Allgemeine Bedingungen

**für Ihre selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung,
gegebenenfalls mit zusätzlicher Absicherung bei Arbeitsunfähigkeit**

Swiss Life SBU
Swiss Life SBU *plus*
Swiss Life SBU 4U
Swiss Life SBU 4U *plus*

Stand: 01.2025 (AVB_EV_SBU_2025_01)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wir freuen uns, dass Sie sich für unsere selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung entschieden haben. Diese Allgemeinen Bedingungen stellen die rechtliche Grundlage für unseren Vertrag dar.

Wenn wir in den folgenden Kapiteln die persönliche Anrede „Sie“ nutzen, sprechen wir damit unseren Vertragspartner an. Wir nennen ihn auch Versicherungsnehmer. Sie tragen alle Rechte und Pflichten aus dem Vertrag und können Vertragsänderungen beantragen. Die Versicherte Person ist die Grundlage für die Berechnung Ihrer vertraglichen Leistungen und stellt gleichzeitig das versicherte Risiko dar.

Ein Beispiel: Wird die Versicherte Person berufsunfähig, dann zahlen wir die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente aus. Wird der Versicherungsnehmer berufsunfähig, wird keine Vertragsleistung fällig.

Bestimmte Begriffe und Fachwörter haben wir unterstrichen. Diese markierten Wörter finden Sie in Kapitel L dieser Bedingungen. Dort erklären wir Ihnen diese. Die Unterstreichung bedeutet nicht, dass nur diese Stellen für das Vertragsverhältnis relevant sind.

Eine gendergerechte Anrede ist uns wichtig. In vielen Fällen führt dies leider dazu, dass Texte schwer lesbar oder zu lang werden. Daher verwendet Swiss Life – stellvertretend für alle Geschlechter – die männliche Schreibweise bzw. eine neutrale Variante, wenn dies sprachlich möglich ist.

Swiss Life Lebensversicherung SE
Europäische Aktiengesellschaft
Amtsgericht München HRB 288561
Zeppelinstraße 1 • 85748 Garching b. München
Telefon +49 89 38109-0 • Fax +49 89 38109-4405
www.swisslife.de

Sitz: Garching b. München
Vorstand: Dirk von der Crone (Vors.),
Dr. Tobias Herwig, Stefan Holzer
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Jörg Arnold

Bayerische Landesbank München
IBAN: DE24 7005 0000 0000 0365 45
BIC: BYLADEMMXXX
Gläubiger-ID: DE17ZZZ00002672789

A Wie funktioniert Ihre selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung?

Sie können bei Abschluss des Vertrags die Höhe der versicherten Rente bei Berufsunfähigkeit und die Vertragslaufzeit im Rahmen unserer geltenden Richtlinien individuell wählen.

Sie haben dabei die Wahl aus verschiedenen Systemen der Überschussverwendung. Ihre konkret getroffene Vereinbarung können Sie den vorvertraglichen Informationen sowie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Im Falle einer Berufsunfähigkeit zahlen wir die vereinbarte Rente für die Dauer der Berufsunfähigkeit, längstens bis zum Ablauf Ihres Vertrags. Die genauen Regelungen, wann Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vorliegt, können Sie unter Kapitel E nachlesen.

Optional können Sie sich zusätzlich gegen die Risiken einer Arbeitsunfähigkeit während der Vertragslaufzeit absichern. Tritt eine Arbeitsunfähigkeit während der Versicherungsdauer ein, erbringen wir die bei Berufsunfähigkeit vereinbarte Rente für bis zu 36 Monate, ohne dass Sie hierfür bereits einen Antrag auf Berufsunfähigkeit stellen müssen (siehe 12.3).

Ein weiterer Vorteil: Bis zum Vertragsablauf ist Ihre Arbeitskraftabsicherung flexibel und Sie können auf die unterschiedlichsten Lebenssituationen reagieren:

- **Nachversicherungsgarantie:** Bei bestimmten Ereignissen können Sie Ihre vereinbarte Rentenleistung bei Berufsunfähigkeit ohne erneute Risikoprüfung erhöhen (siehe Kapitel I). Unter Risikoprüfung verstehen wir die Abfrage von Gesundheitsangaben, Hobbies und des ausgeübten Berufs.
- **Stufentarif:** Für Auszubildende, Studenten und Berufseinsteiger bieten wir unsere selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung mit ermäßigtem Anfangsbeitrag an – und das bei vollem Risikoschutz (siehe Abschnitt 30).
- **Zahlungsschwierigkeiten:** Egal in welcher Lebensphase Sie sich befinden, Swiss Life bietet Ihnen umfangreiche Möglichkeiten, Ihren Versicherungsschutz aufrechtzuerhalten (siehe Kapitel D).

Inhalt

A Wie funktioniert Ihre selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung? 2

B Unser Vertragsschluss 6
1 Wer ist Ihr Vertragspartner? Wie kommt der Vertrag zwischen uns zustande? 6
2 Wann beginnt der Versicherungsschutz? . 6
3 Wann endet der Versicherungsschutz? 6

C Beiträge und Kosten 6
4 Was müssen Sie beachten, wenn Sie Beiträge bezahlen? 6
4.1 Zahlungsweise 6
4.2 Erstbeitrag 6
4.3 Folgebeiträge 7
5 Was geschieht, wenn Sie Ihren Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen? 7
5.1 Erstbeitrag 7
5.2 Folgebeitrag 7
6 Wie können Sie Ihre Beiträge und Leistungen automatisch erhöhen lassen? 7
7 Welche Kosten erheben wir für Ihren Vertrag? 8
7.1 Für Ihren Vertrag wird hiermit Folgendes zur Zillmerung vereinbart 8
7.2 Höhe der anfallenden Kosten 8
7.3 Vereinbarung eines Abzugs bei Beitragsfreistellung 8
7.4 Welchen Hintergrund hat der Abzug? 8
7.5 Angemessenheit des Abzugs 9
7.6 Sonstige Kosten 9

D Überbrückung von Zahlungsschwierigkeiten 9
8 Wie können Sie Ihre Beiträge senken oder die Beitragszahlung einstellen? 10
8.1 Wie beantragen Sie eine Beitragssenkung oder Beitragsfreistellung? 10
8.2 Welche Auswirkungen auf die garantierten Leistungen gibt es? 10
8.3 Wie können Sie den bisherigen Beitrag oder die bisherige garantierte Leistung wiederherstellen? 10
8.4 Besonderheiten bei vorübergehenden Zahlungsschwierigkeiten 10
8.5 BUprotect 11

