmer in Textform benannte Person, die die Leistung erhalten soll.

Das Bezugsrecht wird normalerweise widerruflich eingeräumt, das heißt, der Versicherungsnehmer kann die Bezugsberechtigung jederzeit widerrufen und eine andere Person einsetzen. Falls das Bezugsrecht unwiderruflich eingeräumt wird, erwirbt der unwiderruflich Bezugsberechtigte einen sofort wirksamen Rechtsanspruch auf die fällige Versicherungsleistung, der allerdings erst mit Eintritt des Versicherungsfalls realisiert werden kann. Die Gestaltungsrechte bleiben weiterhin beim Versicherungsnehmer. Sie sind nur insoweit eingeschränkt, als der Versicherungsnehmer das Recht des unwiderruflich Bezugsberechtigten nicht einseitig entziehen kann.

Deckungskapital

Das Deckungskapital bilden wir, damit wir zu jedem Zeitpunkt die Verpflichtungen aus Ihrem Versicherungsvertrag erfüllen können. Das Deckungskapital wird nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechnet.

Gesundheitsprüfung

Die Gesundheitsprüfung ist Teil der Risikoprüfung. Dabei stellen wir Fragen zur Gesundheit der versicherten Person. Auf dieser Grundlage entscheiden wir, ob und in welcher Form wir den Antrag annehmen.

Leistungsdauer

Leistungsdauer ist der Zeitraum, bis zu dessen Ablauf eine während der Versicherungsdauer anerkannte Leistung längstens erbracht wird. Das Ende der Leistungsdauer wird mit Ihnen vereinbart.

Rechnungsgrundlagen

Rechnungsgrundlagen sind die Grundlagen für die Kalkulation Ihres Vertrags. Diese sind in der Regel die Annahmen zur Entwicklung der versicherten Risiken, der Zinsen und der Kosten.
Die garantierten Leistungen werden nach versicherungsmathematischen Grundlagen kalkuliert. Wir haben unternehmenseigene Berufsunfähigkeitstafeln verwendet, die auf Tafeln der DAV basieren.

Rechnungszins

Der Rechnungszins ist der garantierte Zinssatz für die Verzinsung Ihres Deckungskapitals. Es gilt ein Rechnungszins von 1 % p. a.

Risikoprüfung

Bei einer Risikoprüfung prüfen wir zum Beispiel die Angaben der versicherten Person zum Alter, zum Beruf, zum aktuellen Gesundheitszustand, zu gefährlichen Sportarten und zur finanziellen Angemessenheit des Versicherungsschutzes. Auf dieser Grundlage entscheiden wir, ob und in welcher Form wir den Antrag annehmen.

Schriftlich/Schriftform

Schriftform bedeutet, dass eine eigenhändig unterzeichnete Erklärung erforderlich ist. Diese Erklärung ist im Original einzureichen. E-Mail oder Fax genügen dem Schriftformerfordernis nicht.

Textform

Ist Textform vorgesehen, kann die Erklärung zum Beispiel per Brief, Fax oder E-Mail abgegeben werden. Eine telefonische Übermittlung genügt nicht.

Überschussbeteiligung

Die Beiträge müssen vorsichtig kalkuliert werden. Deswegen können sich Überschüsse ergeben, an denen die Versicherungsnehmer zu wesentlichen Teilen beteiligt werden. Hinzu kommt eine Beteiligung an den Bewertungsreserven.

Verfügung

Verfügung ist eine Entscheidung oder eine sonstige Maßnahme, die eine Behörde für eine bestimmte Person zur Regelung eines konkreten Einzelfalls trifft.

Versicherte Person

Die versicherte Person ist diejenige Person, auf deren Gesundheit die Versicherung abgeschlossen wird. Die versicherte Person muss nicht notwendigerweise der Versicherungsnehmer sein.

Versicherungsdauer

Versicherungsdauer ist der Zeitraum, während dessen Versicherungsschutz besteht.

Versicherungsfall

Versicherungsfall ist das Ereignis, das die Leistungspflicht des Versicherers entstehen lässt, wenn es während der Versicherungsdauer eintritt. Bei dieser Berufsunfähigkeits-Versicherung tritt der Versicherungsfall ein, wenn die versicherte Person berufsunfähig oder arbeitsunfähig wird oder Leistungen bei bestimmten schweren Krankheiten und Einschränkungen erbracht werden.

Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung. Es erstreckt sich grundsätzlich über einen Zeitraum von zwölf Monaten. Besteht der Zeitraum vom Beginn bis zum Ablauf der Versicherung nicht ausschließlich aus ganzen Versicherungsjahren, wird das erste Versicherungsjahr so verkürzt, dass alle folgenden Versicherungsjahre zwölf Monate umfassen.

Versicherungsnehmer

Der Versicherungsnehmer ist derjenige, der die Versicherung beantragt hat. Die in den Versicherungsbedingungen festgelegten Rechte und Pflichten betreffen vorrangig den Versicherungsnehmer als unseren Vertragspartner.

Versicherungsperiode

Die Versicherungsperiode ist der Zeitraum, für den der Beitrag berechnet wird. Die Versicherungsperiode umfasst bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr bzw. ein Jahr.

Verweisung

Eine Leistungspflicht besteht nicht, wenn die versicherte Person eine gleichwertige Berufstätigkeit tatsächlich ausübt (konkrete Verweisung) oder ausüben könnte (abstrakte Verweisung). Wir verzichten auf die Möglichkeit einer abstrakten Verweisung.

Wohnsitz

Wohnsitz ist der Ort, an dem eine Person den Mittelpunkt ihrer Lebensbeziehungen hat.

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir bei Berufsunfähigkeit?

Unsere Leistungen bei Berufsunfähigkeit

(1) Wird die versicherte Person↑ während der Versicherungsdauer↑ berufsunfähig (siehe § 2), erbringen wir folgende Leistungen:

Berufsunfähigkeitsrente

a) Wir zahlen die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente monatlich im Voraus, längstens bis zum vereinbarten Ende der Leistungsdauer↑.

Beitragsbefreiung

b) Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für Ihre Versicherung, längstens bis zum vereinbarten Ende der Leistungsdauer↑.

Weltweiter Versicherungsschutz

(2) Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

Überschussbeteiligung

(3) Wir beteiligen Sie an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven (siehe § 15).

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit?

Inhalt des Paragrafen:

- Berufsunfähigkeit (allgemeine Regelungen) (Absatz (1))
- Berufsunfähigkeit bei Selbstständigen (Absatz (2) bis (4))
- Berufsunfähigkeit auf Grund eines Tätigkeitsverbots (Absatz (5) und (6))
- Berufsunfähigkeit infolge Erwerbsminderung (Absatz (7))
- Berufsunfähigkeit bei Schülern (Absatz (8) und (9))
- Berufsunfähigkeit bei Studenten und Auszubildenden (Absatz (10) und (11))
- Berufsunfähigkeit bei Hausfrauen/Hausmännern (Absatz (12))
- Berufsunfähigkeit bei Ausscheiden aus dem Berufsleben (Absatz (13))
- Berufsunfähigkeit bei Reduzierung auf eine Teilzeittätigkeit (Absatz 14))
- Konkrete Verweisung (Absatz (15) bis (19))
- Verzicht auf abstrakte Verweisung (Absatz (20))
- Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit (Absatz (21) bis (27))
- Berufsunfähigkeit auf Grund Demenz (Absatz (28))
- Berufsunfähigkeit auf Grund seelischer Erkrankungen/geistiger Behinderungen (Absatz (29))
- Vorübergehende Besserungen (Absatz (30))

Berufsunfähigkeit (allgemeine Regelungen)

(1) Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person↑ infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind,

- mindestens 6 Monate ununterbrochen außer Stande war oder

- voraussichtlich mindestens 6 Monate ununterbrochen außer Stande ist,

in ihrem zuletzt ausgeübten Beruf, so, wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, zu mindestens 50 % tätig zu sein.

Der Beginn des 6-monatigen Zeitraums gilt dabei als Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit.

Berufsunfähigkeit bei Selbstständigen

(2) Bei Selbstständigen liegt Berufsunfähigkeit dann vor, wenn zusätzlich zu den in Absatz (1) genannten Voraussetzungen, die versicherte Person↑ - auch nach wirtschaftlich angemessener zumutbarer Umorganisation - nicht mehr als Selbstständiger innerhalb ihres Betriebs tätig sein kann.

Angemessenheit der Umorganisation

(3) Eine Umorganisation ist beispielsweise regelmäßig dann wirtschaftlich angemessen und zumutbar, wenn

- der versicherten Person↑ die Stellung als Betriebsinhaber erhalten bleibt,
- erheblicher Kapitaleinsatz nicht erforderlich ist und
- damit keine erheblichen Einkommenseinbußen (siehe Absatz (17) verbunden sind.

Verzicht auf Umorganisation

(4) Wir verzichten auf die Prüfung, ob eine Umorganisation möglich ist, wenn

- der Betrieb weniger als 10 Vollzeitmitarbeiter (Teilzeitmitarbeiter werden anteilig berücksichtigt) hat oder

- die versicherte Person↑ einen Hochschulabschluss hat und in mindestens 90 % ihrer täglichen Arbeitszeit Innendiensttätigkeiten (kaufmännische Aufgaben, Planungs-, Entwicklungs- oder Beratungstätigkeiten im Büro) ausübt.

Berufsunfähigkeit auf Grund eines Tätigkeitsverbots

(5) Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn

- eine auf Rechtsvorschriften beruhende behördliche Verfügung↑ der versicherten Person↑ verbietet, wegen einer von ihrer Person ausgehenden Infektionsgefahr ihre bisherige berufliche Tätigkeit fortzuführen,
- das Tätigkeitsverbot mindestens 6 Monate ununterbrochen bestanden hat oder voraussichtlich mindestens 6 Monate ununterbrochen bestehen wird und
- die von dem Tätigkeitsverbot erfasste Tätigkeit mindestens 50 % der von der versicherten Person zuvor ausgeübten beruflichen Tätigkeiten betrifft.

Der Beginn des 6-monatigen Zeitraums gilt dabei als Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit.

(6) Berufsunfähigkeit liegt jedoch nicht vor, wenn die versicherte Person↑ für die Dauer des Verbots von ihrem Arbeitgeber mit einer anderen Tätigkeit betraut

wird oder wenn die versicherte Person eine ihrer Ausbildung und Erfahrung entsprechende Tätigkeit tatsächlich ausübt und diese Tätigkeit ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Berufsunfähigkeit infolge Erwerbsminderung

(7) Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn ein Träger der Deutschen Rentenversicherung erstmals eine unbefristete Rente wegen voller Erwerbsminderung allein aus medizinischen Gründen anerkennt und zu diesem Zeitpunkt
- die versicherte Person↑ das 55. Lebensjahr vollendet hat oder
- die versicherte Person das 50. Lebensjahr vollendet hat und seit Beginn der Versicherung mindestens 10 Jahre vergangen sind.

Berufsunfähigkeit bei Schülern

(8) Ist die versicherte Person↑ Schüler, gilt die Schulausbildung als zuletzt ausgeübter Beruf.

Definition Schulausbildung

(9) Als Schulausbildung gilt die Teilnahme am regulären Schulunterricht - ohne sonderpädagogischen Förderungsbedarf - an einer allgemeinbildenden Schule.

Dabei berücksichtigen wir den zuletzt besuchten Unterricht in seiner konkreten Ausgestaltung einschließlich der Hausaufgaben, der Bewältigung des Schulwegs sowie der Ausstattung des Schulgebäudes.

Berufsunfähigkeit bei Studenten und Auszubildenden

(10) Ist die versicherte Person↑ Student oder Auszubildender, gilt bei Studenten das Studium in seiner konkreten Ausgestaltung und bei Auszubildenden die Berufsausbildung in ihrer konkreten Ausgestaltung als zuletzt ausgeübter Beruf.

Definition Studium und Berufsausbildung

(11) Als Studium gilt ein Vollzeitstudium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule oder Fachhochschule oder vergleichbaren Ausbildungseinrichtung. Als Berufsausbildung gilt eine Ausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf.

Berufsunfähigkeit bei Hausfrauen/Hausmännern

(12) Ist die versicherte Person↑ ausschließlich als Hausfrau oder Hausmann tätig, gilt die hauswirtschaftliche Tätigkeit in ihrer konkreten Ausgestaltung als zuletzt ausgeübter Beruf. Hat die Hausfrau oder der Hausmann nach Versicherungsbeginn eine oder mehrere Berufstätigkeiten ausgeübt, werden der zuletzt ausgeübte Beruf und die damit verbundene Lebensstellung zu Grunde gelegt.

Berufsunfähigkeit bei Ausscheiden aus dem Berufsleben

(13) Scheidet die versicherte Person↑ vorübergehend oder endgültig aus dem Berufsleben aus, besteht weiterhin Versicherungsschutz. Für die Prüfung, ob Berufsunfähigkeit vorliegt, wird der beim Ausscheiden aus dem Berufsleben zuletzt ausgeübte Beruf und die Lebensstellung zum Zeitpunkt des Ausscheidens zu Grunde gelegt.

Berufsunfähigkeit bei Reduzierung auf eine Teilzeittätigkeit

(14) Reduziert die versicherte Person↑ während der Vertragslaufzeit vorübergehend die berufliche Tätigkeit als Arbeitnehmer von Vollzeit auf Teilzeit, wird für den Zeitraum der Reduzierung, maximal jedoch für 5 Jahre, für die Prüfung, ob Berufsunfähigkeit vorliegt, auf die Vollzeittätigkeit abgestellt.

Konkrete Verweisung

(15) Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn die versicherte Person↑ eine andere ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie Lebensstellung (siehe Absatz (16) bis (19)) entsprechende berufliche Tätigkeit ausübt.

Lebensstellung (allgemeine Regelung)

(16) Die Lebensstellung gilt als gewahrt, wenn die neue berufliche Tätigkeit in Einkommen, sozialem Ansehen und Wertschätzung dem zuvor ausgeübten Beruf nicht oder nicht wesentlich nachsteht. Hierbei berücksichtigen wir die Umstände des Einzelfalls und die einschlägige Rechtsprechung.

(17) Das voraussichtliche jährliche Bruttoarbeitseinkommen muss aber, um die Lebensstellung zu wahren, mindestens 80 % des durchschnittlichen jährlichen Bruttoarbeitseinkommens (bei Selbstständigen des Gewinns vor Steuern) der letzten drei Jahre im zuletzt ausgeübten Beruf, so, wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, betragen. Einkommensausfälle infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls werden nicht berücksichtigt.

Lebensstellung bei Auszubildenden

(18) Bei Auszubildenden wird bei der Prüfung nach Absatz (15) bis (17) die Lebensstellung zu Grunde gelegt, die mit dem mit der Ausbildung angestrebten Beruf verbunden ist.

Lebensstellung bei Studenten

(19) Bei Studenten, die noch nicht die Hälfte der Regelstudienzeit nach der Studienordnung absolviert haben, wird bei der Prüfung nach Absatz (15) bis (17) die Lebensstellung zugrunde gelegt, die vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung bestanden hat.

Bei Studenten, die mindestens die Hälfte der Regelstudienzeit nach der Studienordnung absolviert haben, wird bei der Prüfung nach Absatz (15) bis (17) die Lebensstellung zugrunde gelegt, die üblicherweise mit dem erfolgreichen Abschluss des Studiums erreicht wird.

Verzicht auf abstrakte Verweisung

(20) Auf die abstrakte Verweisung↑ verzichten wir.

<u>Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit</u>

(21) Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person↑ infolge Krankheit,

Körperverletzung oder Kräfteverfalls
- mindestens 6 Monate ununterbrochen so hilflos war oder

- voraussichtlich mindestens 6 Monate ununterbrochen so hilflos ist,

dass sie für mindestens eine der in Absatz (22) bis (27) genannten Verrichtungen täglich die Hilfe einer anderen Person benötigt. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

Der Beginn des 6-monatigen Zeitraums gilt dabei als Zeitpunkt des Eintritts der Pflegebedürftigkeit.

Waschen

(22) Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person↑ – auch bei Benutzung geeigneter zumutbarer Hilfsmittel (z. B. Wannengriff, Wannenlift) – sich nur mit Hilfe einer anderen Person so waschen kann, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt. Das bedeutet, dass die versicherte Person beim Waschen und Abtrocknen des Intimbereichs und bei der Durchführung des Dusch- oder Wannenbades einschließlich des Waschens der Haare nur einen begrenzten Teil der Aktivitäten selbstständig durchführen kann.

An- und Auskleiden

(23) Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person↑ – auch bei Benutzung geeigneter zumutbarer Hilfsmittel (z. B. Schuhlöffel, Knöpfhilfe) – sich nur mit Hilfe einer anderen Person den Ober- und Unterkörper an- und auskleiden kann. Das Reichen der Kleidung und die Kontrolle des Sitzes der Kleidung gelten nicht als Hilfebedarf.

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken

(24) Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person↑ – auch bei Benutzung geeigneter zumutbarer Hilfsmittel (z. B. krankengerechtes Essbesteck und Trinkgefäß) – nur mit Hilfe einer anderen Person bereitstehende Getränke aufnehmen und bereitgestellte, mundgerecht zubereitete Speisen essen kann. Dies beinhaltet das Aufnehmen, zum Mund Führen, ggf. Abbeißen, Kauen und Schlucken von Speisen, die üblicherweise mit den Fingern gegessen werden.

Verrichten der Notdurft

(25) Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person↑ – auch bei Benutzung geeigneter zumutbarer Hilfsmittel (z. B. spezielle Griffe, Toilette mit Duschfunktion) – nur mit Hilfe einer anderen Person die Toilette benutzen kann, weil sie sich nach dem Stuhlgang nicht alleine säubern oder ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann. Besteht eine Inkontinenz der Blase bzw. des Darms, liegt Hilfebedarf vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person Hilfsmittel wie saugende Inkontinenzversorgung, Katheter, Stomabeutel verwenden kann.

Aufstehen und Positionswechsel

(26) Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person↑ – auch bei Benutzung geeigneter zumutbarer Hilfsmittel (z. B. Krücke, spezieller Griff) – nur mit Hilfe einer anderen Person von einer erhöhten Sitzfläche (wie Bettkante, Stuhl, Sessel, Bank, Toilette) aufstehen und sich auf einen Rollstuhl, Toilettenstuhl, Sessel oder ähnlichem umsetzen kann.

Zusätzlich kann sie sich nur selbstständig kurz in einer Sitzposition halten und nur durch Hilfsmittel oder Reichen der Hand ihre Lage im Bett verändern.

Fortbewegen

(27) Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person↑ – auch bei Benutzung geeigneter zumutbarer Hilfsmittel (z. B. Gehhilfe, Rollstuhl) – sich nur mit Hilfe einer anderen Person auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortbewegen kann und ihr das Treppensteigen nicht oder nur mit Hilfe einer anderen Person möglich ist.

Berufsunfähigkeit auf Grund Demenz

(28) Berufsunfähigkeit auf Grund Demenz, die ärztlich nachzuweisen ist, liegt vor bei mittelschweren oder schweren kognitiven Leistungseinbußen ab dem Schweregrad 5 ermittelt über die „Global Deterioration Scale“ (GDS) nach Reisberg oder ab einem vergleichbaren Schweregrad einer anderen vergleichbaren Beurteilungsskala für Demenz.

Berufsunfähigkeit auf Grund seelischer Erkrankungen/ geistiger Behinderungen

(29) Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn die versicherte Person↑ wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf.

Vorübergehende Besserungen

(30) Vorübergehende Besserungen bleiben unberücksichtigt. Eine Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach 3 Monaten noch anhält.

§ 3 Welche weiteren Regelungen gelten für die Leistungen bei Berufsunfähigkeit?

Entstehung des Anspruchs

(1) Der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente und Beitragsbefreiung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist (siehe § 2 Absatz (1), (5) und Absatz (21)). Wir erbringen unsere Leistungen rückwirkend ab diesem Zeitpunkt.

(2) Die Prüfung der Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erfolgt ausschließlich nach den in § 2 beschriebenen Voraussetzungen und den weiteren Regelungen dieser Bedingungen. Werden während oder nach dem Bezug von Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit oder von Leistungen bei bestimmten schweren Krankheiten und Einschränkungen Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt, besteht damit nicht automatisch auch ein Anspruch auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit.

Anzeige des Versicherungsfalls

(3) Für die Anzeige des Versicherungsfalls↑ besteht keine Meldefrist.

(4) Eine verzögerte Anzeige des Versicherungsfalls erschwert gegebenenfalls die Feststellung unserer Leistungspflicht.

Leistungsdauer bei Berufsunfähigkeit

(5) Die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erbringen wir, solange

- Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vorliegt,
- die vereinbarte Leistungsdauer↑ nicht abgelaufen ist und
- die versicherte Person↑ lebt.

(6) Erbringen wir Leistungen wegen Berufsunfähigkeit rückwirkend für einen bestimmten Zeitraum, werden diese mit den in diesem Zeitraum bereits erbrachten Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit oder Leistungen bei bestimmten schweren Krankheiten und Einschränkungen verrechnet.

§ 4 Welche Leistungen erbringen wir bei bestimmen schweren Krankheiten und Einschränkungen?

Unsere Leistungen bei bestimmten schweren Krankheiten und Einschränkungen

(1) Wenn die versicherte Person↑ während der Versicherungsdauer↑ an einer der in § 5 genannten schweren Krankheiten oder Einschränkungen erkrankt, erbringen wir folgende Leistungen:

Rente bei bestimmten schweren Krankheiten und Einschränkungen

a) Wir zahlen eine Rente in Höhe der Berufsunfähigkeitsrente monatlich im Voraus.

Beitragsbefreiung

b) Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für Ihre Versicherung.

(2) Die Leistungen erbringen wir für maximal 15 Monate (siehe § 6 Absatz (7)).

Weltweiter Versicherungsschutz

(3) Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

Überschussbeteiligung

(4) Wir beteiligen Sie an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven (siehe § 15).

§ 5 Was sind schwere Krankheiten und Einschränkungen im Sinne dieser Bedingungen?

Krebs

(1) Krebs im Sinne dieser Bedingungen ist ein bösartiges Zellwachstum, das durch unkontrolliertes Wachstum sowie das Eindringen in anderes Gewebe mit Metastasenbildung gekennzeichnet ist. Unter den Begriff „Krebs“ fallen auch die Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin.

(2) Voraussetzung für unsere Leistungspflicht ist, dass 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.

Schlaganfall

(3) Ein Schlaganfall liegt vor bei einer plötzlich auftretenden Schädigung des Gehirns aufgrund eines Gefäßverschlusses oder einer Gehirnblutung (Apoplex), die zu einer Lähmung mindestens einer Körperhälfte mit resultierender fehlender Muskelreaktion oder lediglich Muskelzuckungen (entsprechend Kraftgrade 0/5 bzw. 1/5 nach Janda) geführt hat.

Diese Auswirkungen des Schlaganfalls müssen

- für mindestens 6 Monate ununterbrochen bestanden haben oder
- voraussichtlich für mindestens 6 Monate ununterbrochen bestehen.

Der Beginn des 6-monatigen Zeitraums gilt dabei als Zeitpunkt des Eintritts der schweren Krankheit.

Einschränkung der Herzfunktion

(4) Eine Einschränkung der Herzfunktion liegt vor, wenn die Pumpleistung des Herzens der versicherten Person↑ durch eine Erkrankung (z. B. Herzinfarkt, Entzündung des Herzmuskels) oder eine Verletzung erheblich gemindert ist.

(5) Eine erhebliche Minderung der Pumpleistung liegt vor, wenn

- die linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner gleich 30 % oder
- das Fractional Shortening kleiner gleich 15 % ist.

(6) Diese Einschränkung der Herzfunktion muss

- für mindestens 6 Monate ununterbrochen bestanden haben oder
- voraussichtlich für mindestens 6 Monate ununterbrochen bestehen.

Der Beginn des 6-monatigen Zeitraums gilt dabei als Zeitpunkt des Eintritts der Einschränkung.

(7) Voraussetzung für unsere Leistungspflicht ist, dass die Pumpleistung des Herzens auch durch geeignete Heilmittel (z. B. Medikamente) nicht dauerhaft über das oben beschriebene Maß verbessert werden kann.

(8) Eine Verbesserung der Funktionswerte durch eine Transplantation gilt nicht als Wegfall der Einschränkung der Herzfunktion.

Einschränkung der Lungenfunktion

(9) Eine Einschränkung der Lungenfunktion liegt vor, wenn die Leistungsfähigkeit der Lunge der versicherten Person↑ erheblich eingeschränkt ist.

(10) Eine erhebliche Einschränkung liegt vor, wenn

- die versicherte Person↑ mit einer Sauerstoff-Langzeit-Therapie mit einem Umfang von mindestens 8 Stunden pro Tag behandelt wird und
- ein durch einen Lungenfacharzt gemessener Sauerstoffpartialdruck von unter 55 mmHg vorliegt.

(11) Diese Einschränkung der Lungenfunktion muss

- für mindestens 6 Monate ununterbrochen bestanden haben oder
- voraussichtlich für mindestens 6 Monate ununterbrochen bestehen.

Der Beginn des 6-monatigen Zeitraums gilt dabei als Zeitpunkt des Eintritts der Einschränkung.

(12) Eine Verbesserung der Lungenfunktion durch eine Transplantation von Lungengewebe gilt nicht als Wegfall der Einschränkung der Lungenfunktion.

Sehverlust

(13) Ein Sehverlust liegt vor, wenn das Sehvermögen der versicherten Person↑ – auch bei Verwendung geeigneter Hilfsmittel (z. B. Brille, Kontaktlinsen) – so stark eingeschränkt ist, dass auf jedem Auge nur noch ein Restsehvermögen von höchstens 5 % oder eine Einschränkung des Gesichtsfeldes in alle Richtungen auf höchstens 5 Grad Abstand vom Zentrum besteht.

Diese Einschränkung des Sehvermögen muss

- für mindestens 6 Monate ununterbrochen bestanden haben oder
- voraussichtlich für mindestens 6 Monate ununterbrochen bestehen.

Der Beginn des 6-monatigen Zeitraums gilt dabei als Zeitpunkt des Eintritts der Einschränkung.

Sprachverlust

(14) Ein Sprachverlust liegt vor, wenn die Sprechfähigkeit oder die sprachliche Ausdrucksfähigkeit der versicherten Person↑ nach abgeschlossenem Spracherwerb so weit eingeschränkt ist, dass sie – auch bei Verwendung geeigneter Hilfsmittel (z. B. Tonerzeuger, Stimmverstärker) – nicht mehr in der Lage ist mittels Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren, weil sie keine verständlichen Worte mehr formen kann.

Diese Einschränkung der Sprechfähigkeit oder der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit muss

- für mindestens 6 Monate ununterbrochen bestanden haben oder
- voraussichtlich für mindestens 6 Monate ununterbrochen bestehen.

Der Beginn des 6-monatigen Zeitraums gilt dabei als Zeitpunkt des Eintritts der Einschränkung.

(15) Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Verlust des Sprachvermögens ist, dass der Verlust aufgrund einer organischen Ursache eingetreten ist. Insbesondere leisten wir nicht bei psychogenem Sprachverlust.

Hörverlust

(16) Ein Hörverlust liegt vor, wenn bei der versicherten Person↑ – auch bei Verwendung geeigneter Hilfsmittel (z. B. Hörgerät, Cochlea-Implantat) – eine Einschränkung des Hörvermögens auf beiden Ohren besteht. Das bedeutet, dass im Frequenzbereich des gesprochenen Wortes bei 1.000 bis 3.000 Hz, mittels Tonaudiogramm (Knochenleitung) ein Hörverlust von mindestens 90 dB nachgewiesen wird.

Diese Einschränkung des Hörvermögens muss

- für mindestens 6 Monate ununterbrochen bestanden haben oder
- voraussichtlich für mindestens 6 Monate ununterbrochen bestehen.

Der Beginn des 6-monatigen Zeitraums gilt dabei als Zeitpunkt des Eintritts der Einschränkung.

Koma

(17) Koma im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person↑ sich - unter dauerndem Einsatz von lebenserhaltenden Systemen - in einem Zustand tiefer Bewusstlosigkeit ohne jegliche Reaktion auf externe Reize oder körpereigene Bedürfnisse befindet.

(18) Dieser Zustand muss

- für mindestens 6 Monate ununterbrochen bestanden haben oder
- voraussichtlich für mindestens 6 Monate ununterbrochen bestehen.

Der Beginn des 6-monatigen Zeitraums gilt dabei als Zeitpunkt des Eintritts der Einschränkung.

Querschnittslähmung

(19) Eine Querschnittslähmung im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person komplett querschnittsgelähmt ist und aufgrund dieser Querschnittslähmung dauerhaft auf einen Rollstuhl angewiesen ist.

(20) Dieser Zustand muss

- für mindestens 6 Monate ununterbrochen bestanden haben oder
- voraussichtlich für mindestens 6 Monate ununterbrochen bestehen

Der Beginn des 6-monatigen Zeitraums gilt dabei als Zeitpunkt des Eintritts der Einschränkung.

§ 6 Welche weiteren Regelungen gelten für die Leistungen bei bestimmten schweren Krankheiten und Einschränkungen?

Einmalige Geltendmachung

(1) Der Anspruch auf Leistungen bei bestimmten schweren Krankheiten und Einschränkungen kann nur einmal geltend gemacht werden.

Entstehung des Anspruchs und Rückwirkende Leistung

(2) Der Anspruch auf Rente und Beitragsbefreiung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die schwere Krankheit oder Einschränkung nach § 5 eingetreten ist. Wir erbringen unsere Leistungen rückwirkend ab diesem Zeitpunkt.

(3) Wenn wir Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erbringen, besteht kein Anspruch auf Leistungen bei bestimmten schweren Krankheiten und Einschränkungen. Ein gleichzeitiger Bezug von Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit, Leistungen bei bestimmten schweren Krankheiten und Einschränkungen und Berufsunfähigkeit ist ausgeschlossen.

(4) Wenn Sie Leistungen bei bestimmten schweren Krankheiten und Einschränkungen beantragen, stellt dies nicht gleichzeitig einen Antrag auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit dar. Diese müssen sie gesondert beantragen. Dieser Antrag kann aber bereits während der Leistungsdauer der Leistungen bei bestimmten schweren Krankheiten und Einschränkungen gestellt werden.

Anzeige des Versicherungsfalls

(5) Für die Anzeige des Versicherungsfalls↑ besteht keine Meldefrist.

(6) Eine verzögerte Anzeige des Versicherungsfalls erschwert gegebenenfalls die Feststellung unserer Leistungspflicht.

Leistungsdauer von Leistungen bei bestimmten schweren Krankheiten und Einschränkungen

(7) Die Leistungen bei bestimmten schweren Krankheiten und Einschränkungen erbringen wir solange

- die Leistungsdauer von 15 Monaten (siehe § 4 Absatz (2) noch nicht abgelaufen ist,
- wir keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erbringen,
- das Ende der Leistungsdauer↑ bei Berufsunfähigkeit nicht überschritten ist und
- die versicherte Person↑ lebt.

(8) Unsere Leistungen enden nicht, wenn sich die Gesundheit der versicherten Person↑ vor Ablauf der Leistungsdauer von 15 Monaten (siehe § 4 Absatz (2)) verbessern sollte.

(9) Erbringen wir Leistungen bei bestimmten schweren Krankheiten und Einschränkungen rückwirkend für einen bestimmten Zeitraum, werden diese mit etwaigen in diesem Zeitraum bereits erbrachten Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit verrechnet.

§ 7 Welche Leistungen erbringen wir bei Arbeitsunfähigkeit?

Unsere Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

(1) Wird die versicherte Person↑ während der Versicherungsdauer↑ arbeitsunfähig (siehe § 8), erbringen wir maximal für 24 Monate (siehe § 9 Absatz (6) und (7)) folgende Leistungen:

Arbeitsunfähigkeitsrente

a) Wir zahlen monatlich eine Rente in Höhe der Berufsunfähigkeitsrente.

Beitragsbefreiung

b) Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für Ihre Versicherung.

Weltweiter Versicherungsschutz

(2) Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

Überschussbeteiligung

(3) Wir beteiligen Sie an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven (siehe § 15).

§ 8 Was ist Arbeitsunfähigkeit?

Arbeitsunfähigkeit

(1) Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person↑ infolge Krankheit oder Körperverletzung ihre berufliche Tätigkeit vorübergehend nicht oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Krankheit oder der Körperverletzung ausüben kann und

- diese Arbeitsunfähigkeit für einen ununterbrochenen Zeitraum von mindestens 6 Monaten ärztlich bescheinigt wird (siehe § 28) oder

- diese Arbeitsunfähigkeit für einen ununterbrochenen Zeitraum von mindestens 3 Monaten ärztlich bescheinigt wird und ein Facharzt der entsprechenden Fachrichtung zusätzlich bescheinigt, dass Arbeitsunfähigkeit voraussichtlich bis zum Ende eines insgesamt mindestens 6-monatigen Zeitraums ununterbrochen fortbesteht (siehe § 28).

Der Beginn des 6-monatigen Zeitraums gilt dabei als Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit.

(2) Arbeitsversuche im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung und Rehabilitationsmaßnahmen, an denen die versicherte Person↑ teilnimmt, stellen keine Unterbrechung der Arbeitsunfähigkeit dar.

§ 9 Welche weiteren Regelungen gelten für die Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit?

Entstehung des Anspruchs

(1) Der Anspruch auf Arbeitsunfähigkeitsrente und Beitragsbefreiung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Arbeitsunfähigkeit nach § 8 eingetreten ist. Wir erbringen unsere Leistungen rückwirkend ab diesem Zeitpunkt.

Anzeige des Versicherungsfalls

(2) Für die Anzeige des Versicherungsfalls↑ besteht keine Meldefrist.

(3) Eine verzögerte Anzeige des Versicherungsfalls erschwert gegebenenfalls die Feststellung unserer Leistungspflicht.

(4) Wenn wir Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder bei bestimmten schweren Krankheiten und Einschränkungen erbringen, besteht kein Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit. Ein gleichzeitiger Bezug von Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit, Leistungen bei bestimmten schweren Krankheiten und Einschränkungen und Berufsunfähigkeit ist ausgeschlossen.

(5) Wenn Sie Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit beantragen, stellt dies nicht gleichzeitig einen Antrag auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit dar. Diese müssen Sie gesondert beantragen. Dieser Antrag kann aber bereits während der Leistungsdauer der Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit gestellt werden.

Leistungsdauer bei Arbeitsunfähigkeit

(6) Die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbringen wir, solange

- Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vorliegt,
- wir noch keine 24 Monate Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht haben,
- wir keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Leistungen bei bestimmten schweren Krankheiten und Einschränkungen erbringen,
- das Ende der Leistungsdauer↑ bei Berufsunfähigkeit nicht überschritten ist und
- die versicherte Person↑ lebt.

(7) Die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit sind auf insgesamt 24 Monate beschränkt. Wird die versicherte Person↑ während der Versicherungsdauer↑ mehrfach arbeitsunfähig, sind die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit für alle Arbeitsunfähigkeiten zusammen auf 24 Monate beschränkt.

(8) Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit werden jeweils längstens für den ununterbrochenen Zeitraum erbracht, für den ärztliche Bescheinigungen über die Arbeitsunfähigkeit vorgelegt werden.

(9) Der Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erlischt mit Ablauf des Monats, in welchem die Arbeitsunfähigkeit (siehe § 8) der versicherten Person↑ endet. Ab diesem Zeitpunkt müssen Sie auch die Beiträge wieder zahlen, sofern die Beitragszahlungsdauer↑ nicht abgelaufen ist.

(10) Erbringen wir Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Leistungen bei bestimmten schweren Krankheiten und Einschränkungen rückwirkend für einen bestimmten Zeitraum, werden diese mit den in diesem Zeitraum bereits erbrachten Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit verrechnet. Die verrechneten Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit werden nicht auf die Leistungsdauer↑ angerechnet.

§ 10 Welche Leistungen erbringen wir als Überbrückungshilfe?

Unsere Leistungen aus der Überbrückungshilfe

(1) Liegen die Voraussetzungen des Absatz (2) vor, erbringen wir für maximal 6 Monate folgende Leistungen als Überbrückungshilfe:

Rente

a) Wir zahlen eine Rente in Höhe der Berufsunfähigkeitesrente monatlich im Voraus.

Beitragsbefreiung

b) Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für Ihre Versicherung.

Voraussetzungen

(2) Folgende Voraussetzungen müssen vorliegen:

- Wenn die versicherte Person↑ bei einem privaten Krankenversicherer versichert ist:
  Der Krankenversicherer hat ein Krankentagegeld gezahlt und die Zahlungen eingestellt, da die versicherte Person aus medizinischen Gründen berufsunfähig nach den Bedingungen des Krankenversicherers ist.
- Wenn die versicherte Person bei einem gesetzlichen Krankenversicherer versichert ist:
  Der Krankenversicherer hat ein Krankengeld gezahlt und die Zahlungen eingestellt, da die versicherte Person allein aus medizinischen Gründen eine Rente wegen voller Erwerbsminderung von der gesetzlichen Rentenversicherung erhält.
- Wir haben die entsprechende Mitteilung des Krankenversicherers erhalten.
- Sie haben Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt.

Entstehung des Anspruchs

(3) Wir zahlen die Überbrückungshilfe mit Beginn des Monats, zu dem die Voraussetzungen des Absatz (2) vorliegen.

Weitere Regelungen

(4) Wenn wir Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit oder bei bestimmten schweren Krankheiten und Einschränkungen erbringen, besteht kein Anspruch auf Leistungen aus der Überbrückungshilfe. Ein gleichzeitiger Bezug von Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit oder bei bestimmten schwe-

ren Krankheiten und Einschränkungen und Leistungen aus der Überbrückungshilfe ist ausgeschlossen.

Leistungsdauer der Überbrückungshilfe

(5) Die Leistungen zur Überbrückungshilfe erbringen wir bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit, jedoch für maximal 6 Monate und nur solange

- wir keine Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit oder Leistungen bei bestimmten schweren Krankheiten und Einschränkungen erbringen,
- das Ende der Leistungsdauer↑ der Berufsunfähigkeit nicht überschritten ist und
- die versicherte Person↑ noch lebt.

Wenn keine Berufsunfähigkeit vorliegt, verlangen wir die als Überbrückungshilfe erbrachten Leistungen nicht zurück.

(6) Erbringen wir Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit oder bei bestimmten schweren Krankheiten und Einschränkungen rückwirkend, werden diese mit den in diesem Zeitraum bereits erbrachten Leistungen aus der Überbrückungshilfe verrechnet.

(7) Der Anspruch auf Überbrückungshilfe kann nur einmalig geltend gemacht werden.

§ 11 Welche Serviceleistungen erbringen wir?

(1) Wir unterstützen und beraten Sie bzw. die versicherte Person↑ auf Wunsch kostenfrei während der gesamten Versicherungsdauer↑, beispielsweise bei folgenden Fragen:

- Welche Leistungen umfasst Ihr Versicherungsschutz?
- Welchen Umfang haben die Versicherungsleistungen?
- Welche Bedingungen müssen erfüllt sein, um Leistungen zu erhalten?
- Was muss bei der Beantragung der Versicherungsleistungen beachtet werden?
- Wie läuft das Verfahren zur Leistungsprüfung ab?
- Welche Unterlagen müssen uns zum Nachweis einer Berufsunfähigkeit eingereicht werden?
- Wie können der zuletzt ausgeübte Beruf der versicherten Person und die auf Grund der Berufsunfähigkeit eingetretenen Veränderungen beschrieben werden?
- Welche Möglichkeiten bestehen im Allgemeinen zur beruflichen Wiedereingliederung?
- Wie kann bei Selbstständigen im Allgemeinen eine Umorganisation des Betriebs erfolgen?
- Welche Ansprechpartner sind geeignet, um medizinische und berufliche Rehabilitationsmaßnahmen zu ergreifen?

(2) Auf Ihren Wunsch können wir im Leistungsfall die erforderlichen Auskünfte nach § 26 Absatz (1) b), d) und g) im Rahmen eines persönlichen Gesprächs aufnehmen.

§ 12 Wann erhalten Sie eine Wiedereingliederungshilfe bei Berufsunfähigkeit?