E Unsere Leistungen und Einschränkungen 12
9 Wann liegt eine Berufsunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit oder schwere Krankheit vor? 12
9.1 Wann liegt Berufsunfähigkeit vor? 12
9.2 Berufsunfähigkeit durch Infektionskrankheiten 13
9.3 Kriterien für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit bei Schülern, Auszubildenden und Studenten 14
9.4 Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit 15
9.5 Wann liegt Arbeitsunfähigkeit vor? 17
9.6 Wann liegt eine schwere Krankheit vor? ... 18
9.7 Günstigerprüfung für Teilzeitkräfte 19
10 Welchen Einfluss hat eine Umorganisation? 19
10.1 Wann verzichten wir auf die Prüfung einer Umorganisation? 20
11 Welche Kriterien gelten bei einem Berufswechsel, bei Unterbrechung der Berufstätigkeit oder nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben? 20
12 Welche Leistungen erbringen wir und wie werden diese berechnet? 21
12.1 Rauchverhalten - Raucherstatus 21
12.2 Leistungen wegen Berufsunfähigkeit 21
12.3 Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit (sofern gegen Mehrbeitrag vereinbart) 22
12.4 Leistungen wegen schwerer Krankheit 23
12.5 Leistungen wegen voller Erwerbsminderung 24
12.6 Welche Leistungen können Sie zusätzlich in Anspruch nehmen? 25
12.7 Rechnungsgrundlagen 25
12.8 Sonstige Regelungen 26
13 Wann geben wir eine Erklärung zu unserer Leistungspflicht ab? 26
14 Was gilt für Sie und uns bei der Nachprüfung der Berufsunfähigkeit? 26
15 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen? . 27

16 Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten 28
16.1 Welche Mitwirkungspflichten müssen Sie beachten, wenn Sie Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit oder schwerer Krankheit verlangen? ... 28
16.2 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung? ... 30
16.3 Welche Folgen hat eine Verletzung der Mitwirkungspflicht? ... 33
16.4 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Vertragsverhältnis beziehen? ... 33
16.5 Was gilt bei Tod der Versicherten Person? ... 33

F Überschüsse, Überschussbeteiligung und Bewertungsreserven ... 33
17 Was ist eine Überschussbeteiligung? ... 33
17.1 Beteiligung an dem Überschuss ... 33
17.2 Beteiligung an den Bewertungsreserven ... 34
18 Wie teilen wir Überschussanteile vor Eintritt eines Leistungsfalls zu? ... 35
18.1 Beitragsverrechnung ... 35
18.2 Bonusrente ... 35
19 Wie teilen wir Überschussanteile nach Eintritt eines Leistungsfalls zu? ... 35
20 Wie beteiligen wir Sie vor Eintritt eines Leistungsfalls an den Bewertungsreserven? ... 36
21 Wie beteiligen wir Sie nach Eintritt eines Leistungsfalls an den Bewertungsreserven? ... 36
22 Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren? 36

G Auszahlung von Leistungen ... 37

23 Ab wann zahlen wir Leistungen aus? ... 37
23.1 Wann erhalten Sie keine Leistungen mehr? ... 37
24 An wen zahlen wir Leistungen aus? ... 37

H Unser Vertragsverhältnis ... 38
25 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein? ... 38
26 Welches Recht gilt für Ihren Vertrag, welche Sprache verwenden wir und wie müssen Mitteilungen erfolgen? ... 38
26.1 Recht und Vertragssprache ... 38
26.2 Was müssen Sie beachten, wenn sich Ihre Anschrift oder Ihr Name ändert? ... 38
26.3 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie? ... 38
27 Wo können Sie sich beschweren? ... 39
27.1 Schlichtungsstelle ... 39
27.2 Aufsichtsbehörde ... 39
27.3 Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen? ... 39
28 Wie erfolgen Anpassungen dieser Bedingungen? ... 40
28.1 Wann wird eine neue Bestimmung wirksam? ... 40
29 Unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihre Versicherung um eine Kapitalbildung ergänzen bzw. umwandeln? 40
30 Welche Besonderheiten gelten für den Stufentarif? ... 41
30.1 Wann und in welchem Umfang erhöht sich der Beitrag? ... 41
30.2 Vertragsänderungen und Einschränkungen ... 41
30.3 Welcher Beitrag ist bei Berufsunfähigkeit befreit? ... 42
31 Welche Besonderheiten gelten für die Berufsunfähigkeitsversicherung als Direktversicherung? ... 42
31.1 Wer erhält die Versicherungsleistung? ... 42
31.2 Hinweise zur sozialversicherungsrechtlichen Behandlung ... 43
31.3 Welche Besonderheiten gelten für die Beitragsfreistellung? ... 43
31.4 Welche Besonderheiten gelten für die Kündigung? ... 43
31.5 Was gilt nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses? ... 44
31.6 Welche Einschränkungen gelten in der betrieblichen Altersversorgung? ... 44
31.7 Gesellschafter-Geschäftsführer Option bei einer Direktversicherung ... 44

I Nachversicherungsgarantien ... 45

32 Welche Nachversicherungsgarantien haben Sie? 45
33 Spezielle Nachversicherungsgarantie für Humanmediziner 49
34 Optionale Gestaltungsmöglichkeiten 50
34.1 Einschluss von Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit und <<care>>-Option ... 50
34.2 Besserstufungsoption 51

J Verlängerungsgarantie 51
35 Unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihren Vertrag ohne erneute Gesundheitsprüfung verlängern? 51

K Kündigung des Vertrags 52
36 Wann und wie können Sie Ihren Vertrag kündigen? 52
37 Welche Folgen hat es, wenn Sie kündigen? 52

L Erläuterung wichtiger Begriffe 53

M Auszug aus dem Sozialgesetzbuch ... 56

B Unser Vertragsschluss

1 Wer ist Ihr Vertragspartner? Wie kommt der Vertrag zwischen uns zustande?

Wir sind die Swiss Life Lebensversicherung SE, eine Europäische Aktiengesellschaft, kurz Swiss Life. Sie werden unser Vertragspartner, der sogenannte Versicherungsnehmer.
Unser Vertrag kommt wie folgt zustande: Zuerst füllen Sie unser Antragsformular auf Abschluss vollständig und wahrheitsgemäß aus. Diesen Antrag schicken Sie oder Ihr Vermittler uns zu. Der Vertrag kommt in dem Moment zwischen uns zustande, wenn Sie den Versicherungsschein von uns erhalten.

2 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz besteht frühestens, wenn Sie den Versicherungsschein erhalten.
Wenn im Versicherungsschein ein späterer Zeitpunkt als Versicherungsbeginn genannt ist, beginnt Ihr Versicherungsschutz zu diesem späteren Zeitpunkt. Die Versicherung beginnt immer um 00.00 Uhr des Tages.
Hinweis: Unsere Leistungspflicht entfällt, wenn Sie Ihren Beitrag nicht rechtzeitig zahlen. Lesen Sie dazu 5.1.

3 Wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz endet

- mit dem Tod der Versicherten Person,
- mit Kündigung des Vertrags,
- bei Beitragsfreistellung, wenn die beitragsfreie Mindestrente nicht erreicht wird,
- mit dem Ablaufdatum der Versicherungsdauer.

C Beiträge und Kosten

4 Was müssen Sie beachten, wenn Sie Beiträge bezahlen?

4.1 Zahlungsweise

Laufende Beiträge können Sie in folgenden Zahlungsabschnitten zahlen:

- monatlich
- vierteljährlich
- halbjährlich
- jährlich.

Der Zahlungsabschnitt entspricht der Versicherungsperiode (wie im Versicherungsvertragsgesetz – VVG).

4.2 Erstbeitrag

Sie müssen Ihren Erstbeitrag sofort zahlen, nachdem Sie den Versicherungsschein erhalten haben. Sie müssen den Erstbeitrag jedoch nicht vor dem Versicherungsbeginn zahlen, der im Versicherungsschein angegeben ist.
Sie haben den Beitrag rechtzeitig gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Im Lastschriftverfahren gilt Ihr Beitrag als rechtzeitig bezahlt, wenn

- wir Ihren fälligen Beitrag einziehen können und
- Sie dem Einzug nicht widersprechen.

Wenn wir Ihren Beitrag nicht einziehen konnten, gilt er dennoch als rechtzeitig bezahlt, wenn

- Sie den Vorfall nicht zu vertreten haben,
- wir Sie zur Zahlung aufgefordert haben und
- Sie Ihren Beitrag unverzüglich an uns überweisen.

4.3 Folgebeiträge

Alle folgenden Beiträge müssen Sie zu Beginn des vereinbarten Zahlungsabschnitts zahlen. Sie können die Beiträge im Lastschriftverfahren zahlen. Wir buchen Ihre Beiträge am Anfang eines Zahlungsabschnitts von dem Konto ab, das Sie uns angegeben haben. Ihr Beitrag gilt als rechtzeitig bezahlt, wenn

- wir Ihren fälligen Beitrag einziehen können und
- Sie dem Einzug nicht widersprechen.

Wenn wir Ihren Beitrag nicht einziehen konnten, gilt er dennoch als rechtzeitig bezahlt, wenn

- Sie den Vorfall nicht zu vertreten haben,
- wir Sie zur Zahlung aufgefordert haben und
- Sie Ihren Beitrag unverzüglich an uns überweisen.

Wenn Sie Beiträge nicht gezahlt haben und der Versicherungsfall eingetreten ist, ziehen wir die fehlenden Beiträge von unseren Leistungen ab. Wir dürfen verlangen, dass Sie die Beiträge auf andere Weise als im Lastschriftverfahren zahlen, wenn

- wir den Beitrag wiederholt nicht einziehen konnten und
- Sie diese Vorfälle zu vertreten haben.

Alternativ können Sie Ihre Beiträge auch überweisen.

5 Was geschieht, wenn Sie Ihren Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen?

5.1 Erstbeitrag

Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten. Das gilt nicht, wenn Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben. Dies müssen Sie uns nachweisen.

Haben Sie Ihren Erstbeitrag noch nicht gezahlt und der Versicherungsfall tritt ein, erbringen wir keine Leistung, sofern wir Sie auf diese Rechtsfolge

- durch eine Mitteilung in Textform oder
- durch einen auffälligen schriftlichen Hinweis im Versicherungsschein

vorab aufmerksam gemacht haben. Haben Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten, erbringen wir dennoch die Leistung. Dies müssen Sie uns nachweisen.

5.2 Folgebeitrag

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, schicken wir Ihnen eine Mahnung. In der Mahnung setzen wir Ihnen eine Frist von mindestens zwei Wochen. Wenn Sie innerhalb dieser Frist nicht zahlen, geschieht Folgendes:

- Wir kündigen den Vertrag.
- Der Versicherungsschutz vermindert sich wie nach einer Beitragsfreistellung (siehe Abschnitt 8) oder er entfällt ohne Rückkaufswert (siehe Abschnitt 37), sofern nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist noch Zahlungsverzug besteht.

Auf die hier genannten Folgen und weitere Details weisen wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hin. Die Kündigung kann bereits mit der Mahnung verbunden werden.
Für einen Versicherungsfall, der nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintritt, entfällt oder vermindert sich der Versicherungsschutz, wenn Sie sich bei Eintritt des Versicherungsfalls noch mit der Zahlung in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

6 Wie können Sie Ihre Beiträge und Leistungen automatisch erhöhen lassen?

Sie können mit uns vereinbaren, dass sich Ihre Beiträge jedes Jahr automatisch erhöhen. Dies nennen wir dynamische Erhöhung oder Dynamik.

Lesen Sie dazu unsere Bedingungen für die Dynamik (Bedingungen für die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung).

7 Welche Kosten erheben wir für Ihren Vertrag?

Vereinbarung zur Verrechnung der Kosten

Mit Ihrem Versicherungsvertrag sind Kosten verbunden. Diese sind in Ihren Beitrag einkalkuliert und werden Ihnen daher nicht gesondert in Rechnung gestellt. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten.

Zu den **Abschluss- und Vertriebskosten** gehören insbesondere Abschlussprovisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschluss- und Vertriebskosten die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen. Mit einem Teil dieser Kosten wird gemäß 7.1 verfahren. Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden während der vertraglich vereinbarten Beitragszahlungsdauer aus den laufenden Beiträgen getilgt.

Zu den **übrigen Kosten** gehören insbesondere die Kosten für die laufende Verwaltung. Diese werden über die gesamte Vertragslaufzeit verteilt.

7.1 Für Ihren Vertrag wird hiermit Folgendes zur Zillmerung vereinbart

Maßgebend ist das Verrechnungsverfahren gemäß § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung (Zillmerung). Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit die Beiträge nicht für Leistungen im Versicherungsfall und Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode bestimmt sind.

Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist gemäß Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 Prozent der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Beiträge beschränkt. Auch bei späteren Erhöhungen gehen wir nach dem dargestellten Verfahren vor.

7.2 Höhe der anfallenden Kosten

Die Höhe der anfallenden Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten und der darin enthaltenen Kosten für die laufende Verwaltung zu Ihrem Vertrag sind in den vorvertraglichen Informationen, die vor Antragstellung ausgehändigt werden, beziffert.

7.3 Vereinbarung eines Abzugs bei Beitragsfreistellung

Es wird hiermit ausdrücklich vereinbart, dass im Falle einer (teilweisen oder vollständigen) Beitragsfreistellung ein Abzug erfolgt.