(1) Wir zahlen eine Wiedereingliederungshilfe in Höhe der 12-fachen versicherten monatlichen Berufsunfähigkeitsrente, maximal jedoch 12.000 €.

Folgende Voraussetzungen müssen vorliegen:

- Es ist ein Anerkenntnis nach § 29 erfolgt.
- Aus dem Anerkenntnis wurden bereits Leistungen gezahlt.
- Unsere Leistungspflicht endet nach § 32, weil die versicherte Person↑ z. B. eine Umschulungsmaßnahme durch die Bundesagentur für Arbeit - oder einen anderen Träger einer solchen Maßnahme - erfolgreich abgeschlossen hat und eine andere Tätigkeit ausübt als diejenige, die dem Leistungsanerkenntnis zu Grunde lag.
- Die restliche vertraglich vereinbarte Leistungsdauer dieser Versicherung muss zum mitgeteilten Zeitpunkt der Leistungseinstellung mindestens noch 1 Jahr betragen.

(2) Wird eine Wiedereingliederungshilfe gezahlt, sind Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Versicherung aus dem gleichen medizinischen Grund, auf Grund dessen bereits Leistungen gewährt wurden, innerhalb von 12 Monaten ab dem nach § 32 Absatz (4) mitgeteilten Zeitpunkt der Leistungseinstellung, ausgeschlossen.

(3) Eine Wiedereingliederungshilfe kann während der Dauer der Versicherung mehrmals gezahlt werden.

§ 13 Wann erhalten Sie eine Umorganisationshilfe?

(1) Wir zahlen bei Selbstständigen eine einmalige Umorganisationshilfe in Höhe der 6-fachen versicherten monatlichen Berufsunfähigkeitsrente, maximal jedoch 12.000 €.

Folgende Voraussetzungen müssen vorliegen:

- Nur auf Grund der Möglichkeit einer wirtschaftlich angemessenen und zumutbaren Umorganisation nach § 2 Absatz (2) und (3) liegt keine Berufsunfähigkeit vor oder unsere Leistungen wegen Berufsunfähigkeit enden auf Grund einer Umorganisation.
- Zum Zeitpunkt der Entstehung des Anspruchs auf Umorganisationshilfe beträgt die restliche vertraglich vereinbarte Leistungsdauer↑ dieser Versicherung noch mindestens 1 Jahr.

(2) Entsteht ein Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente aus dem gleichen medizinischen Grund wie der Anspruch auf Umorganisationshilfe, verrechnen wir die Umorganisationshilfe mit den Rentenzahlungen.

Wir verzichten auf die Verrechnung, wenn die Zahlung der Umorganisationshilfe bei Eintritt der Berufsunfähigkeit bereits mehr als 6 Monate zurückliegt.

§ 14 Können die Beiträge bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht gestundet werden?

(1) Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir sind aber auf Ihren Antrag hin bereit, diese Beiträge zinslos zu stunden.

(2) Die Stundung erfolgt bis zu unserer Entscheidung über die Leistungspflicht (§ 29, § 30 und § 31) oder im Fall einer gerichtlichen Auseinandersetzung bis zur rechtskräftigen Entscheidung, höchstens jedoch für eine Dauer von 5 Jahren. Bei Ablehnung der Leistungspflicht müssen Sie die gestundeten Beiträge in einem Betrag nachzahlen.

(3) Nach Vereinbarung haben Sie zusätzlich folgende Möglichkeiten diese nachzuentrichten:

- Nachzahlung der gestundeten Beiträge innerhalb eines Zeitraumes von 24 Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten,
- Reduzierung eines eventuell vorhandenen Überschussguthabens um die gestundeten Beiträge oder

Reduzierung eines vorhandenen Deckungskapitals um die gestundeten Beiträge. Dadurch erhöhen sich die Beiträge bei gleichbleibenden garantierten Leistungen. Alternativ können Sie verlangen, dass sich die garantierten Leistungen bei gleich bleibendem Beitrag reduzieren.

(4) Bei Anerkennung der Leistungspflicht zahlen wir Ihnen die zu viel entrichteten Beiträge verzinst zurück. Der Zinssatz entspricht dem für Ihre Versicherung gültigen Rechnungszins↑.

§ 15 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

(1) Wir beteiligen Sie nach § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) an den Überschüssen (Überschussbeteiligung↑). Eine Beteiligung an den Bewertungsreserven↑ erfolgt außer bei der Überschussverwendung Verzinsliche Ansammlung nicht. Die Überschüsse und Bewertungsreserven ermitteln wir nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches (HGB) und veröffentlichen sie jährlich im Geschäftsbericht.

Im Anhang „Erläuterungen und Hinweise zur Überschussbeteiligung↑“ erläutern wir Ihnen, warum Überschüsse entstehen und wie die Versicherungsnehmer↑ insgesamt an den Überschüssen beteiligt werden.

(2) Nachfolgend erläutern wir Ihnen, wie die Überschussbeteiligung↑ Ihres Vertrags erfolgt:

- Bildung von Gewinngruppen (Absatz (3))
- Regelungen und Berechnungsgrundsätze (Absatz (4) bis (9))
- Verzinsung des Ansammlungsguthabens (Absatz (10))
- Auszahlung des Überschussguthabens (Absatz (11))
- Nachreservierung (Absatz (12))
- Warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren können (Absatz (13)).

Bildung von Gewinngruppen

(3) Wir haben gleichartige Versicherungen (z. B. Rentenversicherungen) zu Gewinngruppen zusammengefasst. Gewinngruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen. Die Überschüsse verteilen wir auf die einzelnen Gewinngruppen nach einem verursachungsorientierten Verfahren und zwar in dem Maß, wie die Gewinngruppen zur Entstehung von Überschüssen beigetragen haben.

Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen derjenigen Gruppe, die in Ihrem Versicherungsschein genannt ist. Die Höhe der Überschussanteilsätze legen wir jedes Jahr fest. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Diesen können Sie bei uns anfordern.

Regelungen und Berechnungsgrundsätze

Inhalt des Abschnitts:

- Überschussbeteiligung↑ vor Eintritt des Versicherungsfalls (Absatz (4) bis (6))
- Überschussbeteiligung bei Eintritt des Versicherungsfalls (Absatz (7))
- Überschussbeteiligung nach Eintritt des Versicherungsfalls (Absatz (8))
- Kosten bei der Verwendung von Überschussanteilen (Absatz (9))

Überschussbeteiligung vor Eintritt des Versicherungsfalls

(4) Die Überschussbeteiligung↑ in der Zeit, in der kein Versicherungsfall↑ vorliegt, erfolgt in Form von laufenden Überschussanteilen. Bei der Überschussverwendung Verzinsliche Ansammlung ist zusätzlich eine Beteiligung an den Bewertungsreserven↑ vorgesehen.

Mit den laufenden Überschussanteilen werden den Verträgen regelmäßig Überschüsse zugeteilt, die die Versicherungsleistung erhöhen oder mit den fälligen Beiträgen verrechnet werden. Diese Zuteilung ist unwiderruflich. Eine spätere abweichende Festlegung der Überschussanteilsätze wirkt sich nicht auf die bereits zugeteilten Überschüsse aus.

Laufende Überschussanteile

(5) Ihre Versicherung erhält in jedem Versicherungsjahr↑ laufende Überschussanteile.

Die laufenden Überschussanteile bestehen

- bei beitragspflichtigen Versicherungen aus einem Grundüberschussanteil in Prozent des Beitrags,

- bei beitragsfrei gestellten Versicherungen aus einem Zinsüberschussanteil in Prozent des Deckungskapitals↑ am Ende des Versicherungsjahres, abgezinst mit dem Rechnungszins auf den Beginn des Versicherungsjahres.

Die laufenden Überschussanteile werden je nach ursprünglicher oder nachträglich geänderter vertraglicher Vereinbarung wie folgt verwendet:
a) Verzinsliche Ansammlung

Bei der Überschussverwendung Verzinsliche Ansammlung werden die laufenden Überschussanteile zum Ende eines jeden Versicherungsjahres zugeteilt. Die zugeteilten laufenden Überschussanteile werden verzinslich angesammelt.

Bei Tod der versicherten Person↑, vorzeitiger Vertragsbeendigung oder Ablauf der Versicherungsdauer wird das vorhandene Ansammlungsguthaben fällig.

b) FondsPlus

Bei der Überschussverwendung FondsPlus werden die laufenden Überschussanteile zum Ende eines jeden Versicherungsjahres zugeteilt. Diese laufenden Überschussanteile werden nach den für die Überschussverwendung FondsPlus gültigen Rechnungsgrundlagen in Anteileinheiten von Investmentfonds angelegt (siehe Besondere Bedingungen zur Anlage von Überschussanteilen in Investmentfonds (FondsPlus)).

c) Vorschüssige Verrechnung

Bei der Überschussverwendung Vorschüssige Verrechnung werden die laufenden Überschussanteile mit den fälligen Beiträgen des laufenden Jahres verrechnet.

Beteiligung an den Bewertungsreserven

Ermittlung der Höhe der Bewertungsreserven

(6) Die Höhe der Bewertungsreserven↑ wird laufend neu ermittelt. Die Stichtage für die Ermittlung der Bewertungsreserven werden jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens festgelegt und in unserem Geschäftsbericht veröffentlicht. Den Geschäftsbericht können Sie bei uns jederzeit anfordern. Sollten zwischen dem Bewertungsstichtag und dem Ende Ihres Vertrags unvorhergesehene Ereignisse eintreten, die sich auf die Bewertungsreserven auswirken können, sind wir berechtigt, die Höhe der Bewertungsreserven neu zu ermitteln und diese bei einer wesentlichen Änderung als Basis für die Ermittlung Ihres Anteils an den Bewertungsreserven anzusetzen. Aufsichtsrechtliche Regelungen zur Sicherstellung der dauernden Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus den Versicherungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

Die verteilungsfähigen Bewertungsreserven werden in einem bilanzorientierten Verfahren ermittelt. Die so zu den jeweiligen Terminen festgestellten Bewertungsreserven werden anteilig den anspruchsberechtigten Verträgen zugeordnet.

Ermittlung des Anteils eines Vertrags an den Bewertungsreserven

Wir beteiligen Ihren Vertrag nach einem verursachungsorientierten Verfahren an den zu verteilenden Bewertungsreserven↑. Dabei wird berücksichtigt, wie Ihr Vertrag zur Entstehung der Bewertungsreserven beigetragen hat. Der Anteil Ihres Vertrags an den zu verteilenden Bewertungsreserven ist umso höher, je länger der Vertrag besteht und je höher der Beitrag und die daraus erwirtschafteten Erträge sind.

Bei Tod der versicherten Person↑, vorzeitiger Vertragsbeendigung oder Ablauf der Versicherungsdauer wird der für diesen Zeitpunkt ermittelte Betrag zur Hälfte zugeteilt und fällig (§ 153 Absatz (3) VVG).

Überschussbeteiligung bei Eintritt des Versicherungsfalls

(7) Bei Eintritt des Versicherungsfalls↑ bleiben das vorhandene Ansammlungsguthaben bei Verzinslicher Ansammlung und das Fondsguthaben bei FondsPlus erhalten.

Diese Überschussguthaben werden spätestens mit Ablauf der Leistungsdauer↑ bei Berufsunfähigkeit fällig.

Überschussbeteiligung nach Eintritt des Versicherungsfalls

Dynamische Rente

(8) Nach Eintritt des Versicherungsfalls↑ erhält Ihre Versicherung jährlich zum Ende eines jeden Versicherungsjahres der Leistungsdauer↑ Zinsüberschussanteile in Prozent des Deckungskapitals↑ am Ende des Versicherungsjahres. Die Zinsüberschussanteile werden nach den für ihren Vertrag geltenden Rechnungsgrundlagen als Einmalbeiträge für eine beitragsfreie Zusatzrente verwendet, die zusammen mit der versicherten Rente fällig wird. Ist eine garantierte Rentensteigerung vereinbart, gilt die garantierte Rentensteigerung auch für die Zusatzrente.

Eine Reduzierung der Überschussbeteiligung↑ hat keine Auswirkung auf die Höhe der bisher erreichten Zusatzrente.

Mit dem Ende des Versicherungsfalls↑ entfällt die Zusatzrente.

Kosten bei der Verwendung von Überschussanteilen

(9) Mit der Verwendung der Überschussanteile für FondsPlus und die Dynamische Rente sind Kosten verbunden. Diese sind in den für die verschiedenen Überschussverwendungen angesetzten Rechnungsgrundlagen enthalten.

Die Höhe der Kosten können Sie dem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten unter dem Abschnitt „Prämie; Kosten“ entnehmen.

Verzinsung des Ansammlungsguthabens

(10) Das Ansammlungsguthaben wird jährlich mit dem dafür deklarierten Zinssatz verzinst. Eine garantierte Mindestverzinsung besteht nicht.

Auszahlung des Überschussguthabens

(11) Sie können mit Monatsfrist zum nächsten Monatsersten in Textform↑ verlangen, dass das vorhandene Ansammlungsguthaben bei Verzinslicher Ansammlung oder das Fondsguthaben bei FondsPlus ganz oder teilweise ausgezahlt wird.

Nachreservierung

(12) Die Berechnung der garantierten Leistungen bei Vertragsabschluss erfordert eine vorsichtige Tarifkalkulation, bei der Veränderungen der Kapitalmärkte, eine ungünstige Entwicklung der versicherten Risiken und der Kosten berücksichtigt werden müssen. Damit wir zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz und insbeson-

dere die Höhe der garantierten Leistungen gewährleisten können, bilden wir auf Basis der Rechnungsgrundlagen↑ der Beitragskalkulation ein Deckungskapital↑.

Wenn sich Umstände, die der Kalkulation zu Grunde lagen, wesentlich ändern (z. B. Erhöhung des Berufsunfähigkeitsrisikos, nicht nur vorübergehend sinkende Erträge der Kapitalanlagen am Kapitalmarkt) und dies bei Vertragsabschluss nicht vorhersehbar war und wir deswegen weitere Rückstellungen bilden müssen (Nachreservierung), kann dies dazu führen, dass wir künftig geringere laufende Überschussanteile festlegen. Die Überschussbeteiligung↑ kann auch ganz entfallen.

Warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren können

(13) Die Höhe der Überschussbeteiligung↑ hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor ist dabei die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Aber auch die Zinsentwicklung des Kapitalmarktes ist insbesondere bei laufenden Berufsunfähigkeits-, Arbeitsunfähigkeitsrenten oder Renten bei bestimmten schweren Krankheiten und Einschränkungen von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Die Überschussbeteiligung↑ kann auch ganz entfallen.

§ 16 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie den Vertrag abgeschlossen haben und wenn Sie den ersten Beitrag gezahlt haben (siehe § 19). Jedoch besteht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn kein Versicherungsschutz.

§ 17 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon auf welcher Ursache der Versicherungsfall↑ beruht. Es besteht jedoch kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsfall verursacht ist:

a) durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person↑. Verkehrsdelikte und fahrlässige Verstöße sind von diesem Ausschluss nicht betroffen;

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

c) durch folgende von der versicherten Person↑ vorgenommene Handlungen

- absichtliche Herbeiführung von Krankheit,
- absichtliche Herbeiführung von Kräfteverfall,
- absichtliche Selbstverletzung oder
- versuchte Selbsttötung.

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

d) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer↑ vorsätzlich den Versicherungsfall↑ herbeigeführt haben;

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

f) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse. Unsere Leistungen sind nicht ausgeschlossen, wenn die versicherte Person↑ während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland

- in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig oder arbeitsunfähig wird, an denen sie nicht aktiv beteiligt war oder
- als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei mit Mandat der NATO, UN oder OSZE oder einer humanitären Hilfsorganisation berufsunfähig oder arbeitsunfähig wird, während sie an deren humanitären Hilfeleistungen oder friedenssichernden oder friedenserhaltenden Maßnahmen teilgenommen hat;

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 außerhalb kriegerischer Ereignisse, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Wir leisten trotzdem, wenn es sich um ein räumlich und zeitlich begrenztes Ereignis handelt. Bei diesem Ereignis dürfen nicht mehr als 1.000 Menschen oder nicht mehr als 1 ‰ unseres gesamten Versichertenbestands betroffen sein. Betroffen bedeutet, dass Menschen unmittelbar sterben oder voraussichtlich mittelbar innerhalb der nächsten 6 Monate sterben oder dauerhaft gesundheitlich schwer beeinträchtigt sind. Wir werden innerhalb von 6 Monaten nach dem Ereignis einen unabhängigen Gutachter beauftragen. Dieser prüft, ob die Voraussetzungen für unsere Leistungen vorliegen.

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

Vorvertragliche Anzeigepflicht

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

Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertrags-

erklärung, aber vor Vertragsannahme, in Textform stellen.

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

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

Rechtsfolgen der Anzeigepflichtverletzung

(4) Wir können bei einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht unter bestimmten Voraussetzungen

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

Die Voraussetzungen sind in den als Anlage beigefügten „Regelungen der Rechtsfolgen der Anzeigepflichtverletzung“ enthalten. Diese Regelungen sind Bestandteil dieser Versicherungsbedingungen.

Prüfung einer Anzeigepflichtverletzung

(5) Wir prüfen die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht grundsätzlich, wenn eine Leistung wegen Berufsunfähigkeit beansprucht wird. Wird eine Leistung wegen Arbeitsunfähigkeit oder aus der Überbrückungshilfe beansprucht, prüfen wir zu diesem Zeitpunkt die Anzeigepflichtverletzung nur, wenn Hinweise auf eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht vorliegen.

§ 19 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Die Beiträge zu Ihrem Vertrag können Sie je nach Vereinbarung monatlich, viertel-, halbjährlich oder jährlich zahlen.

(2) Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) nach Abschluss des Versicherungsvertrags zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden jeweils zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode↑ fällig. Die Versicherungsperiode umfasst entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr bzw. ein Jahr.

(3) Sie haben den Beitrag rechtzeitig gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag (Absatz (2)) alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Wenn die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart wurde, gilt die Zahlung in folgenden Fällen als rechtzeitig:

- Der Beitrag konnte am Fälligkeitstag eingezogen werden und
- Sie haben einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen.

Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

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

(5) Bei Fälligkeit einer Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

(6) Im Todesfall haben wir Anspruch auf die Beiträge bis zum Ende des Monats, in dem der Todesfall eingetreten ist.

§ 20 Wie können Sie Zahlungsschwierigkeiten überbrücken?

Stundung der Beiträge

Die Beiträge für Ihre Versicherung können wie folgt gestundet werden:

(1) Sie können verlangen, dass die Beiträge insgesamt maximal 24 Monate - bei Inanspruchnahme der Elternzeit bis zu 36 Monate - gestundet werden, wenn seit Beginn der Versicherung mindestens 3 Jahre vergangen sind.

(2) Für eine Stundung der Beiträge ist eine schriftliche↑ Vereinbarung mit uns erforderlich. Die garantierten Leistungen bleiben unverändert.

(3) Für die Stundung fallen Stundungszinsen an. Deren Höhe richtet sich nach unserem zum Zeitpunkt des Abschlusses der Stundungsvereinbarung gültigen Zinssatz.

(4) Für den Zeitraum einer

- Arbeitslosigkeit,
- Kurzarbeit,
- Elternzeit oder
- Pflegezeit

fallen keine Stundungszinsen an.

Den Eintritt des jeweiligen Anlasses müssen Sie uns nachweisen. Sie müssen uns unverzüglich darüber informieren, wenn der jeweilige Anlass endet. Ab dem Beendigungszeitpunkt fallen wieder Stundungszinsen an.

(5) Die gestundeten Beiträge und Stundungszinsen müssen Sie dann in einem Betrag nachzahlen.

Nach Vereinbarung haben Sie zusätzlich folgende Möglichkeiten diese nachzuentrichten:

- Nachzahlung der gestundeten Beiträge und Stundungszinsen innerhalb eines Zeitraumes von 24 Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten,

- Reduzierung eines eventuell vorhandenen Überschussguthabens um die gestundeten Beiträge und Stundungszinsen oder

- Reduzierung eines vorhandenen Deckungskapitals um die gestundeten Beiträge und Stundungszinsen. Dadurch erhöhen sich die Beiträge bei gleichbleibenden

garantierten Leistungen. Alternativ können Sie verlangen, dass sich die garantierten Leistungen bei gleich bleibendem Beitrag reduzieren.