Die Höhe des Abzugs haben wir in Euro und Cent für Sie in den Informationen beziffert, die Sie vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung erhalten haben. Auch im Versicherungsschein haben wir den Abzug in Euro und Cent für Sie beziffert. Sie finden die Werte jeweils unter der Überschrift „Übersicht der garantierten Werte bei Beitragsfreistellung und Kündigung“.

7.4 Welchen Hintergrund hat der Abzug?

Mit dem Abzug wird ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Außerdem wird die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestands ausgeglichen.

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 Vertrags partizipiert dieser neue Vertrag an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Während der Laufzeit muss der Vertrag daher solche Mittel zur Verfügung stellen. Bei

einer Beitragsfreistellung gehen diese zukünftig eingeplanten Solvenzmittel dem verbleibenden Bestand verloren. Deshalb müssen diese Mittel 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.

Veränderungen der Risikolage

Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass die Risikogemeinschaft sich gleichmäßig aus Versicherten Personen mit einem hohen Risiko und Versicherten Personen mit einem geringeren Risiko zusammensetzt. Da Personen mit einem geringen Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko, wird in Form eines kalkulatorischen Ausgleichs sichergestellt, dass der Risikogemeinschaft durch die vorzeitige Vertragskündigung kein Nachteil entsteht. Gleiches gilt bei Beitragsfreistellung in dem Umfang, wie sich das Risiko reduziert.

7.5 Angemessenheit des Abzugs

Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestands ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital und ein Ausgleich für verminderte Kapitalerträge vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Beitragsfreistellung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

7.6 Sonstige Kosten

Für bestimmte Geschäftsvorfälle erheben wir zusätzliche Kosten.

Diese Kosten betragen bei

- Bearbeitung von Rückläufern im Lastschriftverfahren mangels Kontendeckung und bei erloschenem Konto zehn Euro.
- Bei Beitragszahlung per Rechnung verlangen wir die Portokosten zuzüglich einer Verwaltungskostenpauschale von drei Euro.

Kosten, die uns von dritter Seite in Rechnung gestellt werden (z. B. für Lastschriftrückläufer, Finanztransaktionskosten/-abgaben, Steuern) belasten wir Ihnen ebenfalls. Wir behalten uns vor, diese Kosten auch ohne Einzelnachweis pauschal geltend zu machen.

Kosten, die wir für ärztliche Untersuchungen im Rahmen der Gesundheitsprüfung übernommen haben, können wir von Ihnen verlangen, wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen und wir deshalb vom Vertrag zurücktreten.

Wir haben uns bei der Bemessung der Pauschale an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand orientiert. Sofern Sie uns nachweisen, dass die der Bemessung zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall dem Grunde nach nicht zutreffen, entfällt die Pauschale. Sofern Sie uns nachweisen, dass die Pauschale der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern ist, setzen wir sie entsprechend herab.

D Überbrückung von Zahlungsschwierigkeiten

Wenn Sie Ihre Beiträge nicht zahlen können, bieten wir Ihnen folgende Wege, um Ihre Zahlungsschwierigkeiten zu überbrücken:

- Beiträge senken (Beitragssenkung, siehe 8.1)
- Keine Beiträge mehr bezahlen (Beitragsfreistellung, siehe 8.1)
- Beitragszahlung wieder aufnehmen (Wiederinkraftsetzung, siehe 8.3)

- Besonderheiten bei vorübergehenden Zahlungsschwierigkeiten (siehe 8.4)
- Besonderheiten bei längerer beruflicher Auszeit mit bestehendem Arbeitsvertrag (Sabbatical), Mutterschutz/Elternzeit, Arbeitslosigkeit und Weiterbildung in Vollzeit (siehe 8.5).

Bitte sprechen Sie uns an, damit wir gemeinsam eine Lösung für Sie finden können.

8 Wie können Sie Ihre Beiträge senken oder die Beitragszahlung einstellen?

8.1 Wie beantragen Sie eine Beitragssenkung oder Beitragsfreistellung?

Sie können jederzeit zum nächsten Zahlungsabschnitt (Versicherungsperiode) Ihre Beiträge senken oder die Beitragszahlung einstellen. Dies nennen wir Beitragssenkung bzw. Beitragsfreistellung. Sie können die Beitragszahlung auch nur für einen bestimmten Zeitraum senken oder einstellen (siehe auch 8.4). Sie müssen uns Ihren Wunsch in Textform mitteilen.

Wenn Sie den Beitrag senken oder die Beitragszahlung einstellen möchten, muss die reduzierte bzw. beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente mindestens 600 Euro jährlich betragen. Liegt die beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente unter der genannten Grenze, endet der Vertrag und es wird keine Leistung fällig.

8.2 Welche Auswirkungen auf die garantierten Leistungen gibt es?

Wenn Sie Ihre Beiträge senken oder die Beitragszahlung einstellen, verringert sich Ihre vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente. Die garantierten beitragsfreien Werte finden Sie im Versicherungsschein. Dabei wenden wir die gleichen Rechnungsgrundlagen wie vor der Beitragsfreistellung an und verlangen den in 7.3 beschriebenen Abzug. Die Berechnung erfolgt nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation, die für Ihren Vertrag gelten.

Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden. Insbesondere in der Anfangszeit Ihrer Versicherung sind wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente vorhanden. Auch in den Folgejahren und in den letzten Jahren vor Ablauf stehen wegen der benötigten Risikobeiträge keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente zur Verfügung.

Nähere Informationen zur beitragsfreien Rente und ihrer Höhe können Sie den vorvertraglichen Informationen und dem Versicherungsschein entnehmen.

8.3 Wie können Sie den bisherigen Beitrag oder die bisherige garantierte Leistung wiederherstellen?

Wenn Sie einen ganz oder teilweise beitragsfrei gestellten oder erloschenen Vertrag wieder in Kraft setzen möchten, haben wir das Recht, eine wirtschaftliche und medizinische Risikoprüfung durchzuführen.

Erfolgt die Wiederinkraftsetzung innerhalb von sechs Monaten nach Beitragsfreistellung oder Löschung bzw. ab dem Zeitpunkt, ab dem die Beiträge unbezahlt sind, verzichten wir auf eine erneute Risikoprüfung, sofern der Versicherungsfall zum Zeitpunkt des Zugangs des Antrags auf Wiederinkraftsetzung noch nicht eingetreten ist.

8.4 Besonderheiten bei vorübergehenden Zahlungsschwierigkeiten

Stundung der Beiträge

Sie können für einen Zeitraum von bis zu 24 Monaten eine Stundung der fälligen Beiträge unter Beibehaltung des vereinbarten Versicherungsschutzes in Textform verlangen, wenn folgende Voraussetzung erfüllt ist:

- Der Vertrag weist ein ausreichend hohes Deckungskapital auf; d. h., es muss mindestens dem Gegenwert der zu stundenden Beiträge entsprechen.

Hierfür erheben wir keine Stundungszinsen. Die gestundeten Beiträge können Sie nach Ablauf des Stundungszeitraums

- in einem Beitrag entrichten,
- in einem Zeitraum von bis zu zwölf Monaten, gerechnet ab Ablauf der Stundung, in Raten zusammen mit den laufenden Beiträgen nachzahlen,
- durch Erhöhung der laufenden Beiträge verrechnen, so dass keine Nachzahlung erforderlich ist,
- durch Reduzierung der versicherten Leistungen verrechnen, so dass keine Nachzahlung erforderlich ist.

Falls Sie eine Erhöhung der laufenden Beiträge oder eine Reduzierung der versicherten Leistungen wünschen, erhalten Sie von uns ein entsprechendes Angebot.

Befristete Beitragsfreistellung oder Beitragssenkung

Bei vorübergehenden Zahlungsschwierigkeiten haben Sie die Möglichkeit, für bis zu 18 Monate die Beitragszahlung ganz oder teilweise einzustellen. Das nennen wir befristete Beitragsfreistellung. Voraussetzung hierfür ist, dass die reduzierte oder beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente mindestens 600 Euro jährlich beträgt.

Nach Ablauf der befristeten Beitragsfreistellung führen wir Ihren Vertrag ohne erneute Risikoprüfung fort.

Sie können die beitragsfrei gestellte Zeit bei Wiederinkraftsetzung durch eine Erhöhung der Beiträge oder durch Nachzahlung der Beiträge unter Einrechnung entgangener Zinserträge ausgleichen. Wenn Sie die beitragsfrei gestellte Zeit nicht ausgleichen, sondern den ursprünglich vereinbarten Beitrag weiterhin zahlen, verringern sich die Leistungen entsprechend den versicherungsmathematischen Regeln der Tarifkalkulation Ihres Vertrags.

Die für den beitragsfrei gestellten Teil maßgeblichen Rechnungsgrundlagen gelten auch für den wieder in Kraft gesetzten Vertragsteil.

Auf die Stundung der Beiträge und die befristete Beitragsfreistellung räumen wir Ihnen einen Rechtsanspruch ein.

8.5 BUprotect

Bei Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit, Weiterbildung in Vollzeit z. B. zum Meister, Fachwirt (Bachelor Professional), Techniker, IHK-geprüfter Betriebswirt (Master Professional), im Rahmen des Mutterschutzes, der Elternzeit der Versicherten Person oder des Ehepartners/eingetragenen Lebenspartners und bei längerer beruflicher Auszeit, in der Ihr Arbeitsvertrag weiter besteht (Sabbatical), haben Sie die Möglichkeit, temporär Ihren Beitrag auf fünf Euro pro Monat zu reduzieren. Den Zeitraum der Beitragsreduktion nennen wir BUprotect. Werden Sie in dieser Zeit berufsunfähig im Sinne dieser Bedingungen erhalten Sie – unter Berücksichtigung der vereinbarten Karenzzeit – während der Dauer der Berufsunfähigkeit 70 Prozent der zuletzt vor BUprotect versicherten BU-Rente. Eine vereinbarte Dynamik oder eine garantierte Leistungssteigerung ruht während dieses Zeitraums. Eventuell bestehende Zusatzversicherungen und Optionen werden für den Zeitraum von BUprotect ausgeschlossen. Diese werden nach Ablauf von BUprotect wieder eingeschlossen.

Der BUprotect-Zeitraum beträgt – unter den im Folgenden genannten Voraussetzungen – garantiert sechs Monate.
Sofern Ihr Vertrag über ein ausreichend hohes Deckungskapital verfügt, können Sie BUprotect für bis zu 36 Monate beantragen. Bei der ersten Beantragung von BUprotect ermitteln wir den für Ihren Vertrag maximal möglichen Zeitraum. Dieser gilt dann für die gesamte Vertragslaufzeit. Sie können den ermittelten maximalen Zeitraum auch

in mehrere Zeiträume aufteilen, wobei jeder Zeitraum mindestens sechs Monate betragen muss. Sollte bei erneuter Inanspruchnahme von BUprotect nur noch ein Zeitraum von weniger als sechs Monaten zur Verfügung stehen, können Sie auch diesen Zeitraum in Anspruch nehmen.

Voraussetzungen für BUprotect:

- Sie erbringen einen Nachweis über das Vorliegen von Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit, Weiterbildung in Vollzeit, Mutterschutz, Elternzeit oder längerer beruflicher Auszeit mit bestehendem Arbeitsvertrag (Sabbatical).
- Sie befanden sich unmittelbar vor Arbeitslosigkeit in einem Arbeitsverhältnis von mindestens einem Jahr.
- Ihr Vertrag besteht beitragspflichtig seit mindestens einem Jahr.
- Bei einem Vertrag mit Stufentarif müssen mindestens drei Jahre seit Beginn der Beitragsstufe 2 vergangen sein. Während der Dauer der Beitragsstufe 1 ist BUprotect nicht möglich.
- Die restliche Versicherungsdauer beträgt noch mindestens 15 Jahre.
- Die Versicherungsdauer ist mindestens bis zum Alter 62 vereinbart und Sie waren bei Vertragsabschluss nicht älter als 35 Jahre.

Unter den o. g. Voraussetzungen räumen wir Ihnen einen Rechtsanspruch auf BUprotect ein. Bei einer kürzeren Versicherungsdauer oder einem höheren Eintrittsalter erfolgt eine individuelle Prüfung des maximal möglichen Zeitraums von BUprotect, einen Rechtsanspruch darauf können wir Ihnen jedoch nicht einräumen.

Nach Ablauf dieser temporären Beitrags- und Leistungsreduktion im Rahmen von BUprotect wird Ihr Vertrag mit dem Beitrag weitergeführt, den Sie zuletzt vor Ausübung von BUprotect gezahlt haben. Die Leistung reduziert sich dabei nach versicherungsmathematischen Grundsätzen gegenüber der Leistung vor BUprotect. Bereits bei Bewilligung von BUprotect erstellen wir einen Nachtrag zum Versicherungsschein. In diesem dokumentieren wir den Beitrag und die Leistungen während BUprotect, das Ablaufdatum von BUprotect und den Beitrag und die Leistungen nach Ablauf von BUprotect.
Sie können Ihren Vertrag auch mit dem Leistungsumfang fortführen, der zuletzt vor Ausübung von BUprotect bestand. Dadurch erhöht sich Ihr Beitrag nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Sollten Sie die Fortführung Ihres Vertrags mit diesen Leistungen wünschen, teilen Sie uns dies bitte vier Wochen vor Ablauf der BUprotect-Phase in Textform mit. Wir erstellen Ihnen dann einen entsprechenden Vorschlag. Wenn Sie diesen annehmen, erstellen wir einen Nachtrag zum Versicherungsschein. Auf eine erneute gesundheitliche und wirtschaftliche Risikoprüfung verzichten wir dabei. Die Weiterführung des Vertrags mit den Leistungen, die zuletzt vor Ausübung von BUprotect bestanden, setzt voraus, dass während BUprotect keine Berufsunfähigkeit eingetreten ist bzw. keine Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung beantragt worden sind.