Entnahme der Beiträge aus dem Überschussguthaben

(6) Haben Sie die Überschussverwendung Verzinsliche Ansammlung (siehe § 15 Absatz (5)) oder die Überschussverwendung FondsPlus (siehe § 15 Absatz (5)) vereinbart, können Sie beantragen, dass künftig zu zahlende Beiträge aus dem Überschussguthaben entnommen werden, solange der Wert hierfür ausreicht.

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

Erster Beitrag

(1) Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen (siehe § 19 Absatz (3)), können wir - solange die Zahlung nicht bewirkt ist - vom Vertrag zurücktreten. In diesem Fall können wir von Ihnen im Rahmen gesetzlicher Schadensersatzansprüche insbesondere die Kosten der vergeblich durchgeführten ärztlichen Untersuchungen zur Gesundheitsprüfung↑ verlangen. Wir sind nicht zum Rücktritt berechtigt, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.

(2) Ist der erste Beitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles↑ noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform↑ oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie das Ausbleiben der Zahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag

Zahlungsfrist

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

Rechtsfolgen des Zahlungsverzugs des Folgebeitrags

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

(5) Nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn Sie sich noch immer mit den Beiträgen, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Sie wird dann automatisch mit Ablauf der Frist wirksam, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt noch immer mit der Zahlung in Verzug sind. Auf diese Rechtsfolge müssen wir Sie ebenfalls hinweisen.

Nachzahlungsmöglichkeit

(6) Sie können den angeforderten Betrag auch dann noch nachzahlen, wenn unsere Kündigung wirksam geworden ist. Nachzahlen können Sie nur

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

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

§ 22 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen und welche Leistung erbringen wir?

Kündigung

(1) Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode↑ (siehe § 19 Absatz (2)) in Textform↑ kündigen. Nach Eintritt des Versicherungsfalls↑ können Sie nicht mehr kündigen.

Teilweise Kündigung

(2) Sie können Ihre Versicherung auch teilweise kündigen, wenn die verbleibende beitragspflichtige Berufsunfähigkeitsrente nicht unter einen Mindestbetrag von 480 € jährlich und der Beitrag nicht unter 15 € sinkt. Ist der Vertrag beitragsfrei gestellt, darf die Berufsunfähigkeitsrente nicht unter einen Mindestbetrag von 2.400 € jährlich sinken. Bei einer teilweisen Kündigung gelten die folgenden Regelungen nur für den gekündigten Vertragsteil.

Auszahlungsbetrag

(3) Nach Kündigung zahlen wir

- den Rückkaufswert (siehe Absatz (4) und (5)), vermindert um den Abzug (siehe Absatz (6)) sowie
- die Überschussbeteiligung↑ (siehe Absatz (8)).

Beitragsrückstände werden vom Auszahlungsbetrag abgezogen.

Rückkaufswert

(4) Der Rückkaufswert ist entsprechend § 169 VVG das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen↑ der Beitragskalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode↑ berechnete Deckungskapital↑ der Versicherung.

Der Rückkaufswert ist jedoch mindestens der Betrag des Deckungskapitals, das sich bei gleichmäßiger Verteilung

der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt.

Herabsetzung des Rückkaufswerts im Ausnahmefall

(5) Wir sind entsprechend § 169 Absatz (6) VVG berechtigt, den nach Absatz (4) ermittelten Wert angemessen herabzusetzen, soweit dies erforderlich ist, um eine Gefährdung der Belange der Versicherungsnehmer↑, insbesondere durch eine Gefährdung der dauernden Erfüllbarkeit der sich aus den Versicherungsverträgen ergebenden Verpflichtungen, auszuschließen. Die Herabsetzung ist jeweils auf ein Jahr befristet.

Abzug

(6) Von dem nach Absatz (4) und (5) ermittelten Rückkaufswert erfolgt ein Abzug in Höhe von 50 % des Deckungskapitals↑, zuzüglich 100 €. Nähere Informationen zur Höhe des Abzugs können Sie der Garantiewertetabelle entnehmen.

Mit dem Abzug gleichen wir die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes aus; zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug finden Sie im Anhang zu den Versicherungsbedingungen.

Zulässigkeit des vereinbarten Abzugs

(7) Der Abzug ist zulässig, wenn seine Höhe angemessen ist. Sie können von uns verlangen, dass wir Ihnen die Angemessenheit der Höhe des Abzugs nachweisen.

Wenn Sie uns daraufhin nachweisen, dass der Abzug in Ihrem konkreten Fall geringer sein muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

Überschussbeteiligung

(8) Zusätzlich zahlen wir die Ihrem Vertrag bereits zugeteilten Überschussanteile aus, soweit sie nicht bereits mit den fälligen Beiträgen verrechnet wurden oder in dem nach den Absätzen (4) bis (6) berechneten Betrag enthalten sind. Außerdem erhöht sich der Auszahlungsbetrag ggf. um die Ihrer Versicherung nach § 15 Absatz (6) zuzuteilenden Bewertungsreserven↑.

Folgen der Kostenverrechnung

(9) In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Kosten (insbesondere Abschluss- und Vertriebskosten, aber auch übrige Kosten, siehe § 24) nur ein geringer oder gar kein Rückkaufswert vorhanden. Auch in den Folgejahren sind wegen der benötigten Kosten für die Risikoabsicherung gemessen an den gezahlten Beiträgen nur geringe oder keine Rückkaufswerte vorhanden. Nähere Informationen zum Rückkaufswert, seiner Höhe und darüber, in welchem Ausmaß er garantiert ist, können Sie der Garantiewertetabelle entnehmen.

Keine Beitragsrückzahlung

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

§ 23 Wann können Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen und welche Auswirkungen hat dies auf unsere Leistungen?

Beitragsfreistellung

(1) An Stelle einer Kündigung nach § 22 Absatz (1) können Sie zu dem dort genannten Termin in Textform↑ verlangen, ganz oder teilweise von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. Für die Bildung einer beitragsfreien Rente wird der Rückkaufswert gemäß § 22 Absatz (4) und (5) zu Grunde gelegt. Beitragsrückstände werden abgezogen.

Beitragsfreie Rente

(2) Aus dem nach Absatz (1) ermittelten Wert bilden wir nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen↑ der Beitragskalkulation für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode eine beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente, Arbeitsunfähigkeitsrente und Rente aus bestimmten schweren Krankheiten und Einschränkungen.

Vollständige Beitragsfreistellung

(3) Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht verlangt und erreicht die nach Absatz (2) zu berechnende beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente den Mindestbetrag von 2.400 € jährlich nicht, erhalten Sie den Auszahlungsbetrag nach § 22 Absatz (3) bis (8) und der Vertrag endet.

Teilweise Beitragsfreistellung

(4) Haben Sie eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht verlangt, ist dies nur wirksam, wenn die verbleibende beitragspflichtige Berufsunfähigkeitsrente einen Mindestbetrag von 480 € jährlich erreicht und der Beitrag nicht unter 15 € sinkt.

Abzug

(5) Bei Beitragsfreistellung erfolgt kein Abzug nach § 22 Absatz (6). Kündigen Sie die beitragsfrei gestellte Versicherung, wird ein Abzug nach § 22 Absatz (6) und (7) fällig.

Folgen der Kostenverrechnung

(6) In der Anfangszeit Ihrer Versicherung sind wegen der Verrechnung von Kosten (insbesondere Abschluss- und Vertriebskosten, aber auch übrige Kosten, siehe § 24) keine oder nur geringe Beträge zur Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente, Arbeitsunfähigkeitsrente und Rente aus bestimmten schweren Krankheiten und Einschränkungen vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Kosten für die Risikoabsicherung keine oder nur geringe Beträge für die Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente, Arbeitsunfähigkeitsrente und Rente aus bestimmten schweren Krankheiten und Einschränkungen zur

Verfügung. Nähere Informationen zur beitragsfreien Rente, ihrer Höhe und darüber, in welchem Ausmaß sie garantiert ist, können Sie der Garantiewertetabelle entnehmen.

Wiederinkraftsetzung

(7) Die beitragsfrei gestellte Versicherung können Sie innerhalb der ersten 3 Jahre nach dem Zeitpunkt der Beitragsfreistellung wieder in Kraft setzen, wenn der Versicherungsfall↑ noch nicht eingetreten ist. Die Wiederinkraftsetzung erfolgt ohne erneute Risikoprüfung↑, wenn seit dem Zeitpunkt der Beitragsfreistellung noch keine 6 Monate vergangen sind. Nach Ablauf der 6 Monate ist eine erneute Gesundheitsprüfung↑ erforderlich.

(8) Wenn Sie zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung bereits einen konkreten Zeitpunkt angeben, zu dem Ihre beitragsfrei gestellte Versicherung wieder in Kraft gesetzt werden soll und dieser Zeitpunkt innerhalb von 12 Monaten nach dem Zeitpunkt der Beitragsfreistellung liegt, ist für die Wiederinkraftsetzung keine erneute Risikoprüfung↑ erforderlich.

(9) Die Wiederinkraftsetzung erfolgt mit den für Ihren Vertrag geltenden Rechnungsgrundlagen↑. Nach einer Elternzeit kann die versicherte Person innerhalb von 3 Monaten nach Beendigung der Elternzeit verlangen, dass die Versicherung zu den vor der Beitragsfreistellung vereinbarten Bedingungen fortgesetzt wird.

(10) Nach Vereinbarung können Sie die nicht gezahlten Beiträge in einem Betrag oder innerhalb eines Zeitraums von 24 Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten nachzahlen. Statt dessen haben Sie die Möglichkeit höhere laufende Beiträge bis zum Ende der Beitragszahlungsdauer↑ oder für einen vereinbarten Zeitraum der ausstehenden Beitragszahlungsdauer nachzuentrichten. Alternativ können Sie beantragen, dass ein eventuell vorhandenes Überschussguthaben um die nicht gezahlten Beiträge reduziert wird oder die garantierten Leistungen entsprechend reduziert werden.

§ 24 Wie werden die Kosten Ihres Vertrags verrechnet?

(1) Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie um übrige Kosten.

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

Zu den übrigen Kosten gehören insbesondere die Verwaltungskosten.

Die Kosten sind von Ihnen zu tragen. Sie sind bei der Tarifkalkulation berücksichtigt und müssen von Ihnen daher nicht gesondert gezahlt werden.

(2) Ein Teil der Abschluss- und Vertriebskosten wird den Beiträgen der ersten 5 Jahre entnommen. Die Entnahme erfolgt in gleichbleibenden Beträgen. Ist die Beitragszahlungsdauer↑ kürzer als 5 Jahre, erfolgt die Entnahme dieser Abschluss- und Vertriebskosten in gleichbleibenden Beträgen über die gesamte Beitragszahlungsdauer.

(3) Der andere Teil der Abschluss- und Vertriebskosten wird den laufenden Beiträgen der gesamten Beitragszahlungsdauer entnommen. Die übrigen Kosten fallen während der Vertragslaufzeit an und werden aus den laufenden Beiträgen der gesamten Beitragszahlungsdauer↑ finanziert.

(4) Die Höhe der einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten und der darin enthaltenen Verwaltungskosten sind im Informationsblatt zu Versicherungsprodukten unter dem Abschnitt „Prämie; Kosten“ jeweils separat ausgewiesen.

(5) Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung keine oder nur geringe Beträge für einen Rückkaufswert (siehe § 22) oder zur Bildung der beitragsfreien Rente (siehe § 23) vorhanden sind. Nähere Informationen können Sie der Garantiewertetabelle entnehmen.

§ 25 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

(1) Falls aus von Ihnen veranlassten Gründen bei uns zusätzliche Kosten entstehen, erheben wir dafür pauschale Gebühren. Die Gebühren ziehen wir vom Wert des Vertrags ab, sobald die zusätzlichen Kosten entstanden sind. Falls uns eine Einzugsermächtigung vorliegt, können wir die Gebühren auch von dem uns angegebenen Konto einziehen.

(2) Diese Gebühren werden wir jährlich überprüfen und gegebenenfalls neu festsetzen. Die jeweils aktuellen Gebührenbestimmungen können Sie bei uns anfordern. Einzelheiten dazu entnehmen Sie bitte den im Anschluss an diese Bedingungen folgenden Gebührenbestimmungen, die Bestandteil des Vertrags sind.

(3) Wir haben uns bei der Bemessung der jeweiligen pauschalen Gebühr an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand orientiert. Die Höhe der Gebühr ist zulässig, wenn ihre Höhe angemessen ist. Sie können von uns verlangen, dass wir Ihnen die Angemessenheit der Höhe der Gebühr nachweisen.

Wenn Sie uns daraufhin nachweisen, dass die Gebühr der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern ist, wird sie entsprechend herabgesetzt.

Wenn Sie uns nachweisen, dass die bei der Bemessung zu Grunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall dem Grunde nach nicht zutreffen, entfällt die Gebühr.

§ 26 Was ist zu beachten, wenn eine Leistung wegen Berufsunfähigkeit verlangt wird?

Auskünfte und Nachweise

(1) Wird eine Leistung wegen Berufsunfähigkeit aus dem Vertrag beansprucht, müssen uns auf Kosten des Ansprucherhebenden Auskünfte, die zur Feststel-

lung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, gegeben und Nachweise vorgelegt werden:

a) Ein Zeugnis über den Tag der Geburt der versicherten Person↑;

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

c) ausführliche Berichte der Ärzte oder Angehörigen anderer Heilberufe, die die versicherte Person↑ gegenwärtig behandeln, bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit oder über das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit;

d) eine Beschreibung des zuletzt ausgeübten Berufs der versicherten Person↑, deren Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über danach eingetretene Veränderungen;

e) Angaben über Einkommen aus beruflicher Tätigkeit und deren Veränderungen vor und nach Eintritt der Berufsunfähigkeit (z. B. Einkommensteuerbescheide, betriebswirtschaftliche Unterlagen);

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

g) eine Aufstellung

- der Ärzte oder Angehörigen anderer Heilberufe, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person↑ in Behandlung war, ist oder - sofern bekannt - sein wird,
- der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger oder sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Berufsunfähigkeit geltend machen könnte,
- über den derzeitigen Arbeitgeber und frühere Arbeitgeber der versicherten Person;

h) falls eine Leistung auf Grund eines Tätigkeitsverbots nach § 2 Absatz (5) und (6) beantragt wird, zusätzlich die entsprechende behördliche Verfügung↑;

i) falls eine Leistung infolge Erwerbsminderung nach § 2 Absatz (7) beantragt wird, zusätzlich den Bescheid der Deutschen Rentenversicherung, aus dem hervorgeht, dass es sich um eine unbefristete volle Erwerbsminderungsrente aus medizinischen Gründen handelt.

Ärztliche Untersuchungen und Nachweise

(2) Wir können außerdem auf unsere Kosten weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise - auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen - verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. In diesem Fall übernehmen wir die Kosten, die im Zusammenhang mit diesen Untersuchungen entstehen. Angefallene Reise- und Unterbringungskosten übernehmen wir jedoch nur bis zu folgender Höhe:

- Reisekosten in Höhe der Kosten einer Bahnfahrt 2. Klasse bzw. falls erforderlich für die Flugkosten für die Economy Class.
- Unterbringungskosten bis zur Höhe für einen Aufenthalt in einem 4-Sterne-Hotel (oder für eine vergleichbare Hotel-Kategorie).

Wir können von Ärzten oder Angehörigen anderer Heilberufe, Krankenhäusern und sonstige Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, anderen Personenversicherern und gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden Auskunft verlangen, soweit dies zur Beurteilung des Versicherungsfalls↑ und zur Überprüfung der Angaben vor Vertragsabschluss erforderlich ist und soweit uns die versicherte Person↑ hierzu ermächtigt hat. Hat die versicherte Person die Ermächtigung bei Abgabe der Vertragserklärung erteilt, werden wir diese vor der Erhebung einer solchen Auskunft informieren. Die versicherte Person kann der Erhebung widersprechen. Die versicherte Person kann jederzeit verlangen, dass eine Erhebung von Daten nur erfolgt, wenn sie jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt hat. Es steht der versicherten Person jedoch auch frei die Ermächtigung nicht abzugeben. In einem solchen Fall sind die erforderlichen Unterlagen von dieser selbst beizubringen.

Leistungsfeststellung im Ausland

Befindet sich die versicherte Person im Ausland und sollten wir eine medizinische Untersuchung für erforderlich halten, können wir in diesem Land einen Arzt suchen und mit der Untersuchung beauftragen.

Wir können aber auch verlangen, dass die Untersuchungen in Deutschland oder in einem anderen Land mit vergleichbarem medizinischen Standard durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir alle Kosten, die im Zusammenhang mit diesen Untersuchungen entstehen (z. B. Reise- und Unterbringungskosten).

Fälligwerden der Leistungen

(3) Unsere Leistungen werden fällig, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls↑ und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind.

(4) Wenn Sie eine der genannten Pflichten nicht erfüllen, kann dies zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine Pflichtverletzung kann somit dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird.

Weitere Mitwirkungspflicht

(5) Die versicherte Person↑ ist verpflichtet, zumutbaren ärztlichen Anordnungen zur Besserung ihrer gesundheitlichen Verhältnisse Folge zu leisten.

Zumutbar sind

- orthopädische und andere Hilfsmittel (z. B. Prothesen, Seh- und Hörhilfen) und

- Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind (z. B. Physiotherapie). Nicht zumutbar sind Heilbehandlungen, die mit einem operativen Eingriff verbunden sind.

Die Heilbehandlungen und Hilfsmittel müssen geeignet sein, die Berufsunfähigkeit (§ 2) zu beseitigen.

Folgen der Verletzung der Mitwirkungspflicht

Die Folgen der Verletzung dieser Mitwirkungspflicht ergeben sich aus § 33.

Form der Leistungen und Gefahrtragung

(6) Die Leistungen erbringen wir in Form von Banküberweisungen. Bei Überweisung von Leistungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt die empfangsberechtigte Person die damit verbundene Gefahr.

§ 27 Was ist zu beachten, wenn eine Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten und Einschränkungen verlangt wird?

Auskünfte und Nachweise

(1) Wird eine Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten und Einschränkungen aus dem Vertrag verlangt, muss uns auf Kosten des Anspruchserhebenden Folgendes vorgelegt werden:

Bei Krebs

(2) Ihrem Antrag müssen Sie einen onkologischen Bericht eines Facharztes oder einen Entlassungsbericht des Krankenhauses beifügen. Der Bericht muss Folgendes enthalten:

- den Zeitpunkt der ersten Diagnose,
- histologischer oder für Leukämien zytologischer Befund
- die Art und Ausbreitung der Krebserkrankung,
- den Behandlungsplan und
- den Umfang einer durchgeführten Operation.

Bei Schlaganfall

(3) Der Nachweis des Schlaganfalls muss durch aktuelle neurologische Befunde wie ein Computertomogramm (CT), eine Kernspintomographie (MRT) oder durch ein gleichwertiges bildgebendes Verfahren erfolgen.

Bei Einschränkung der Herzfunktion / Einschränkung der Lungenfunktion

(4) Ihrem Antrag müssen Sie einen Bericht eines Kardiologens bzw. eines Pneumologens beifügen.

Bei Hör-, Sprach oder Sehverlust

(5) Ihrem Antrag müssen Sie einen Bericht eines Facharztes für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde bzw. eines Facharztes für Augenheilkunde beifügen.

Bei Koma, Querschnittslähmung

(6) Ihrem Antrag müssen Sie einen Bericht eines Facharztes beifügen.

Weitere Auskünfte und Nachweise

(7) Darüber hinaus benötigen wir,

- Ein Zeugnis über den Tag der Geburt der versicherten Person↑ und
- falls zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich, weitere Auskünfte und Nachweise.

Leistungsfeststellung im Ausland

(8) Befindet sich die versicherte Person↑ im Ausland und sollten wir eine medizinische Untersuchung für erforderlich halten, können wir in diesem Land einen Arzt suchen und mit der Untersuchung beauftragen.

Wir können aber auch verlangen, dass die Untersuchungen in Deutschland oder in einem anderen Land mit vergleichbarem medizinischen Standard durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir alle Kosten, die im Zusammenhang mit diesen Untersuchungen entstehen (z. B. Reise- und Unterbringungskosten).