E Unsere Leistungen und Einschränkungen

9 Wann liegt eine Berufsunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit oder schwere Krankheit vor?

9.1 Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?

Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die Versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung, Pflegebedürftigkeit oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, sechs Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen außerstande sein wird, ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, auszuüben. In beiden Fällen liegt bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit bereits ab Beginn des sechsmonatigen Zeitraums vor.

Wir erbringen die versicherte Leistung, wenn ein Berufsunfähigkeitsgrad von mindestens 50 Prozent besteht. Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit werden keine Leistungen fällig.

Wir verweisen nicht auf eine andere Tätigkeit, es sei denn, die Versicherte Person übt eine berufliche Tätigkeit konkret aus, die mit der bisherigen beruflichen Tätigkeit vergleichbar ist. Dies ist der Fall, wenn diese Tätigkeit aufgrund der Gesundheitsverhältnisse zumutbar ist und im Hinblick auf die Ausbildung und Erfahrung sowie Lebensstellung der bisherigen beruflichen Tätigkeit entspricht.

Unter der bisherigen Lebensstellung ist die Lebensstellung in finanzieller und sozialer Sicht zu verstehen, die vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung bestanden hat. Die dabei für die Versicherte Person zumutbare Einkommensreduzierung wird von uns je nach Lage des Einzelfalls auf die im Rahmen der höchstrichterlichen Rechtsprechung festgelegte Größe im Vergleich zum Bruttoeinkommen im zuletzt ausgeübten Beruf, vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung, begrenzt. Sie beträgt jedoch maximal 20 Prozent.

Berufsunfähigkeit liegt nicht oder nicht mehr vor, wenn die Versicherte Person eine berufliche Tätigkeit konkret ausübt, die mit der bisherigen beruflichen Tätigkeit vergleichbar ist.

War die Versicherte Person zuletzt vor Eintritt des Leistungsfalls als Humanmediziner, Zahnarzt, Apotheker oder Psychotherapeut tätig und übt sie nach Eintritt des Leistungsfalls eine Tätigkeit aus, die nicht mit der vor Eintritt des Leistungsfalls ausgeübten Tätigkeit vergleichbar ist, so liegt auch weiterhin Berufsunfähigkeit vor. Eine Vergleichbarkeit besteht insbesondere dann nicht, wenn die nach Eintritt des Leistungsfalls ausgeübte Tätigkeit keine humanmedizinischen, zahnärztlichen, pharmazeutischen oder psychotherapeutischen Fähigkeiten und Kenntnisse erfordert.

9.2 Berufsunfähigkeit durch Infektionskrankheiten

Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn von einer zuständigen Behörde ein teilweises oder vollständiges berufliches Tätigkeitsverbot gemäß § 31 Infektionsschutzgesetz (IfSG) für sechs Monate ununterbrochen bestanden hat oder für sechs Monate ununterbrochen verfügt wird. Das verfügte Tätigkeitsverbot muss dabei zu einem Berufsunfähigkeitsgrad von mindestens 50 Prozent führen (Berufsunfähigkeit durch Infektionskrankheiten). Die Prüfung der Berufsunfähigkeit infolge eines beruflichen Tätigkeitsverbots erfolgt ausschließlich auf Grundlage des IfSG in der Fassung vom 20.12.2022.

Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn bei der Versicherten Person eine ärztlich festgestellte Infektion vorliegt, die die Fähigkeit zur Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit einschränkt und durch den Hygieneplan eines staatlich anerkannten Hygienikers belegt wird, dass von der Versicherten Person eine Infektionsgefahr ausgeht. Dabei muss die Versicherte Person gegenüber dem Zustand vor Eintritt der Infektionsgefahr zu mindestens 50 Prozent in ihrer Fähigkeit zur Ausübung der beruflichen Tätigkeit eingeschränkt sein und sie darf diese auch nicht ausüben.

Der Hygieneplan muss darlegen, welche Tätigkeiten der Versicherten Person in welchem Umfang durch die Infektionsgefahr eingeschränkt werden. Die Einschränkung in der Fähigkeit zur Berufsausübung muss mindestens sechs Monate ununterbrochen bestanden haben oder für voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen bestehen. Der Hygieneplan ist uns im Original oder amtlich beglaubigt vorzulegen, wenn aufgrund eines Hygieneplans Leistungen geltend gemacht werden.

Berufsunfähigkeit liegt nicht oder nicht mehr vor, wenn die Versicherte Person eine andere Tätigkeit tatsächlich ausübt, die im Hinblick auf die Ausbildung und Erfahrung sowie Lebensstellung der bisherigen Tätigkeit entspricht.

Die Versicherte Person muss das berufliche Tätigkeitsverbot durch Vorlage der Verfügung im Original oder einer amtlich beglaubigten Kopie nachweisen.

9.3 Kriterien für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit bei Schülern, Auszubildenden und Studenten

Berufsunfähigkeit während der Schulausbildung

Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die Versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Pflegebedürftigkeit, die ärztlich nachzuweisen sind, sechs Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen außerstande sein wird, als Schüler an ihrem bisherigen Schulunterricht an einer allgemeinbildenden Schule teilzunehmen. In beiden Fällen liegt bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit bereits ab Beginn des sechsmonatigen Zeitraums vor.

Bei der Beurteilung, ob die Versicherte Person außerstande ist, an ihrem bisherigen Schulunterricht teilzunehmen, berücksichtigen wir insbesondere die Konzentrations- und Aufnahmefähigkeit, die Fähigkeit zur mündlichen und schriftlichen Kommunikation sowie die Fähigkeit zur Bewältigung der Hausaufgaben. Eine abstrakte Verweisung auf eine andere Schulform erfolgt nicht.

Nimmt die Versicherte Person zwar an ihrem bisherigen Schulunterricht weiter teil, kann dies aber für einen ununterbrochenen Zeitraum von mindestens sechs Monaten nur mit sonderpädagogischer Förderung oder besucht für mindestens diesen Zeitraum eine Förderschule, liegt ebenfalls Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor.

Wir erbringen die versicherte Leistung, wenn ein Berufsunfähigkeitsgrad von mindestens 50 Prozent besteht. Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit werden keine Leistungen fällig.