Fälligwerden der Leistungen

(9) Unsere Leistungen werden fällig, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls↑ notwendig sind.

(10) Wenn Sie eine der genannten Pflichten nicht erfüllen, kann dies zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob wir leistungspflichtig sind. Eine Pflichtverletzung kann somit dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird.

Weitere Mitwirkungspflicht

(11) Die versicherte Person↑ ist verpflichtet, zumutbaren ärztlichen Anordnungen zur Besserung ihrer gesundheitlichen Verhältnisse Folge zu leisten.

Zumutbar sind dabei Maßnahmen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und die geeignet sind, die Auswirkungen der bestimmten schweren Krankheiten und Einschränkungen (§ 5) zu beseitigen. Dabei handelt es sich um Maßnahmen wie z. B. die Verwendung von Heil- und Hilfsmitteln (z. B. Verwendung von Seh- und Hörhilfen), die Durchführung von physio- oder psychotherapeutischen Maßnahmen.

Nicht zumutbar sind Maßnahmen, die mit einem operativen Eingriff verbunden sind.

Form der Leistungen und Gefahrtragung

(12) Die Leistungen erbringen wir in Form von Banküberweisungen. Bei Überweisung von Leistungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt die empfangsberechtigte Person die damit verbundene Gefahr.

§ 28 Was ist zu beachten, wenn eine Leistung wegen Arbeitsunfähigkeit verlangt wird?

(1) Wird eine Leistung wegen Arbeitsunfähigkeit aus dem Vertrag beansprucht, müssen uns auf Kosten des Ansprucherhebenden ärztliche Bescheinigungen über die Arbeitsunfähigkeit nach § 8 Absatz (1) vorgelegt werden. Die Bescheinigungen müssen Angaben zu Grund, Beginn und voraussichtlicher Dauer der Arbeitsunfähigkeit enthalten.

(2) Mindestens eine Bescheinigung innerhalb des Zeitraums nach § 8 muss von einem Facharzt der entsprechenden Fachrichtung ausgestellt sein.

(3) Wir können außerdem auf unsere Kosten ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen.

Wir können von Ärzten oder Angehörigen anderer Heilberufe, Krankenhäusern und sonstige Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, anderen Personenversicherern und gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden Auskunft verlangen, soweit dies zur Beurteilung des Versicherungsfalls↑ und zur Überprüfung der Angaben vor Vertragsabschluss erforderlich ist und soweit uns die versicherte Person hierzu ermächtigt hat. Hat die versicherte Person↑ die Ermächtigung bei Abgabe der Vertragserklärung erteilt, werden wir diese vor der Erhebung einer solchen Auskunft informieren. Die versicherte Person kann der Erhebung widersprechen. Die versicherte Person kann jederzeit verlangen, dass eine Erhebung von Daten nur erfolgt, wenn sie jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt hat. Es steht der versicherten Person jedoch auch frei die Ermächtigung nicht abzugeben. In einem solchen Fall sind die erforderlichen Unterlagen von dieser selbst beizubringen.

Leistungsfeststellung im Ausland

Befindet sich die versicherte Person im Ausland und sollten wir eine medizinische Untersuchung für erforderlich halten, können wir in diesem Land einen Arzt suchen und mit der Untersuchung beauftragen.

Wir können aber auch verlangen, dass die Untersuchungen in Deutschland oder in einem anderen Land mit vergleichbarem medizinischen Standard durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir alle Kosten, die im Zusammenhang mit diesen Untersuchungen entstehen (z. B. Reise- und Unterbringungskosten).

Fälligwerden der Leistungen

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

Form der Leistungen und Gefahrtragung

(6) Die Leistungen erbringen wir in Form von Banküberweisungen. Bei Überweisung von Leistungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt die empfangsberechtigte Person die damit verbundene Gefahr.

§ 29 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit ab?

(1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns herangezogenen Unterlagen erklären wir in Textform↑, ob, in welchem Umfang und von welchem Zeitpunkt an wir eine Leistungspflicht anerkennen.

(2) Ein Anerkenntnis für Leistungen wegen Berufsunfähigkeit sprechen wir in der Regel unbefristet aus.

(3) In begründeten Einzelfällen sprechen wir einmalig ein zeitlich befristetes Anerkenntnis für längstens 12 Monate aus. Dies ist dann der Fall, wenn einem unbefristeten Anerkenntnis wichtige Gründe entgegenstehen. Solche wichtigen Gründe können beispielsweise vorliegen, wenn aus medizinischen, beruflichen oder betrieblichen Gründen ein Ende der Berufsunfähigkeit zum Ablauf der Befristung zu erwarten ist.

Bis zum Ablauf der zeitlichen Befristung ist das Anerkenntnis für uns bindend. Das bedeutet, dass wir in dieser Zeit keine Nachprüfung nach § 32 vornehmen.

(4) Wir verpflichten uns, Ihnen innerhalb von 8 Arbeitstagen nach Eingang der von Ihnen jeweils zur Prüfung vorgelegten Unterlagen

- unsere Entscheidung über die Leistungspflicht mitzuteilen oder
- weitere Unterlagen für die Prüfung von Ihnen anzufordern oder
- Ihnen mitzuteilen, dass wir weitere Schritte (z. B. neutrales Gutachten) einleiten werden.

Während der Prüfung des Anspruchs auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit werden wir Sie regelmäßig, mindestens alle 4 Wochen, über den Sachstand informieren und fehlende Unterlagen zeitnah anfordern.

(5) Weisen Sie uns nach, dass Ihnen durch Überschreiten der in Absatz (4) genannten Frist ein Schaden entstanden ist, werden wir diesen ersetzen.

§ 30 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht bei bestimmten schweren Krankheiten und Einschränkungen ab?

(1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns herangezogenen Unterlagen erklären wir in Textform↑, ob und für welchen Zeitraum wir Leistungen bei bestimmten schweren Krankheiten und Einschränkungen erbringen.

(2) Wir verpflichten uns, Ihnen innerhalb von 8 Arbeitstagen nach Eingang der von Ihnen jeweils zur Prüfung vorgelegten Unterlagen

- unsere Entscheidung über die Leistungspflicht mitzuteilen oder

- weitere Unterlagen für die Prüfung von Ihnen anzufordern oder
- Ihnen mitzuteilen, dass wir weitere Schritte einleiten werden.

(3) Weisen Sie uns nach, dass Ihnen durch Überschreiten der in Absatz (2) genannten Frist ein Schaden entstanden ist, werden wir diesen ersetzen.

§ 31 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht wegen Arbeitsunfähigkeit ab?

(1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns herangezogenen Unterlagen erklären wir in Textform↑, ob und für welchen Zeitraum wir Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbringen.

(2) Wir verpflichten uns, Ihnen innerhalb von 8 Arbeitstagen nach Eingang der von Ihnen jeweils zur Prüfung vorgelegten Unterlagen

- unsere Entscheidung über die Leistungspflicht mitzuteilen oder
- weitere Unterlagen für die Prüfung von Ihnen anzufordern oder
- Ihnen mitzuteilen, dass wir weitere Schritte einleiten werden.

(3) Weisen Sie uns nach, dass Ihnen durch Überschreiten der in Absatz (2) genannten Frist ein Schaden entstanden ist, werden wir diesen ersetzen.

§ 32 Was gilt nach Anerkennung der Berufsunfähigkeit?

Nachprüfung

(1) Wenn wir unsere Leistungspflicht unbefristet anerkannt haben oder sie gerichtlich festgestellt worden ist, sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit nachzuprüfen.

Dabei können wir erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere, ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie Lebensstellung vor Eintritt der Berufsunfähigkeit entsprechende berufliche Tätigkeit (siehe § 2) ausübt, wobei neu erworbene berufliche Kenntnisse und Fähigkeiten zu berücksichtigen sind. Das voraussichtlich erzielbare jährliche Bruttoeinkommen muss, um die Lebensstellung zu wahren, mindestens 80 % des durchschnittlichen jährlichen Bruttoeinkommens der letzten drei Jahre im zuletzt ausgeübten Beruf, so, wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, betragen (siehe § 2 Absatz (2)).

(2) Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte anfordern und einmal jährlich verlangen, dass sich die versicherte Person↑ durch von uns beauftrage Ärzte umfassend untersuchen lässt. Hierbei anfallende Kosten tragen wir. Die Bestimmungen des § 26 Absatz (2) bis (6) gelten entsprechend.

Mitteilungspflicht

(3) Sie müssen uns unverzüglich mitteilen, wenn eine berufliche Tätigkeit wiederaufgenommen wird bzw. sich ändert.

Leistungsfreiheit

(4) Wir sind leistungsfrei, wenn wir feststellen, dass die Voraussetzungen der Leistungspflicht entfallen sind und wir Ihnen diese Veränderung in Textform↑ darlegen. Unsere Leistungen können wir mit Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen einstellen. Ab diesem Zeitpunkt müssen Sie auch die Beiträge wieder zahlen, sofern die Beitragszahlungsdauer↑ nicht abgelaufen ist.

§ 33 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 26 Absatz (5) bis § 32 von Ihnen, der versicherten Person↑ oder dem Ansprucherhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, leisten wir nicht. Die vorsätzliche Verletzung der Mitwirkungspflicht müssen wir nachweisen.

Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistungen in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Weisen Sie uns nach, dass die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt worden ist, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen.

Beides gilt nur, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform↑ auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

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

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

§ 34 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

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

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

§ 35 Wer erhält die Leistung?

(1) Als unser Versicherungsnehmer↑ können Sie bestimmen, wer die Leistung erhält. Gegebenenfalls bedarf es hierzu zusätzlich der Zustimmung Dritter. Wenn Sie keine Bestimmung treffen, leisten wir an die versicherte Person↑.

Bezugsberechtigung

(2) Sie können uns widerruflich oder unwiderruflich eine andere Person benennen, die die Leistung erhalten soll (Bezugsberechtigter↑).

Als Bezugsberechtigte können ausschließlich folgende Angehörige der versicherten Personen benannt werden:

- Eltern, Großeltern, Stiefeltern, Pflegeeltern
- In gültiger Ehe lebende Ehegatte, in gültiger Lebenspartnerschaft eingetragener Lebenspartner, eheähnliche oder partnerschaftsähnliche Gemeinschaft
- Geschwister,
- Kinder, Adoptivkinder, Pflegekinder, Kinder des Ehegatten/Lebenspartners, Adoptivkinder des Ehegatten/Lebenspartners, Pflegekinder des Ehegatten/Lebenspartners, Enkelkinder
- Kinder der Geschwister, Geschwister der Eltern

Widerrufliches Bezugsrecht

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

Unwiderrufliches Bezugsrecht

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

Abtretung und Verpfändung

(3) Ansprüche auf Rentenleistungen aus Ihrer Versicherung können Sie nicht abtreten oder verpfänden. Soweit darüber hinaus eine Abtretung oder Verpfändung rechtlich möglich ist, gelten die Ausführungen in Absatz (4).

Anzeige

(4) Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts (Absatz (2)) sowie die Abtretung und die Verpfändung (Absatz (3)) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform↑ angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie als unser Versicherungsnehmer↑. Es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits zuvor Verfügungen (z. B. unwiderrufliche Bezugsberechtigung, Abtretung, Verpfändung) getroffen haben.

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

(1) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen. Wir sind berechtigt, eine an Sie zu richtende Erklärung (z. B. Setzen einer Zahlungsfrist) mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift zu senden. In diesem Fall gilt unsere Erklärung 3 Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefs als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung für Ihren Gewerbebetrieb abgeschlossen und Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung verlegt haben.

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

(3) Sollten Sie Ihren Wohnsitz↑ von der Bundesrepublik Deutschland in einen anderen Staat verlegen, müssen Sie uns dies unverzüglich mitteilen. Auch jede weitere Wohnsitzverlegung in ein anderes Land müssen Sie uns mitteilen.

(4) Entsteht durch Ihre steuerliche Ansässigkeit im Ausland für uns eine Steuerabführungsverpflichtung für eine Steuer, deren Steuerschuldner Sie sind (z. B. Steuer auf Versicherungsbeiträge), sind wir berechtigt, diese von uns abgeführten Beträge von Ihnen zurückzufordern und die zukünftigen Versicherungsbeiträge anzupassen.

§ 37 Welche weiteren Mitteilungs- und Auskunftspflichten haben Sie?

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

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

unverzüglich zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.

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

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

maßgebend sein können.

Dazu zählen die Staatsangehörigkeit, die deutsche oder ausländische(n) Steueridentifikationsnummer(n), das Geburtsdatum, der Geburtsort und der Wohnsitz↑.

(3) Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, gilt Folgendes: Bei einer entsprechenden gesetzlichen Verpflichtung melden wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden. Dies gilt auch dann, wenn gegebenenfalls keine steuerliche Ansässigkeit im Ausland besteht.

(4) Eine Verletzung Ihrer Auskunftspflichten gemäß den Absätzen (1) und (2) kann dazu führen, dass wir unsere Leistung nicht zahlen. Dies gilt solange, bis Sie uns die für die Erfüllung unserer ge-

setzlichen Pflichten notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt haben.

§ 38 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 39 Wo ist der Gerichtsstand?

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk unser Sitz liegt. Zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz↑ haben. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

(2) Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz↑ zuständig ist. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

(3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz↑, Ihren Sitz, Ihre Niederlassung oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts in das Ausland, sind für Klagen aus dem Vertrag die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

§ 40 Wann kann der Beitrag angepasst und wann können Bestimmungen für Ihren Vertrag geändert werden?

Beitragsänderung

(1) Unter bestimmten Voraussetzungen haben wir nach § 163 VVG das Recht, bei einer nicht nur als vorübergehend abzusehenden und nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den Rechnungsgrundlagen↑ des vereinbarten Beitrags, diesen entsprechend den berichtigten Rechnungsgrundlagen neu festzusetzen. Voraussetzung ist, dass die Änderung angemessen ist und als erforderlich erscheint, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistung zu gewährleisten, und ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die sonstigen Voraussetzungen für die Änderung überprüft und bestätigt hat.

Eine Neufestsetzung des Beitrags ist insoweit ausgeschlossen, als die Versicherungsleistung zum Zeitpunkt der Erst- oder Neukalkulation unzureichend kalkuliert war und ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies insbesondere anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen hätte erkennen müssen.

Leistungsänderung

(2) Sie können verlangen, dass an Stelle einer Erhöhung des Beitrags nach Absatz (1) die Versicherungsleistung entsprechend herabgesetzt wird. Bei einer beitragsfrei gestellten Versicherung sind wir unter den Voraussetzungen des Absatz (1) zur Herabsetzung der Versicherungsleistung berechtigt.

Wirksamwerden der Änderungen

(3) Die Änderungen nach Absatz (1) und (2) werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf Ihre Benachrichtigung folgt.

Ersetzung unwirksamer Bestimmungen

(4) Unwirksame Bestimmungen können wir nach § 164 Absatz (1) VVG mit Wirkung für bestehende Verträge durch neue Regelungen ersetzen, falls die Unwirksamkeit durch eine höchstrichterliche Entscheidung oder einen bestandskräftigen Verwaltungsakt festgestellt wurde.

(5) Die Änderung muss zur Fortführung des Vertrags notwendig sein oder das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung stellt für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte dar. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer↑ angemessen berücksichtigt.

Wirksamwerden der Änderung

(6) Die neue Regelung nach Absatz (4) wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe Ihnen mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 41 Was gilt bei einem Wechsel der beruflichen Tätigkeit?

(1) Wenn Sie uns innerhalb der ersten 5 Versicherungsjahre↑ einen Wechsel der beruflichen Tätigkeit der versicherten Person↑ in Textform↑ mitteilen, prüfen wir ohne erneute Gesundheitsprüfung↑, ob der Beitrag für Ihre Versicherung günstiger wird.

(2) Ein Wechsel der beruflichen Tätigkeit liegt bei folgenden Anlässen vor:

- Wechsel der Schulform,
- Erreichen der gymnasialen Oberstufe (11. Klasse),
- Beginn einer staatlich anerkannten Berufsausbildung,
- Aufnahme eines Studiums an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule oder Fachhochschule oder vergleichbaren Ausbildungseinrichtung,
- Aufnahme eines Berufs oder
- Berufswechsel.

(3) Den Wechsel der beruflichen Tätigkeit müssen Sie uns innerhalb von 12 Monaten ab Beginn der neuen Tätigkeit mitteilen.

(4) Unter folgenden Voraussetzungen besteht zusätzlich für die daran anschließenden 5 Versicherungsjahre↑ die Möglichkeit, eine Überprüfung des Beitrags ohne erneute Gesundheitsprüfung↑ bei einem Wechsel der beruflichen Tätigkeit der versicherten Person↑ zu verlangen:

- Die versicherte Person hat bei Abschluss des Vertrags das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet.
- Die versicherte Person↑ war zum Ablauf der ersten 5 Versicherungsjahre Schüler, Auszubildender oder Student und hat vor dem Wechsel der beruflichen Tätigkeit die vorausgehende Schulausbildung, Ausbildung oder ein Studium erfolgreich abgeschlossen. Dies und die Aufnahme der neuen beruflichen Tätigkeit müssen Sie uns innerhalb von 12 Monaten ab Beginn der neuen Tätigkeit nachweisen.

Wird der Beitrag für Ihre Versicherung günstiger, entfällt Ihr Recht auf weitere Überprüfungen Ihres Beitrags ohne erneute Gesundheitsprüfung↑.

(5) Die Prüfung erfolgt auf Grundlage der neuen Tätigkeit, der dann gültigen Annahmerichtlinien und der verbleibenden Versicherungs- und Leistungsdauer↑.

(6) Wird der Beitrag für Ihre Versicherung günstiger, gilt dieser günstigere Beitrag ab Beginn der nächsten Versicherungsperiode↑ als vereinbart. Anderenfalls führen wir Ihre Versicherung mit unverändertem Beitrag fort.

(7) Ist dieser Vertrag im Rahmen einer Nachversicherung oder durch Ausübung der Erhöhungsoption zustande gekommen, ist für die Berechnung des Zeitraums aus Absatz (1) und (4) der Beginn des ursprünglichen Vertrags maßgebend.

(8) Nach Ablauf des Zeitraums nach Absatz (1) bzw. Absatz (4) ist bei einem Wechsel der beruflichen Tätigkeit eine erneute Gesundheitsprüfung↑ erforderlich.

§ 42 Welche außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfs-/Streitbeilegungsmöglichkeiten gibt es?

Versicherungsombudsmann

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

- Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 080632, 10006 Berlin
- E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
- Internet: www.versicherungsombudsmann.de
- Telefon: 0800 3696000 (kostenfrei aus dem deutschen Telefonnetz)
- Fax: 0800 3699000 (kostenfrei aus dem deutschen Telefonnetz)

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

Versicherungsaufsicht

(3) Sind Sie mit unserer Betreuung nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können Sie sich auch an die für uns zuständige Aufsicht wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

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

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

Rechtsweg

(5) Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

Gebührenbestimmungen
zur Berufsunfähigkeits-Versicherung

(Stand Juli 2025)

Nach § 25 können wir folgende pauschale Gebühren erheben:

- Vom Versicherungsnehmer↑ zu vertretende Rückläufer im Lastschriftverfahren: 7,50 €
- Mahnverfahren wegen Beitragsrückständen (§§ 37 und 38 VVG): 7,50 €
- Ermittlung der Anschrift des Versicherungsnehmers: 10,00 €
- Ersatz-Versicherungsschein ausstellen: 20,00 €
- Vertragsänderungen mit Nachtrag: 40,00 €

Anhang zu den Allgemeinen Bedingungen

– Erläuterungen und Hinweise zur Überschussbeteiligung –

Wie entstehen Überschüsse und Bewertungsreserven und wie werden die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit daran beteiligt?

Die Darstellung der Überschussbeteiligung für die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit gliedert sich wie folgt:

– Quellen, aus denen die Überschüsse stammen (Absatz (1))
– Verfahren (Absatz (2))
– Beteiligung an den Bewertungsreserven (Absatz (3) und (4))

Quellen, aus denen die Überschüsse stammen

(1) Die Überschüsse können aus drei verschiedenen Quellen entstehen:

– aus dem Risikoergebnis (a),
– aus den Kapitalerträgen (b) und
– aus dem übrigen Ergebnis (c).