Leistungen wegen Berufsunfähigkeit als Schüler erbringen wir, solange die Voraussetzungen – wie definiert – fortbestehen und die Versicherte Person keine berufliche Tätigkeit ausübt, die ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Berufsunfähigkeit während der Berufsausbildung

Während der Berufsausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die Versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung, Pflegebedürftigkeit oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, sechs Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen außerstande sein wird, ihre zuletzt betriebene Ausbildung fortzusetzen, und auch keine andere berufliche oder schulische Ausbildung absolviert, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht, sowie keine berufliche Tätigkeit ausübt, die ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Wir erbringen die versicherte Leistung, wenn ein Berufsunfähigkeitsgrad von mindestens 50 Prozent besteht. Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit werden keine Leistungen fällig.

Berufsunfähigkeit während eines Vollzeitstudiums

Während eines Vollzeitstudiums liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die Versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung, Pflegebedürftigkeit oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, sechs Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen außerstande sein wird, ihr zuletzt betriebenes Studium fortzusetzen, und auch kein anderes Studium betreibt, das ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht, sowie keine berufliche Tätigkeit ausübt, die ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Als Studium gilt ein Vollzeitstudium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule (Universität, Fachhochschule, Duale Hochschule). Der angestrebte akademische Studienabschluss muss in Deutschland anerkannt sein.

Wir erbringen die versicherte Leistung, wenn ein Berufsunfähigkeitsgrad von mindestens 50 Prozent besteht. Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit werden keine Leistungen fällig.

9.4 Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit

Berufsunfähigkeit wird bei Pflegebedürftigkeit der Versicherten Person angenommen. Diese besteht, wenn mindestens eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist:

- Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 2 oder höher nach den Definitionen der §§ 14 und 15 des SGB XI mit Stand vom 01.01.2017 (siehe 9.4.1) oder
- Pflegebedürftigkeit aufgrund des Hilfebedarfs bei drei von sechs Aktivitäten des täglichen Lebens (siehe 9.4.2) oder
- Pflegebedürftigkeit aufgrund einer Einschränkung der Alltagskompetenz infolge einer Demenz (siehe 9.4.3) oder
- Pflegebedürftigkeit aufgrund von Bettlägerigkeit (siehe 9.4.4) oder
- Pflegebedürftigkeit aufgrund von Bewahrung (siehe 9.4.5).

Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen oder mindestens sechs Monate bestanden haben. Dies ist ärztlich nach objektiven und medizinischen Maßstäben festzustellen.

9.4.1 Pflegebedürftigkeit nach den Definitionen der §§ 14 und 15 des SGB XI (Stand 01.01.2017)

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die Versicherte Person gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb der Hilfe durch andere bedarf. Die Versicherte Person kann die körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen.

Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten sind pflegefachlich begründete Kriterien in den folgenden sechs Bereichen:

1. Mobilität
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
4. Selbstversorgung
5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der oben genannten Bereiche berücksichtigt.

Gemäß § 15 SGB XI wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsverfahrens ein Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) nach der Schwere der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten ermittelt.

Hierbei werden den einzelnen Kriterien der sechs genannten Bereiche pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet. Die durch die Begutachtung festgestellten Einzelpunkte werden addiert und einem festgelegten Punktebereich zugeordnet. Jedem Punktebereich entsprechen festgelegte gewichtete Punkte. Aus den gewichteten Punkten aller Module werden durch Addition die Gesamtpunkte ermittelt. Die Zuordnung der Einzelpunkte zu Punktebereichen erfolgt nach den zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.

Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 2 (erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten) liegt vor, wenn bei der Ermittlung des Pflegegrades im Rahmen des Begutachtungsverfahrens gemäß § 15 SGB XI eine Gesamtpunktzahl von 27 bis unter 47,5 Punkten ermittelt wurde.

Weitere Informationen zu den pflegefachlich begründeten Kriterien, der Anwendung des Begutachtungsverfahrens sowie den für diesen Vertrag maßgebenden Gesetzestext mit Stand vom 01.01.2017 finden Sie im Anhang. Bitte beachten Sie, dass Änderungen des Gesetzes zu keiner Leistungsänderung des Vertrags führen.

9.4.2 Pflegebedürftigkeit aufgrund des Hilfebedarfs bei den Aktivitäten des täglichen Lebens

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die Versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls so hilflos ist, dass sie für mindestens drei der nachstehend genannten Aktivitäten des täglichen Lebens – auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel – täglich der Hilfe einer anderen Person in erheblichem Umfang bedarf.

Für jede der folgenden Aktivitäten des täglichen Lebens, bei denen die Versicherte Person auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, täglich die beschriebene Hilfe einer anderen Person benötigt, erhält sie einen Pflegepunkt. Dies ist ärztlich nach objektiven medizinischen Maßstäben festzustellen.

Fortbewegen im Zimmer 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die Versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt.

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

An- und Auskleiden 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die Versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.

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

Waschen, Kämmen oder Rasieren 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die Versicherte Person von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür notwendigen Körperbewegungen auszuführen.

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

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

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

9.4.3 Einschränkung der Alltagskompetenz infolge einer Demenz

Pflegebedürftigkeit aufgrund einer Demenz im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die Versicherte Person infolge einer demenzbedingten Hirnleistungsstörung in erheblichem Maße einen Verlust der Alltagskompetenz erleidet. Hirnleistungsstörungen und Verlust der Alltagskompetenz

liegen vor, wenn ein Facharzt der Neurologie oder Psychiatrie die Diagnose Demenz nachfolgenden Kriterien stellt:

1. „Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen“ ab dem Schweregrad 5 bei der Ermittlung des Schweregrades der Demenz über die Global Deterioration Scale nach Reisberg oder

2. Durch eine körperliche und psychopathologische Untersuchung inklusive Hirnleistungstest (Minimal-Mental-Status-Test). Dabei müssen mindestens vier der folgenden sechs Punkte erfüllt sein:

- Depression, unkontrollierte Aggressivität
- Verkennung von Alltagssituationen mit Selbst- oder Fremdgefährdung
- Unkontrolliertes, wiederholtes Verlassen des Wohnbereichs
- Gedächtnisstörung und Denkstörung mit herabgesetztem Urteilsvermögen
- Störung des Tag-Nacht-Rhythmus
- Im Hirnleistungstest (Minimal-Mental-Status-Test MMST) werden weniger als 50 Prozent der erreichbaren Punkte erreicht.

Sind weniger als vier der aufgeführten Kriterien erfüllt, besteht kein Leistungsanspruch.

9.4.4 Pflegebedürftigkeit aufgrund Bettlägerigkeit

Pflegebedürftigkeit aufgrund von Bettlägerigkeit liegt vor, wenn die Versicherte Person bettlägerig und nicht mehr in der Lage ist ohne fremde Hilfe aufzustehen. Der Zustand muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen oder mindestens sechs Monate bestanden haben.