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

Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrags an den Überschüssen ergeben sich hieraus noch nicht.

a) Risikoergebnis

Überschüsse entstehen insbesondere dann, wenn die Aufwendungen für das Berufsunfähigkeits-/Arbeitsunfähigkeits-/Erwerbsunfähigkeitsrisiko und das Risiko des Verlusts von Grundfähigkeiten niedriger sind als bei der Tarifkalkulation angenommen. In diesem Fall müssen wir weniger Berufsunfähigkeits-/Arbeitsunfähigkeits-/Erwerbsunfähigkeits-/Grundfähigkeitsrenten zahlen als ursprünglich angenommen und können daher die Versicherungsnehmer an dem entstehenden Risikoergebnis beteiligen.

An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung (§ 4 Absatz (4)) grundsätzlich zu mindestens 90 % beteiligt.

b) Kapitalerträge

Weitere Überschüsse stammen aus den Erträgen der Kapitalanlagen. Von den Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind (§ 3 Mindestzuführungsverordnung), erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in dieser Verordnung genannten Prozentsatz. In der derzeitigen Fassung der Verordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben (§ 4 Absatz (3) Mindestzuführungsverordnung). Aus diesem Betrag werden zunächst die Beträge finanziert, die für die garantierten Versicherungsleistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer.

Die Mindestzuführungsverordnung sieht jedoch vor, dass das Risikoergebnis und das übrige Ergebnis mit einem negativen Ergebnis aus den Kapitalerträgen verrechnet wird, wenn die Kapitalerträge nicht ausreichen, um die garantierten Versicherungsleistungen zu finanzieren (§ 4 Absatz (3) und (3a) Mindestzuführungsverordnung).

c) Übriges Ergebnis

Überschüsse aus dem übrigen Ergebnis können beispielsweise entstehen, wenn die Kosten niedriger sind als bei der Tarifkalkulation angenommen. Am übrigen Ergebnis werden die Versicherungsnehmer nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung (§ 4 Absatz (5)) grundsätzlich zu mindestens 50 % beteiligt.

Verfahren

(2) Die auf die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit entfallenden Überschüsse führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, aus der die festgelegten Überschüsse für die einzelnen Verträge entnommen werden.

Diese Rückstellung dient dazu, Schwankungen der Überschüsse auszugleichen. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung verwendet werden.

Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 140 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen. Dies dürfen wir, soweit die Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 140 VAG können wir im Interesse der Versicherten die Rückstellung für Beitragsrückerstattung heranziehen, um

– einen drohenden Notstand abzuwenden,
– unvorhersehbare Verluste aus den überschussberechtigten Verträgen auszugleichen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind oder
– die Deckungsrückstellung zu erhöhen, wenn die Rechnungsgrundlagen auf Grund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen.

Wenn wir die Rückstellung für Beitragsrückerstattung zum Verlustausgleich oder zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen, belasten wir die Versichertenbestände verursachungsorientiert.

Beteiligung an den Bewertungsreserven

(3) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Bewertungsreserven sorgen für Sicherheit und dienen dazu, kurzfristige Ausschläge an den Kapitalmärkten auszugleichen.

Wir beteiligen Sie nach gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften an den Bewertungsreserven. Hierzu ermitteln wir die Höhe der Bewertungsreserven laufend neu. Den so ermittelten Wert ordnen wir den Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig rechnerisch zu.

Bei einer Auszahlung aus der Verzinslichen Ansammlung wird der für diesen Zeitpunkt ermittelte Betrag zur Hälfte zugeteilt und fällig (§ 153 Absatz (3) VVG).

(4) Aufsichtsrechtliche Regelungen zur Sicherstellung der dauernden Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus den Versicherungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

Anhang zu den Allgemeinen Bedingungen zum Abzug bei Kündigung Ihrer Versicherung

- Ergänzend zu der Abzugsregelung bei Kündigung werden die dort genannten Gründe für den Abzug nachfolgend näher erläutert:

  Veränderungen der Risikolage

  Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass die Risikogemeinschaft sich aus Versicherungsnehmern mit unterschiedlich hohem Risiko zusammensetzt. Da Personen mit einem geringen Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko (Risikogegenauslese), wird in Form eines kalkulatorischen Ausgleichs sichergestellt, dass der Risikogemeinschaft durch die vorzeitige Vertragskündigung kein Nachteil entsteht.

  Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital

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

Für Verträge mit laufender Beitragszahlung↑ gilt zusätzlich:

- Im Falle der Beitragsfreistellung wird kein Abzug nach § 169 VVG vorgenommen. Bei Kündigung eines beitragsfrei gestellten Vertrags fällt dagegen ein Abzug nach § 169 VVG an.

Anhang zu den Allgemeinen Bedingungen

– Regelungen der Rechtsfolgen der Anzeigepflichtverletzung –

Wir können bei einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht unter bestimmten Voraussetzungen

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

Rücktritt

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

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

Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der

– weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls
– noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich

war.

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

(3) Wenn der Vertrag durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir den Rückkaufswert gemäß § 22 Absatz (4) und (5) Allgemeine Bedingungen; die Regelung des § 22 Absatz (6) Allgemeine Bedingungen gilt nicht. Die Rückzahlung der Beiträge oder des Einmalbeitrags können Sie nicht verlangen.

Kündigung

(4) Wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgt ist, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Bei unverschuldeter Verletzung der Anzeigepflicht verzichten wir auf unser Recht der Kündigung.

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

(6) Wenn wir den Vertrag kündigen,

– wandelt er sich bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung in einen beitragsfreien Vertrag nach Maßgabe des §23 Allgemeine Bedingungen um.

– wird bei Versicherungen mit Einmalbeitrag der Auszahlungsbetrag gemäß § 22 Absatz (3) Allgemeine Bedingungen fällig.

Vertragsänderung

(7) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten (Absatz (1) Satz 3 und Absatz (5)), werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Sehen die anderen Bedingungen einen Risikoausschluss vor, kann der Versicherungsschutz auch rückwirkend entfallen. Bei unverschuldeter Verletzung der Anzeigepflicht verzichten wir auf unser Recht der Vertragsänderung.

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

– wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 % erhöhen oder
– wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

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

Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

(9) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

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

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

(12) Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

(13) Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrags durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Absatz (3) gilt entsprechend.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung des Vertrags

(14) Die Absätze (1) bis (13) gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert oder wiederhergestellt wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung vorgenommen wird. Die Fristen nach Absatz (12) beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung des Vertrages bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

Erklärungsempfänger

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

Bei Vereinbarung der Überschussverwendung FondsPlus gelten die nachfolgenden Besonderen Bedingungen:

Besondere Bedingungen zur Anlage von Überschussanteilen in Investmentfonds (FondsPlus)

Inhaltsverzeichnis

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?
§ 2 Welcher Stichtag wird für die Ermittlung des Fondsguthabens zu Grunde gelegt?
§ 3 Wie verwenden wir Ihre laufenden Überschussanteile?
§ 4 Was schreiben wir Ihrem Fondsguthaben gut und was entnehmen wir Ihrem Fondsguthaben?
§ 5 Wie können Sie die Guthabenaufteilung und die Zuführungsaufteilung ändern?
§ 6 Wie können Fonds aus unserem Angebot genommen werden und was passiert in diesem Fall?
§ 7 Welche Folgen hat die Beschränkung, Aussetzung oder endgültige Einstellung der Ausgabe oder der Rücknahme von Investmentanteilen für Ihren Vertrag?
§ 8 Welche Regelungen gelten bei einer nachträglichen Umwandlung der Überschussverwendung in FondsPlus?
§ 9 Was ist zu beachten, wenn Sie die Überschussverwendung FondsPlus umwandeln wollen?
§ 10 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

(1) Die Überschussverwendung FondsPlus bietet eine unmittelbare Beteiligung an der Wertentwicklung eines oder mehrerer Sondervermögen (Investmentfonds). Die Investmentfonds bilden gesondert von unserem gebundenen Vermögen den Anlagestock.

(2) Da die künftige Überschussbeteiligung und die Wertentwicklung der von Ihnen gewählten Investmentfonds (Fondsanteile) nicht vorherzusehen sind, können wir die Höhe der Leistung bei FondsPlus nicht garantieren. Sie haben die Chance, bei Kurssteigerungen der Fondsanteile einen Wertzuwachs zu erzielen; Sie tragen aber auch das Risiko der Wertminderung bei Kursrückgängen. Bei Anlagen in Fonds, die nicht auf Euro lauten (Fremdwährungsfonds), können darüber hinaus Schwankungen der Währungskurse den Wert der Anlage beeinflussen. Die im Versicherungsschein genannte garantierte Versicherungsleistung bleibt jedoch in jedem Fall erhalten.

(3) Die Höhe der Leistung bei FondsPlus ist vom Wert der insgesamt gutgeschriebenen Fondsanteile (Fondsguthaben) abhängig. Das Fondsguthaben ergibt sich aus der Zahl der auf Ihre Versicherung entfallenden Fondsanteile. Den Euro-Wert des Fondsguthabens Ihrer Versicherung ermitteln wir dadurch, dass die Zahl der Fondsanteile mit dem jeweiligen Rücknahmepreis der Fondsanteile zum Stichtag (§ 2) multipliziert wird. Bei Fremdwährungsfonds werden die Rücknahmepreise zum jeweiligen Stichtag ebenfalls in Euro umgerechnet.

(4) Erlebt die versicherte Person↑ den im Versicherungsschein genannten Ablauftermin, zahlen wir das zum Stichtag (§ 2) ermittelte Fondsguthaben aus.

(5) Sie können vor Eintritt des Versicherungsfalls↑ mit Monatsfrist zum nächsten Monatsersten in Textform↑ verlangen, dass das Fondsguthaben ganz oder teilweise ausgezahlt wird (Stichtag siehe § 2).

(6) Im Versicherungsfall↑ kann der Anspruchsberechtigte verlangen, dass ihm das zum Stichtag (§ 2) ermittelte Fondsguthaben ausgezahlt werden soll.

(7) Stirbt die versicherte Person↑ zahlen wir die zum Zeitpunkt des Todes vorhandenen Fondsanteile, multipliziert mit dem jeweiligen Rücknahmepreis der Fondsanteile zum Stichtag (§ 2), aus.

(8) Das Fondsguthaben erbringen wir grundsätzlich in Geld. Der Anspruchsberechtigte kann stattdessen wählen, ob ihm die Fondsanteile übertragen werden sollen. Zur Ausübung dieses Wahlrechts werden wir ihn auffordern. Wenn der Anspruchsberechtigte nicht innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Aufforderung die Leistung in Fondsanteile verlangt, zahlen wir das Fondsguthaben als Geldbetrag aus. Im Todesfall muss uns der Anspruchsberechtigte seine Entscheidung unverzüglich nach Aufforderung mitteilen. Ein Fondsguthaben unter 1.000 € erbringen wir als Geldleistung.

(9) Bei einer Kündigung Ihrer Versicherung zahlen wir das zum Stichtag (§ 2) ermittelte Fondsguthaben aus. Die Auszahlung erbringen wir grundsätzlich in Geld. Der Anspruchsberechtigte kann stattdessen wählen, ob ihm die zum Stichtag (§ 2) vorhandenen Fondsanteile übertragen werden sollen. Seine Entscheidung muss er uns unverzüglich mitteilen. Ein Fondsguthaben unter 1.000 € erbringen wir als Geldleistung.

§ 2 Welcher Stichtag wird für die Ermittlung des Fondsguthabens zu Grunde gelegt?

Bei Ablauf Ihrer Versicherung

Der Tag des Vertragsablaufs. Falls dies ein börsenfreier Tag ist, der Börsentag davor.

Vor Eintritt des Versicherungsfalls

Der letzte Börsentag des Monats vor Auszahlung des Fondsguthabens nach § 1 Absatz (5).

Im Versicherungsfall

Der letzte Börsentag des Monats, in dem der Auszahlungswunsch nach § 1 Absatz (6) bei uns eingeht.

Im Todesfall

Der letzte Börsentag des Monats, in dem die Meldung des Todesfalles bei uns eingeht.

Bei Umwandlung

Der letzte Börsentag vor Wirksamwerden der Umwandlung.

Bei Änderung der Guthabenaufteilung (Shift) (siehe § 5 Absatz (1))

Der nächste Börsentag nach dem von Ihnen beantragten Termin. Ist der beantragte Termin bereits verstrichen oder nicht genannt, führen wir die Wertermittlung unverzüglich nach Eingang Ihres Antrags durch. Der Tag dieser Wertermittlung gilt als Stichtag.

Bei Kündigung Ihrer Versicherung

Der letzte Börsentag des Monats, in dem die Kündigung wirksam wird.

§ 3 Wie verwenden wir Ihre laufenden Überschussanteile?

(1) Ihre Versicherung erhält nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen laufende Überschussanteile zum Ende des Versicherungsjahres↑. Wir rechnen Ihre laufenden Überschussanteile unverzüglich in Fondsanteile der von Ihnen gewählten Investmentfonds um und führen sie dem Anlagestock zu (siehe § 1 Absatz (1)). Dabei wird der zum letzten Börsentag am Ende eines Versicherungsjahres festgestellte Rücknahmepreis der Fondsanteile zu Grunde gelegt.

(2) Die laufenden Überschussanteile werden entsprechend der von Ihnen festgelegten prozentualen Aufteilung angelegt, die nur in ganzen Prozentsätzen möglich ist. Dabei können Sie maximal 10 Fonds auswählen, wobei auf jeden Fonds mindestens 10 % entfallen müssen.

(3) Die laufenden Überschussanteile gehören, sobald sie in Fondsanteile umgerechnet und dem Anlagestock zugeführt sind, zur Gruppe UF05.

(4) Das Fondsguthaben Ihrer Versicherung ist seinerseits überschussberechtigt und erhält in jedem Versicherungsjahr↑ Grundüberschussanteile.

Jeder Grundüberschussanteil wird für jeden Fonds in Prozent des Guthabens dieses Fonds zu Beginn des Versicherungsjahres bemessen und zu Beginn des Versicherungsjahres dem Fondsguthaben entsprechend der Zuführungsaufteilung (siehe § 5 Absatz(2)) gutgeschrieben.

§ 4 Was schreiben wir Ihrem Fondsguthaben gut und was entnehmen wir Ihrem Fondsguthaben?

(1) Soweit die Erträge aus den im Anlagestock enthaltenen Vermögenswerten nicht ausgeschüttet werden, fließen sie unmittelbar dem Anlagestock zu und erhöhen damit den Wert des Anlagestocks. Erträge des Anlagestocks, die ausgeschüttet werden, und eventuelle Steuererstattungen rechnen wir in Fondsanteile um und schreiben sie den einzelnen Verträgen gut.

(2) Zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres↑ entnehmen wir die Verwaltungskosten für FondsPlus aus Ihrem Fondsguthaben entsprechend der Aufteilung auf die einzelnen Fonds. Die Höhe der Kosten können Sie dem Produktinformationsblatt entnehmen.

§ 5 Wie können Sie die Guthabenaufteilung und die Zuführungsaufteilung ändern?

Änderung der Guthabenaufteilung (Shift)

(1) Sie können jederzeit während der Dauer der Versicherung in Textform↑ verlangen, dass der Euro-Wert Ihres Fondsguthabens nach einer von Ihnen neu festzulegenden prozentualen Aufteilung in ganzen Prozentsätzen auf die Fonds verteilt wird. Sie können maximal 20 aus allen für FondsPlus zum Zeitpunkt der Änderung von uns angebotenen Investmentfonds auswählen, wobei auf jeden Fonds mindestens 5 % entfallen müssen. Die Umrechnung des Fondsguthabens erfolgt zum Stichtag (§ 2) zum Rücknahmepreis der Fondsanteile.

Änderung der Zuführungsaufteilung (Switch)

(2) Sie können jederzeit während der Dauer der Versicherung in Textform↑ verlangen, dass der Euro-Wert Ihrer laufenden Überschussanteile entsprechend § 3 Absatz (1) nach einer von Ihnen neu festzulegenden prozentualen Aufteilung in ganzen Prozentsätzen in Anteilen der Investmentfonds angelegt wird. Sie können maximal 20 aus allen für FondsPlus zum Zeitpunkt der Änderung von uns angebotenen Investmentfonds auswählen, wobei auf jeden Fonds mindestens 5 % entfallen müssen.

Gesamtanzahl der Fonds

(3) Die Gesamtanzahl der innerhalb eines Vertrags gehaltenen Fonds darf 40 nicht überschreiten.

Aktives Ablaufmanagement

(4) 5 Jahre vor Ablauf der Versicherungsdauer↑, spätestens wenn die versicherte Person↑ das rechnungsmäßige Alter↑ von 62 Jahren erreicht hat (frühestens nach 5 Jahren), machen wir Ihnen ein Angebot für ein Aktives Ablaufmanagement, mit dem Ziel, das Risiko einer Wertminderung auf Grund von Kursrückgängen durch eine Umschichtung des Fondsguthabens in risikoärmere Fonds zu verringern. Für das Aktive Ablaufmanagement, das Sie jederzeit wieder ändern und beenden können, werden keine Gebühren berechnet. Die Umschichtung erfolgt zum Rücknahmepreis der Fondsanteile.

Haben Sie das Aktive Ablaufmanagement beendet, können Sie es zu einem späteren Zeitpunkt wieder in Textform↑ beantragen.

§ 6 Wie können Fonds aus unserem Angebot genommen werden und was passiert in diesem Fall?

Änderungen Ihrer Fondsauswahl

(1) Die von Ihnen für Ihre Versicherung gewählten Fonds können durch fremde oder unsere eigene Veranlassung aus dem Angebot für Ihre Versicherung genommen werden.

Für die Herausnahme gilt Folgendes:

Fremde Veranlassung

Ein Fonds, den Sie für Ihre Versicherung gewählt haben, kann von uns auf fremde Veranlassung aus dem Angebot für Ihre Versicherung genommen werden.

Beispiele hierfür sind insbesondere:

– die Auflösung oder Schließung des Fonds durch die Kapitalverwaltungsgesellschaft,
– die Verschmelzung des Fonds mit anderen Fonds durch die Kapitalverwaltungsgesellschaft.

Eigene Veranlassung

Ein Fonds, den Sie für Ihre Versicherung gewählt haben, kann auch auf unsere Veranlassung aus sachlichem Grund aus unserem Angebot für Ihre Versicherung genommen werden. In diesen Fällen können wir den Fonds mit Zustimmung des Verantwortlichen Aktuars aus unserem Angebot entfernen.

Sachliche Gründe sind insbesondere:

– die Einstellung des Vertriebs von Investmentanteilen der Kapitalverwaltungsgesellschaft,
– die Auswahlkriterien, von denen wir die Aufnahme eines Fonds in unser Fondsangebot üblicherweise abhängig machen, werden nicht mehr erfüllt (z. B. durch eine erhebliche Verschlechterung bzw. einen Wegfall des Ratings des Fonds),
– die erhebliche Änderung von Anlagegrundsätzen eines Fonds durch die Kapitalverwaltungsgesellschaft,
– die Änderung der vereinbarten Rahmenbedingungen durch die Kapitalverwaltungsgesellschaft (z. B. nachträgliche Erhebung oder Erhöhung von Gebühren),
– eine effiziente Verwaltung des Fonds durch uns ist nicht mehr möglich (z. B. weil das Fondsguthaben aller Versicherungsnehmer in diesem Fonds weniger als 100.000 € beträgt oder weil in den letzten 6 Monaten weniger als 100 Versicherungsnehmer mit ihren Verträgen in diesen Fonds investiert waren),
– die Beendigung der Kooperation mit der Kapitalverwaltungsgesellschaft auf Veranlassung der Kapitalverwaltungsgesellschaft,
– eine Änderung von einschlägigen Gesetzen oder aufsichtsrechtlichen Anforderungen.

Folgen für Ihre Fondsauswahl

(2) Falls Sie einen Fonds ausgewählt haben, der nach Absatz (1) aus dem Angebot für Ihre Versicherung genommen wird, werden wir Sie hierüber benachrichtigen.

(3) Sie haben ab Zugang dieses Benachrichtigungsschreibens 6 Wochen Gelegenheit, als Ersatz andere Fonds aus unserem Angebot für FondsPlus zu wählen, in die das Fondsguthaben des entfallenden Fonds kostenfrei umgeschichtet werden soll und in die an Stelle des entfallenden Fonds künftig die laufenden Überschussanteile (§ 3 Absatz (1)) angelegt werden sollen. Die jeweils aktuelle Liste der Fonds, die Sie für FondsPlus wählen können, ist bei uns jederzeit kostenlos erhältlich.

Geht uns innerhalb der 6-wöchigen Frist keine entsprechende Erklärung in Textform↑ von Ihnen zu, gilt der von uns genannte, dem entfallenden Fonds am ehesten vergleichbare, als von Ihnen ausgewählt. Auf diesen Fonds werden wir Sie einschließlich der Kriterien für dessen Auswahl in unserer Benachrichtigung ausdrücklich hinweisen. Den Fondswechselstichtag werden wir Ihnen ebenfalls in unserer Benachrichtigung mitteilen. Wir werden Sie nochmals ausdrücklich darauf hinweisen, dass für den Fall, dass Sie sich nicht innerhalb der 6-wöchigen Frist für einen Fonds entscheiden, der von uns nach den vorstehenden Kriterien vorgeschlagene Fonds als gewählt gilt.

(4) Wenn wir Sie nicht rechtzeitig informieren können, dass die Ausgabe von Fondsanteilen kurzfristig beschränkt, ausgesetzt oder endgültig eingestellt worden ist, oder ein Fonds auf fremde Veranlassung aus dem Angebot genommen wird, werden wir Ihre für die Anlage vorgesehenen Beitragsteile in den von uns vorgesehenen Ersatzfonds anlegen. Sie haben dann das Recht, einen kostenlosen Fondswechsel nach § 5 durchzuführen.

§ 7 Welche Folgen hat die Beschränkung, Aussetzung oder endgültige Einstellung der Ausgabe oder der Rücknahme von Investmentanteilen für Ihren Vertrag?

Ausgabe von Investmentanteilen

(1) Wenn die Kapitalverwaltungsgesellschaft die Ausgabe von Anteilen eines in Ihrem Vertrag enthaltenen Fonds beschränkt, aussetzt oder endgültig einstellt, ist dies ein sachlicher Grund nach § 6, der uns berechtigt, diesen Fonds aus unserem Angebot zu entfernen.

Sie können während der Beschränkung, Aussetzung und bei endgültiger Einstellung der Ausgabe von Fondsanteilen eines Investmentfonds nicht verlangen, dass Ihre künftigen Beiträge in Anteilen dieses Investmentfonds angelegt werden.

Rücknahme von Investmentanteilen

(2) Wenn die Kapitalverwaltungsgesellschaft die Rücknahme von Anteilen eines in Ihrem Vertrag enthaltenen Fonds beschränkt, aussetzt oder endgültig einstellt, informieren wir Sie. Diese Beschränkung, Aussetzung oder endgültige Einstellung kann auch Auswirkungen auf die in Ihrem Vertrag vereinbarten Rechte haben.

Folgen für Leistungen und Rückkauf

(3) Bei Leistung oder Rückkauf kann der Rücknahmepreis zur Ermittlung des Wertes einer Anteileinheit nicht angesetzt werden, da wir die Anteile nicht an die Kapitalverwaltungsgesellschaft zurückgeben können. In diesen Fällen bieten wir an, die entsprechenden Anteileinheiten an Stelle der sonst vorgesehenen Geldleistung auf ein Depot Ihrer Wahl zu übertragen. Nehmen Sie dieses Angebot nicht an, werden wir den Wert einer Anteileinheit anhand des aktuellen Preises am Kapitalmarkt ermitteln. Der Preis kann auf Grund der verminderten Veräußerbarkeit der Fondsanteile geringer sein, als der zuletzt von der Kapitalverwaltungsgesellschaft gestellte Rücknahmepreis. Diese Wertminderung kann auch zu einem Totalverlust führen.

Folgen für Shift/Switch

(4) Sie können während der Aussetzung und bei endgültiger Einstellung der Rücknahme oder Ausgabe von Fondsanteilen eines Investmentfonds durch die Kapitalverwaltungsgesellschaft eine Neuverteilung des Euro-Werts des Fondsguthabens dieses Investmentfonds (§ 5 Absatz (1)) nicht verlangen.

Sie können während der Beschränkung, Aussetzung und bei endgültiger Einstellung der Rücknahme oder Ausgabe von Fondsanteilen eines Investmentfonds durch die Kapitalverwaltungsgesellschaft nicht verlangen, dass Ihre künftigen Beiträge in Anteilen dieses Investmentfonds angelegt (§ 5 Absatz (2)) werden.

§ 8 Welche Regelungen gelten bei einer nachträglichen Umwandlung der Überschussverwendung in FondsPlus?

(1) Sie können beantragen, dass Ihr vorhandenes Überschussguthaben und die laufenden Überschussanteile in Fondsanteile der von Ihnen gewählten Investmentfonds umgerechnet und dem Anlagestock (siehe § 1 Absatz (1)) zugeführt werden. Die Umwandlung Ihrer Überschussverwendung in FondsPlus wird zum nächsten Monatsersten nach Eingang Ihres Antrags in Textform↑ wirksam. Bei der Umrechnung des Überschussguthabens in Fondsanteile wird der zum Stichtag (§ 2) festgestellte Rücknahmepreis der Fondsanteile zu Grunde gelegt.

(2) Ihr vorhandenes Überschussguthaben wird entsprechend der von Ihnen festgelegten prozentualen Aufteilung angelegt, die nur in ganzen Prozentsätzen möglich ist. Sie können hierbei maximal 20 aus allen für FondsPlus zum Zeitpunkt der Umwandlung von uns angebotenen Investmentfonds auswählen, wobei auf jeden Fonds mindestens 5 % entfallen müssen.

(3) Das Überschussguthaben gehört, sobald es in Fondsanteile umgerechnet und dem Anlagestock zugeführt ist, zur Bestandsgruppe UF05.

(4) Da die Wertentwicklung Ihrer Beteiligung an den von Ihnen gewählten Investmentfonds (Fondsanteile) nicht vorherzusehen ist, können wir die Höhe des Überschussguthabens nicht garantieren. Sie haben die Chance, bei Kurssteigerungen der Fondsanteile einen Wertzuwachs zu erzielen; Sie tragen aber auch das Risiko der Wertminderung bei Kursrückgängen. Bei Anlagen in Fonds, die nicht auf Euro lauten (Fremdwährungsfonds), können darüber hinaus Schwankungen der Währungskurse den Wert der Anlage beeinflussen.

(5) Für die laufenden Überschussanteile gilt § 3 entsprechend.

§ 9 Was ist zu beachten, wenn Sie die Überschussverwendung FondsPlus umwandeln wollen?

Sie können jederzeit die Umwandlung der Überschussverwendung FondsPlus in eine der anderen zu diesem Zeitpunkt angebotenen Überschussverwendungen beantragen. Die Umwandlung wird zum nächsten Monatsersten nach Eingang Ihres Antrags in Textform↑ wirksam. Es gelten die zum Zeitpunkt Ihres Antrags gültigen Bestimmungen.

Die Umrechnung des Fondsguthabens erfolgt zum Stichtag (§ 2) zum Rücknahmepreis der Fondsanteile.

§ 10 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

In Ergänzung zu den Gebührenbestimmungen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen können wir, falls aus von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, pauschale Gebühren in folgender Höhe erheben:

– Shift und Switch außerhalb des Aktiven Ablaufmanagements jeweils zwölfmal pro Versicherungsjahr↑ kostenlos, ab dem dreizehnten Mal: 25,00 €

– Übertragung der Fondsanteile der Versicherung an Stelle der Auszahlung des Geldwertes: 1 % des Geldwertes, jedoch mind. 50 € und max. 150 €

– Umwandlung der Überschussverwendung einmal kostenlos, ab dem zweiten Mal: jeweils 25,00 €

Die Gebühr ziehen wir vom Wert des Vertrags ab, sobald der zusätzliche Verwaltungsaufwand entstanden ist. Falls uns eine Einzugsermächtigung vorliegt, können wir die Gebühren auch von dem uns angegebenen Konto einziehen.

Diese Gebühren werden jedes Jahr überprüft und gegebenenfalls neu festgesetzt. Die jeweils aktuellen Gebührenbestimmungen können Sie bei uns anfordern.

Bei Vereinbarung des Zuwachsprogramms gelten die nachfolgenden Besonderen Bedingungen:

Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Risikoprüfung (Zuwachsprogramm)

Inhaltsverzeichnis

§ 1 Wie erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge?
§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Leistungen?
§ 3 Wie berechnen wir die erhöhten Leistungen?
§ 4 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Leistungen?
§ 5 Wann entfallen die Erhöhungen?

§ 1 Wie erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge?

(1) Der Beitrag für diesen Vertrag einschließlich aller eingeschlossenen Zusatzversicherungen erhöht sich – je nach vertraglicher Vereinbarung – um 2 %, 3 %, 4 % oder 5 % jährlich, gemessen am zuletzt vereinbarten Beitrag.

(2) In Ihrem Versicherungsschein ist eine Obergrenze für die Jahresrente festgelegt. Führt die Beitragserhöhung nach Absatz (1) dazu, dass die Jahresrente die im Versicherungsschein genannte Obergrenze erstmals übersteigt, prüfen wir die finanzielle Angemessenheit weiterer Erhöhungen. Dazu werden wir Sie auffordern, folgende Angaben bezogen auf die versicherte Person↑ einzureichen:

– Nachweis des Brutto-Arbeitseinkommens des letzten Kalenderjahres und

– die Höhe der Gesamtabsicherung aus Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Grundfähigkeits-Versicherungen

Wir prüfen die finanzielle Angemessenheit anhand dieser Nachweise auf Grundlage unserer dann gültigen Annahmerichtlinien und erhöhen gegebenenfalls die oben genannte Obergrenze.

(3) Der Beitrag wird höchstens auf den Betrag erhöht, der zu einer Jahresrente von 120.000 € führt.

(4) Die Beitragserhöhung führt zu einer Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne erneute Risikoprüfung↑.

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Leistungen?

(1) Die Erhöhungen der Beiträge und der Leistungen erfolgen jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres↑.

(2) Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

§ 3 Wie berechnen wir die erhöhten Leistungen?

(1) Wir errechnen die Erhöhung der Leistungen nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnungsmäßigen Alter↑ der versicherten Person↑, der restlichen Beitragszahlungsdauer↑, dem bei Abschluss des Vertrags gültigen Tarif und den ursprünglichen Annahmebedingungen. Wir legen dabei die bei Abschluss Ihres Vertrags geltenden Rechnungsgrundlagen↑ zu Grunde. Die Leistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge.

(2) Ist eine Befreiung von der Beitragszahlungspflicht eingeschlossen, erstreckt sich der Versicherungsschutz der Beitragsbefreiung auch auf die Erhöhung des Beitrags.

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

(1) Alle im Rahmen des Vertrags getroffenen Vereinbarungen, auch die Bestimmung des Bezugsberechtigten↑, gelten ebenfalls für die Erhöhung der Leistungen.

Der Paragraph “Wie werden die Kosten Ihres Vertrags verrechnet?“ der Allgemeinen Bedingungen gilt auch für die Erhöhung der Leistungen.

(2) Die Erhöhung der Leistungen setzt die Fristen für die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nicht erneut in Lauf.

§ 5 Wann entfallen die Erhöhungen?

(1) Eine Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von 2 Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen.

Entfallene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.

(2) Ihr Recht auf weitere Erhöhungen erlischt, wenn Sie das Zuwachsprogramm insgesamt aus Ihrem Vertrag ausschließen, spätestens aber 5 Jahre vor Ende der Beitragszahlungsdauer↑.

(3) Solange Sie im Versicherungsfall↑ von der Beitragszahlungspflicht befreit sind, erfolgt keine weitere Erhöhung.

Bei Vereinbarung der garantierten Rentensteigerung gelten die nachfolgenden Besonderen Bedingungen:

Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung mit Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit mit planmäßiger Erhöhung der Leistungen im Versicherungsfall (Garantierte Rentensteigerung)

Inhaltsverzeichnis

§ 1 Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Leistungen?
§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich die Versicherungsleistungen?
§ 3 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen?
§ 4 Welche Regelungen gelten beim Erlöschen unserer Leistungspflicht?

§ 1 Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Leistungen?

(1) Die vereinbarte Arbeitsunfähigkeitsrente, die Berufsunfähigkeitsrente und die Rente bei bestimmten schweren Krankheiten und Einschränkungen erhöhen sich im Leistungsfall jeweils jährlich um den vereinbarten Prozentsatz, gemessen an der zuletzt gezahlten Arbeitsunfähigkeits-, Berufsunfähigkeitsrente oder Rente bei bestimmten schweren Krankheiten und Einschränkungen.

(2) Die Erhöhungen erfolgen bis zum Erlöschen unserer Leistungspflicht nach den Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung mit Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit.

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich die Versicherungsleistungen?

Die Erhöhungen der Versicherungsleistungen erfolgen jährlich zum Beginn des Versicherungsjahres↑, erstmalig zu dem Beginn des Versicherungsjahres, das auf den Beginn der Rentenzahlung folgt.

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

Alle im Rahmen des Versicherungsvertrags getroffenen Vereinbarungen, auch die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich ebenfalls auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen.

§ 4 Welche Regelungen gelten beim Erlöschen unserer Leistungspflicht?

(1) Endet unsere Leistungspflicht während der Beitragszahlungsdauer, muss die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden. Für die bis zu diesem Zeitpunkt durch die garantierte Rentensteigerung erhöhte Arbeitsunfähigkeits- oder Berufsunfähigkeitsrente müssen Sie zur Fortführung des Vertrags entsprechend erhöhte Beiträge entrichten.

Wir errechnen die erhöhten Beiträge nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten rechnungsmäßigen Alter↑ der versicherten Person↑, der restlichen Beitragszahlungsdauer↑, dem bei Abschluss des Vertrags gültigen Tarif und den ursprünglichen Annahmebedingungen. Wir legen dabei die bei Abschluss Ihres Vertrags geltenden Rechnungsgrundlagen↑ zu Grunde.

(2) Sie können stattdessen verlangen, dass die Arbeitsunfähigkeits- und Berufsunfähigkeitsrente und die Rente bei bestimmten schweren Krankheiten und Einschränkungen auf die im letzten Monat vor Beginn der garantierten Rentensteigerung vereinbarte Höhe reduziert wird. Es ergibt sich dann der vor Eintritt des Versicherungsfalls↑ vereinbarte Beitrag.

Besondere Bedingungen für Nachversicherungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung mit Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Inhaltsverzeichnis

§ 1 Was versteht man unter Nachversicherung?
§ 2 Wann können Sie eine Nachversicherung beantragen und wann erlischt das Recht auf Nachversicherung?
§ 3 Unter welchen Voraussetzungen können Sie eine Nachversicherung beantragen?
§ 4 Welche Beziehungen bestehen zwischen neuen Berufsunfähigkeits-Versicherungen aus Nachversicherungen und Ihrem ursprünglichen Vertrag?

§ 1 Was versteht man unter Nachversicherung?

Als Versicherungsnehmer haben Sie das Recht, den Versicherungsschutz durch Abschluss von Nachversicherungen (siehe § 2) ohne erneute Risikoprüfung↑ der versicherten Person↑ in einem finanziell angemessenen Rahmen (siehe § 3 Absatz (7)) zu erhöhen. Jede Nachversicherung ist ein Neuabschluss eines Vertrags.

§ 2 Wann können Sie eine Nachversicherung beantragen und wann erlischt das Recht auf Nachversicherung?

Ereignisabhängige Nachversicherung

(1) Das Recht auf ereignisabhängige Nachversicherung können Sie innerhalb von 12 Monaten ausüben, wenn bei der versicherten Person↑ eines der nachfolgend beschriebenen Ereignisse eintritt:

a) Heirat,
b) Geburt oder Adoption eines Kindes,
c) Kauf einer Immobilie mit einem Verkehrswert von mindestens 50.000 € zur Eigennutzung,
d) erstmaliger Antritt einer staatlich anerkannten Berufsausbildung oder erstmalige Aufnahme eines Studiums an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule oder Fachhochschule oder vergleichbaren Ausbildungseinrichtung,
e) bestandene Abschlussprüfung einer staatlich anerkannten Aufstiegsfortbildung (z. B. Zum Techniker, Meister oder Fachwirt),
f) Erhöhung des regelmäßigen Einkommens um mindestens 10 % innerhalb eines Jahres aus nicht selbstständiger Tätigkeit,
g) das Einkommen aus nicht selbstständiger Tätigkeit übersteigt erstmals die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung,
h) Steigerung des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern aus selbstständiger Tätigkeit der letzten 3 Jahre im Vergleich zum durchschnittlichen Gewinn des davor liegenden 3-Jahres-Zeitraums um mindestens 30 %,
i) Reduzierung oder Wegfall der Absicherung gegen Berufsunfähigkeit aus einer arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Altersversorgung,
j) Reduzierung oder Wegfall der Absicherung gegen Berufsunfähigkeit aus einem berufsständischen Versorgungswerk, in dem die versicherte Person auf Grund einer Kammerzugehörigkeit pflichtversichert ist.
k) Erhöhung des regelmäßigen Einkommens um mindestens 5 % aus nicht selbstständiger Tätigkeit in einem unbefristeten Arbeitsverhältnis wenn die versicherte Jahresrente der Berufsunfähigkeits-Versicherung bereits mindestens 36.000 € beträgt.

Den Eintritt des jeweiligen Ereignisses müssen Sie uns nachweisen.

Ereignisunabhängige Nachversicherung

(2) Das Recht auf ereignisunabhängige Nachversicherung können Sie innerhalb der ersten 5 Versicherungsjahre↑ ausüben.

Geltungsbereich

(3) Das Recht auf Nachversicherung gilt nicht für Verträge, die

– im Rahmen einer Nachversicherung,
– durch Ausübung einer Erhöhungsoption,
– ohne Risiko- bzw. Gesundheitsprüfung↑ oder
– mit einer vereinfachten Risiko- bzw. Gesundheitsprüfung↑ oder Dienstobliegenheitserklärung

zustande gekommen sind.

Erlöschen des Rechts auf Nachversicherung

(4) Das Recht auf Nachversicherung ohne erneute Risikoprüfung↑ erlischt, wenn

a) die versicherte Person↑ das 50. Lebensjahr (ereignisabhängige Nachversicherung) oder das 35. Lebensjahr (ereignisunabhängige Nachversicherung) vollendet hat,
b) die restliche Versicherungsdauer↑ Ihres ursprünglichen Vertrags weniger als 5 Jahre beträgt,
c) der ursprüngliche Vertrag beitragsfrei ist,
d) die versicherte Person - während der Vertragslaufzeit - im Sinne unserer Bedingungen berufsunfähig, arbeitsunfähig oder erwerbsunfähig war oder bei Ausübung der Option ist oder an einer der in § 5 der Allgemeinen Bedingungen genannten bestimmten schweren Krankheiten oder Einschränkungen gelitten hat oder bei Ausübung der Option leidet,
e) Leistungen aus einer Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Grundfähigkeits-, Schwere Krankheiten- oder Pflege-Versicherung bei einem Versicherer beantragt oder geltend gemacht wurden oder
f) ein Antrag auf Feststellung verminderter Erwerbsfähigkeit oder einer Pflegebedürftigkeit bei einem Sozialversicherungsträger gestellt wurde.

(5) Stellt sich nach Ausübung der Nachversicherung heraus, dass zum Zeitpunkt der Ausübung einer der Erlöschensgründe nach Absatz (4) bereits eingetreten war, entfällt die Nachversicherung rückwirkend.

§ 3 Unter welchen Voraussetzungen können Sie eine Nachversicherung beantragen?

(1) Bei Bestehen einer Arbeitsunfähigkeit können Sie keine Nachversicherung beantragen.

(2) Jede Nachversicherung zu einer Berufsunfähigkeits-Versicherung muss mindestens über eine Jahresrente von 2.400 € (bei § 2 Absatz (1) k) 1.800 €) abgeschlossen werden.

(3) Die ereignisunabhängige Nachversicherung können Sie höchstens einmal pro Versicherungsjahr ausüben. Dabei ist die Jahresrente der Berufsunfähigkeits-Versicherung pro Nachversicherung auf 6.000 € begrenzt. Für die Ermittlung des Höchstbetrags für die jeweilige Nachversicherung werden alle in diesem Versicherungsjahr ausgeübten ereignisunabhängigen Nachversicherungen aus allen auf die versicherte Person↑ bei der Stuttgarter Lebensversicherung a.G. bestehenden Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Grundfähigkeits-Versicherungen berücksichtigt.

(4) Für die ereignisabhängige Nachversicherung ist die Jahresrente der Berufsunfähigkeits-Versicherung pro Nachversicherung auf 6.000 € begrenzt. Abweichend hiervon erhöht sich die Jahresrente nach § 2 Absatz (1) k) maximal im gleichen Verhältnis, wie sich das Einkommen erhöht hat. Für die Ermittlung des Höchstbetrags für die jeweilige Nachversicherung werden alle Nachversicherungen für das jeweilige Ereignis aus allen auf die versicherte Person↑ bei der Stuttgarter Lebensversicherung a.G. bestehenden Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Grundfähigkeits-Versicherungen berücksichtigt.

(5) Bei einer Reduzierung der Absicherung gegen Berufsunfähigkeit der versicherten Person↑ nach § 2 Absatz (1) Buchstabe i) und j) ist die Nachversicherung auf die Höhe der Reduzierung begrenzt.

(6) Die Summe aller Erhöhungen, die sich aus Nachversicherungen und aus der Erhöhungsoption ergeben, ist auf 200 % der bei Abschluss des ursprünglichen Vertrags versicherten Jahresrente der Berufsunfähigkeits-Versicherung begrenzt (gilt nicht bei § 2 Absatz (1) k)). Dabei darf die gesamte Jahresrente aus allen auf die versicherte Person↑ bei der Stuttgarter Lebensversicherung a.G. beantragten oder bestehenden Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Grundfähigkeits-Versicherungen (einschließlich Nachversicherungen) 36.000 € (bei § 2 Absatz (1) k) 72.000 €) nicht übersteigen.

(7) Die Gesamtabsicherung aus Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Grundfähigkeits-Versicherungen einschließlich Nachversicherungen bei der Stuttgarter Lebensversicherung a.G. und anderweitig beantragten oder bestehenden Renten aus einer Berufsunfähigkeits-, und Erwerbsunfähigkeits- und Grundfähigkeits-Versicherung muss auch nach einer eventuellen Erhöhung auf Grund dieser Nachversicherung im Hinblick auf die Einkommensverhältnisse der versicherten Person↑ finanziell angemessen sein. D. h. die zulässige Gesamtabsicherung ist abhängig vom durchschnittlichen jährlichen Bruttoarbeitseinkommen der letzten 3 Jahre der versicherten Person und den zum Zeitpunkt der Nachversicherung gültigen Annahmerichtlinien. Sie darf folgende Höhe nicht übersteigen:

– Bruttoarbeitseinkommen bis 48.000 €: 70 % des Bruttoarbeitseinkommens.

– Bruttoarbeitseinkommen bis 100.000 €: zusätzlich 60 % auf den 48.000 € übersteigenden Teil des Bruttoarbeitseinkommens.

Details zu weiteren Konstellationen stellen wir Ihnen auf Wunsch gerne zur Verfügung.

Bei Selbstständigen gelten diese Beträge entsprechend für den durchschnittlichen jährlichen Gewinn vor Steuern der letzten 3 Jahre.

Zur Prüfung der finanziellen Angemessenheit können wir entsprechende Nachweise verlangen.

(8) Ihre Nachversicherung wird für die restliche Versicherungs- und Leistungsdauer↑ Ihres ursprünglichen Vertrags abgeschlossen.

(9) Maßgebend für die Nachversicherung ist der bei Ausübung der Option dafür vorgesehene Tarif.

§ 4 Welche Beziehungen bestehen zwischen neuen Berufsunfähigkeits-Versicherungen aus Nachversicherungen und Ihrem ursprünglichen Vertrag?

(1) Wenn zwischen Ihnen und uns nichts Abweichendes festgelegt wird, gelten alle Vereinbarungen des ursprünglichen Vertrags in gleicher Weise auch für die neuen Berufsunfähigkeits-Versicherungen aus Nachversicherungen. Zu jeder Nachversicherung kann ein eigenes Bezugsrecht getroffen werden, anderenfalls gilt für die Nachversicherung das zum ursprünglichen Vertrag verfügte Bezugsrecht.

(2) Wenn wir nach Abschluss der Nachversicherung eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht bei Ihrem ursprünglichen Vertrag feststellen, gelten die Rechtsfolgen dieser Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht auch für die neu abgeschlossene Berufsunfähigkeits-Versicherung.

Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung zur Erhöhung der Leistungen (Erhöhungsoption)

Inhaltsverzeichnis

§ 1 Was versteht man unter Erhöhungsoption?
§ 2 Wann können Sie die Erhöhungsoption ausüben? Wann erlischt die Erhöhungsoption?
§ 3 Unter welchen Voraussetzungen können Sie die Erhöhungsoption ausüben?
§ 4 Welche Beziehungen bestehen zwischen der neuen Berufsunfähigkeits-Versicherung aus der Erhöhungsoption und Ihrem ursprünglichen Vertrag?

§ 1 Was versteht man unter Erhöhungsoption?

Als Versicherungsnehmer haben Sie das Recht, den Versicherungsschutz durch Abschluss einer Berufsunfähigkeits-Versicherung ohne erneute Risikoprüfung↑ der versicherten Person↑ in einem finanziell angemessenen Rahmen (siehe § 3 Absatz (6)) zu erhöhen.

§ 2 Wann können Sie die Erhöhungsoption ausüben? Wann erlischt die Erhöhungsoption?

(1) Die Option können Sie innerhalb von 12 Monaten nach Abschluss
– einer staatlich anerkannten Berufsausbildung oder
– eines Studiums an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule oder Fachhochschule oder vergleichbaren Ausbildungseinrichtung
und der erstmaligen Aufnahme einer hauptberuflichen, nicht selbstständigen Tätigkeit ausüben.

(2) Wenn Sie diese Option ausüben wollen, müssen Sie uns dies nachweisen.

(3) Diese Option erlischt, wenn

– die versicherte Person↑ das 35. Lebensjahr vollendet hat,
– die versicherte Person↑ - während der Vertragslaufzeit - im Sinne unserer Bedingungen berufsunfähig, arbeitsunfähig oder erwerbsunfähig war oder bei Ausübung der Option ist oder an einer der in § 5 der Allgemeinen Bedingungen genannten bestimmten schweren Krankheiten oder Einschränkungen gelitten hat oder bei Ausübung der Option leidet,
– Leistungen aus einer Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Grundfähigkeits-, Schwere Krankheiten- oder Pflege-Versicherung bei einem Versicherer beantragt oder geltend gemacht wurden oder
– ein Antrag auf Feststellung verminderter Erwerbsfähigkeit oder einer Pflegebedürftigkeit bei einem Sozialversicherungsträger gestellt wurde.

(4) Das Recht auf Ausübung der Erhöhungsoption gilt nicht für Verträge, die

– durch Ausübung einer Erhöhungsoption,
– im Rahmen einer Nachversicherung,
– ohne Risiko- bzw. Gesundheitsprüfung↑ oder
– mit einer vereinfachten Risiko- bzw. Gesundheitsprüfung↑ oder Dienstobliegenheitserklärung

zustande gekommen sind.

§ 3 Unter welchen Voraussetzungen können Sie die Erhöhungsoption ausüben?

(1) Bei Bestehen einer Arbeitsunfähigkeit können Sie die Erhöhungsoption nicht ausüben.

(2) Die durch die Ausübung der Option abgeschlossene Berufsunfähigkeits-Versicherung muss mindestens über eine Jahresrente von 2.400 € abgeschlossen werden.

(3) Die Jahresrente der durch die Ausübung der Option abgeschlossenen Berufsunfähigkeits-Versicherung darf die ursprüngliche Jahresrente des bestehenden Vertrags nicht übersteigen .

(4) Die gesamte Jahresrente aus allen auf die versicherte Person↑ bei der Stuttgarter Lebensversicherung a.G. beantragten oder bestehenden Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Grundfähigkeits-Versicherungen darf - abgesehen von Absatz (5) - 24.000 € nicht übersteigen.

(5) Bei Absolventen eines Studiums folgender Fachrichtungen darf die gesamte Jahresrente 30.000 € nicht übersteigen:

– Ingenieurwesen
– Naturwissenschaften
– Rechtswissenschaften
– Wirtschaftswissenschaften
– Medizin/Pharmazie
– Mathematik
– Informatik
– Technik,
– Marketing.

(6) Die Gesamtabsicherung aus Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Grundfähigkeits-Versicherungen einschließlich Nachversicherungen bei der Stuttgarter Lebensversicherung a.G. und anderweitig beantragten oder bestehenden Renten aus einer Berufsunfähigkeits-, und Erwerbsunfähigkeits- und Grundfähigkeits-Versicherung muss auch nach einer eventuellen Erhöhung auf Grund dieser Erhöhungsoption im Hinblick auf die Einkommensverhältnisse der versicherten Person↑ finanziell angemessen sein. D. h., die Gesamtabsicherung ist abhängig vom aktuellen Bruttoarbeitseinkommen der versicherten Person↑ und den zum Zeitpunkt der Ausübung der Option gültigen Annahmerichtlinien. Sie darf folgende Höhe nicht übersteigen:

– Bruttoarbeitseinkommen bis 48.000 €:
  70 % des Bruttoarbeitseinkommens.

– Bruttoarbeitseinkommen bis 100.000 €: zusätzlich
  60 % auf den 48.000 € übersteigenden Teil des Bruttoarbeitseinkommens.

Details zu weiteren Konstellationen stellen wir Ihnen auf Wunsch gerne zur Verfügung.

Bei Selbstständigen gelten diese Beträge entsprechend für den durchschnittlichen jährlichen Gewinn vor Steuern der letzten 3 Jahre.

Zur Prüfung der finanziellen Angemessenheit können wir entsprechende Nachweise verlangen.

(7) Die neue Berufsunfähigkeits-Versicherung wird für die restliche Versicherungs- und Leistungsdauer↑ Ihres ursprünglichen Vertrags abgeschlossen.

(8) Maßgebend für die neue Berufsunfähigkeits-Versicherung ist der bei Ausübung der Option dafür vorgesehene Tarif.

§ 4 Welche Beziehungen bestehen zwischen der neuen Berufsunfähigkeits-Versicherung aus der Erhöhungsoption und Ihrem ursprünglichen Vertrag?

(1) Wenn zwischen Ihnen und uns nichts Abweichendes festgelegt wird, gelten alle Vereinbarungen des ursprünglichen Vertrags in gleicher Weise auch für die neue Berufsunfähigkeits-Versicherung. Zu der neuen Berufsunfähigkeits-Versicherung kann ein eigenes Bezugsrecht getroffen werden, anderenfalls gilt für die neue Berufsunfähigkeits-Versicherung das zum ursprünglichen Vertrag verfügte Bezugsrecht.

(2) Wenn wir nach Ausübung der Option eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht bei Ihrem ursprünglichen Vertrag feststellen, gelten die Rechtsfolgen dieser Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht auch für die neu abgeschlossene Berufsunfähigkeits-Versicherung.

Besondere Bedingungen für die Anpassung des Versicherungsschutzes an die Regelaltersgrenze für die Berufsunfähigkeits-Versicherung mit Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit (Anpassungsoption)

Inhaltsverzeichnis

§ 1 Was versteht man unter Anpassungsoption?
§ 2 Wann können Sie die Anpassungsoption ausüben? Wann erlischt die Anpassungsoption?
§ 3 Unter welchen Voraussetzungen können Sie die Anpassungsoption ausüben?
§ 4 Welche Beziehungen bestehen zwischen der neuen Berufsunfähigkeits-Versicherung aus der Anpassungsoption und Ihrem ursprünglichen Vertrag?

§ 1 Was versteht man unter Anpassungsoption?

Als Versicherungsnehmer haben Sie das Recht, den Versicherungsschutz um dieselbe Zeitspanne zu verlängern, um die die Regelaltersgrenze entweder in der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) oder in einem berufsständischen Versorgungswerk des entsprechenden Kammerberufs, in dem die versicherte Person↑ Mitglied ist, angehoben wird. Hierfür wird an Stelle des bestehenden Vertrags eine neue Berufsunfähigkeits-Versicherung mit höherem Endalter ohne erneute Risikoprüfung↑ der versicherten Person↑ abgeschlossen. Ein vorhandenes Deckungskapital↑ wird auf diesen neuen Vertrag übertragen.

§ 2 Wann können Sie die Anpassungsoption ausüben? Wann erlischt die Anpassungsoption?

(1) Diese Option können Sie innerhalb von 12 Monaten nach einer Erhöhung der Regelaltersgrenze ausüben.

Wenn Sie diese Option ausüben wollen, müssen Sie uns dies innerhalb des genannten Zeitraumes in Textform↑ anzeigen.

(2) Diese Option gilt für Ihren Vertrag nur, wenn vor Ausübung der Option ein Endalter von mindestens 60 Jahren vereinbart war.

(3) Diese Option erlischt, wenn

– die versicherte Person↑ das 55. Lebensjahr vollendet hat,
– der Vertrag beitragsfrei ist,
– die versicherte Person↑ - während der Vertragslaufzeit - im Sinne unserer Bedingungen berufsunfähig, arbeitsunfähig oder erwerbsunfähig war oder bei Ausübung der Option ist oder an einer der in § 5 der Allgemeinen Bedingungen genannten bestimmten schweren Krankheiten oder Einschränkungen gelitten hat oder bei Ausübung der Option leidet,
– Leistungen aus einer Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Grundfähigkeits-, Schwere Krankheiten- oder Pflege-Versicherung bei einem Versicherer beantragt oder geltend gemacht wurden oder
– ein Antrag auf Feststellung verminderter Erwerbsfähigkeit oder einer Pflegebedürftigkeit bei einem Sozialversicherungsträger gestellt wurde.

(4) Stellt sich nach Ausübung der Anpassungsoption heraus, dass zum Zeitpunkt der Ausübung einer der Erlöschensgründe nach Absatz (3) bereits eingetreten war, entfällt die Anpassung rückwirkend. Die Versicherung wird mit dem vor Anpassung bestehenden Vertrag fortgeführt.

§ 3 Unter welchen Voraussetzungen können Sie die Anpassungsoption ausüben?

(1) Bei Bestehen einer Arbeitsunfähigkeit können Sie die Anpassungsoption nicht ausüben.

(2) Die Jahresrente darf die Jahresrente des bestehenden Vertrags nicht übersteigen.

(3) Maßgebend für die neue Berufsunfähigkeits-Versicherung ist der bei Ausübung der Option dafür vorgesehene Tarif.

§ 4 Welche Beziehungen bestehen zwischen der neuen Berufsunfähigkeits-Versicherung aus der Anpassungsoption und Ihrem ursprünglichen Vertrag?

Wenn wir nach Ausübung der Option eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht bei Ihrem ursprünglichen Vertrag feststellen, gelten die Rechtsfolgen dieser Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht auch für die neu abgeschlossene Berufsunfähigkeits-Versicherung.

Steuermerkblatt zur Berufsunfähigkeits-Versicherung

Die folgenden Informationen über die für die Berufsunfähigkeits-Versicherungen gültigen Steuerregelungen beruhen auf der Rechtslage Stand 01.10.2024 und können sich künftig ändern.

A. Einkommensteuer

1. Behandlung der Beiträge

Beiträge zu Berufsunfähigkeits-Versicherungen können im Rahmen der Höchstbeträge als sonstige Vorsorgeaufwendungen nach § 10 Absatz (1) Nr. 3 a) Einkommensteuergesetz (EStG) als Sonderausgaben abgezogen werden.

Werden die Überschussanteile mit den Beiträgen verrechnet, darf nur der Saldo als Vorsorgeaufwendung geltend gemacht werden.

2. Behandlung der Rentenzahlungen

Rentenzahlungen aus Berufsunfähigkeits-Versicherungen sind als abgekürzte Leibrenten mit ihrem Ertragsanteil nach § 22 EStG, § 55 Absatz (2) Einkommensteuer-Durchführungsverordnung (EStDV) zu versteuern.

3. Leistungen bei Vertragsablauf, bei Kündigung und im Todesfall

Leistungen bei Vertragsablauf, bei Kündigung und im Todesfall, die aus der Überschussbeteiligung Ihres Vertrags entstehen, sind nicht einkommensteuerpflichtig.

4. Wiedereingliederungs- und Umorganisationshilfe

Wiedereingliederungshilfe und Umorganisationshilfe sind nicht einkommensteuerpflichtig.

B. Erbschaft- und Schenkungsteuer

Leistungen oder Ansprüche aus Berufsunfähigkeits-Versicherungen sind erbschaft- / schenkungsteuerpflichtig, wenn sie auf Grund einer Schenkung oder als Erwerb von Todes wegen (z. B. auf Grund eines Bezugsrechts oder als Teil der Erbmasse) erworben werden. Erhält der Versicherungsnehmer die Leistung selbst, ist diese nicht erbschaft- / schenkungsteuerpflichtig.

C. Versicherungsteuer

Beiträge zu Berufsunfähigkeits-Versicherungen sind nach § 4 Nr. 5 b) Versicherungsteuergesetz (VersStG) von der deutschen Versicherungsteuer befreit. Voraussetzung ist, dass die Leistungen im Versicherungsfall↑ der Versorgung der natürlichen Person, bei der sich das versicherte Risiko realisiert (versicherte Person↑) oder der Versorgung von deren Angehörigen im Sinne des Versicherungsteuergesetzes dienen.

Des Weiteren müssen Sie Ihren Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben. Verlegen Sie Ihren Wohnsitz ins Ausland, sind die dort gültigen steuerlichen Regelungen zu beachten.

D. Vermögensteuer

Wird derzeit nicht erhoben.

E. Umsatzsteuer

Beiträge zu Berufsunfähigkeits-Versicherungen sind nach § 4 Nr. 10 a) Umsatzsteuergesetz (UStG) von der Umsatzsteuer befreit.

Datenschutzhinweise

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Stuttgarter Lebensversicherung a.G. und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Stuttgarter Lebensversicherung a.G.
Rotebühlstr. 120
70197 Stuttgart
Telefon: +49 (0) 711 665-0
E-Mail: info@stuttgarter.de

Unseren **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie per Post unter der o. g. Adresse mit dem Zusatz - Datenschutzbeauftragter - oder per E-Mail unter: datenschutz@stuttgarter.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die "Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft" verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.stuttgarter.de/verhaltensregeln abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit einer Gesellschaft der Stuttgarter Versicherungsgruppe bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Versicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Stuttgarter Versicherungsgruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer

Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:
Von uns übernommene Risiken können wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer) versichern. Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Nähere Informationen zu den eingesetzten Rückversicherern stellen Ihnen diese unter http://de.genre.com/Datenschutz/HinweiseArt14DSGVO, www.munichre.com/de/service/information-gdpr/index.html, https://www.swissre.com/privacy_policy_german_version.html bzw. www.scor.com zur Verfügung. Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Vermittler:
Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.
Ferner sind wir nach dem Handelsgesetzbuch verpflichtet, dem Abschlussvermittler bzw. dessen Rechtsnachfolger Informationen über stornogefährdete Versicherungsverträge, die sich in der Provisionshaftungszeit befinden, zu übermitteln.

Externe Dienstleister:
Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Ihnen überlassenen Dienstleisterliste sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.stuttgarter.de/dienstleisterlisteservice entnehmen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:
Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Weitere Empfänger:
Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter ande-

rem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

Betroffenenrechte

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Baden-Württemberg
Postfach 10 29 32
70025 Stuttgart

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalls überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

Bonitätsauskünfte bzw. Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz

Soweit Sie eingewilligt haben bzw. es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei der Creditreform Boniversum GmbH Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens bzw. zur Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz ab. Die Datenschutzhinweise der Creditreform Boniversum GmbH finden Sie unter https://www.boniversum.de/eu-dsgvo/informationen-nach-eu-dsgvo-fuer-verbraucher/.