9.4.5 Pflegebedürftigkeit aufgrund von Bewahrung

Pflegebedürftigkeit aufgrund von Bewahrung liegt vor, wenn die Versicherte Person aufgrund einer seelischen Erkrankung oder einer geistigen Behinderung, sich oder andere gefährdet und dadurch ständig, bei Tag und Nacht, beaufsichtigt werden muss (Bewahrung). Die medizinische Notwendigkeit der Bewahrung ist uns anhand von Facharztberichten oder Gutachten nachzuweisen. Der Zustand muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen oder mindestens sechs Monate bestanden haben.

9.5 Wann liegt Arbeitsunfähigkeit vor?

Sie können mit uns gegen Mehrbeitrag vereinbaren, dass wir Leistungen nicht nur wegen Berufsunfähigkeit erbringen, sondern auch bei einer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten Person (nicht möglich in der betrieblichen Altersversorgung). Bei Antragstellung können Sie zwischen zwei maximalen Leistungsdauern (24 oder 36 Monate) wählen. Die getroffene Auswahl ist während der Versicherungsdauer nicht mehr veränderbar.
Bitte beachten Sie, dass Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit (gemäß 9.5), Berufsunfähigkeit (gemäß 9.1) und schwerer Krankheit (gemäß 9.6) nicht gleichzeitig bezogen werden können.

Vollständige Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn

- zum Zeitpunkt der Beantragung von Leistungen eine ärztlich bescheinigte vollständige Arbeitsunfähigkeit bereits mindestens vier Monate ununterbrochen bestanden hat und zugleich eine vollständige Arbeitsunfähigkeit mindestens bis zum Ablauf eines insgesamt sechsmonatigen Zeitraums attestiert wird,
- eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bereits mindestens sechs Monate ununterbrochen bestanden hat und ärztlich attestiert wird.

Arbeitsversuche im Sinne einer stufenweisen Wiedereingliederung gemäß § 74 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) stellen keine Unterbrechung der vollständigen Arbeitsunfähigkeit dar.

9.6 Wann liegt eine schwere Krankheit vor?

Eine schwere Krankheit liegt ausschließlich in den nachfolgend aufgezählten Fällen vor. Die schwere Krankheit muss zu nachweisbaren physischen Veränderungen führen und damit einer objektiven Befunderhebung zugänglich sein. Der Nachweis muss durch eine fachärztliche Diagnose der entsprechenden Fachrichtung mit den nach aktuellem medizinischem Wissensstand üblichen Befunderhebungen und Testverfahren erfolgen. Daraus entstehende Kosten hat der Anspruchsteller zu tragen.

Krebs
Krebs im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn ein solider Tumor durch eine feingewebliche Untersuchung (Histologie) eindeutig als bösartig (maligne) klassifiziert wurde und durch unkontrolliertes Wachstum und Ausbreitung maligner Zellen sowie durch Zerstörung von gesundem Gewebe charakterisiert ist. Die Diagnose muss durch einen qualifizierten Onkologen oder Pathologen erfolgen. Versicherungsschutz besteht nur, wenn

- ein Tumor mit Lymphknoten- und Fernmetastasen oder
- ein Gehirntumor ab WHO II oder
- Leukämie, Morbus Hodgkin oder
- maligne (bösartige) Lymphome

nachgewiesen werden.

Herzinfarkt
Ein Herzinfarkt im Sinne dieser Bedingungen ist das Absterben von Herzmuskelgewebe infolge unzureichender Blutzufuhr in die betroffenen Bereiche des Herzmuskels wegen Verengung oder Verschlusses eines oder mehrerer Herzkranzgefäße. Es muss sich um einen während der Laufzeit des Vertrags akut aufgetretenen Infarkt handeln, der sich mit den zum Zeitpunkt des Leistungsantrags geltenden kardiologischen bzw. medizinischen Nachweisverfahren eindeutig belegen lässt. Dabei muss die Diagnose durch die folgenden Kriterien gesichert sein: Typische Brustschmerzen, Erhöhung der herzmuskel-spezifischen Laborwerte (Enzyme), neu aufgetretene und für einen Herzinfarkt typische EKG-Veränderungen sowie eine durch bildgebende Verfahren nachgewiesene Minderung der Ejektionsfraktion (EF) auf einen Wert kleiner 35 Prozent.

Schlaganfall
Ein Schlaganfall (Hirninfarkt, zerebraler Insult, apoplektischer Insult, Apoplex, Gehirnschlag) im Sinne dieser Bedingungen ist eine plötzlich auftretende Schädigung des Gehirns, verursacht durch eine akute Minderdurchblutung des Gehirns oder eine Hirnblutung mit der Folge des irreversiblen Absterbens von Gehirnzellen und den daraus resultierenden neurologischen Störungen. Die Funktionsstörungen müssen dabei in einem Bereich auftreten, der durch die vom Schlaganfall betroffene Hirnregion gesteuert wird und zur Folge haben, dass mindestens halbseitige Lähmung für voraussichtlich mindestens sechs Monate fortbestehen wird. Der Schlaganfall muss mit einer zum Zeitpunkt des Leistungsantrags geltenden bildgebenden Diagnosetechnik (z. B. Computertomographie, Kernspintomographie) eindeutig belegt werden.

Blindheit
Ein Verlust der Sehfähigkeit der Versicherten Person liegt bei dauerhafter Blindheit oder hochgradigem Verlust der Sehkraft beider Augen vor, die nicht durch nichtinvasive, therapeutische Maßnahmen (z. B. medikamentöse Einstellung) oder Sehhilfen (z. B. Brille, Kontaktlinsen) korrigiert werden kann. Ein hochgradiger Verlust der Sehkraft liegt vor, wenn das Restsehvermögen nach optimaler Korrektur durch medizinische Maßnahmen und unter Verwendung von Sehhilfen die Sehschärfe des besseren Auges 3/60 (bzw. 0,05) oder weniger auf der Snellen-Sehprobetafel beträgt oder das Gesichtsfeld des besseren Auges auf höchstens 15 Grad Abstand vom Zentrum eingeschränkt ist, so dass ein Gesamtgesichtsfeldwinkel von höchstens 30 Grad besteht. Der Verlust der Sehfähigkeit muss durch einen Facharzt für Augenheilkunde nachgewiesen werden und muss für voraussichtlich mindestens sechs Monate fortbestehen.

Taubheit
Ein Verlust der Hörfähigkeit liegt vor, wenn bei der Versicherten Person – auch unter Nutzung von geeigneten Hilfsgeräten (z. B. Hörgeräte) – auf beiden Ohren anhand eines anerkannten sprachaudiometrischen Testverfahrens (z. B. Freiburger Wörtertest) ein Hörverlust von mindestens 75 Prozent nachgewiesen wird oder ein Hörverlust von mindestens 60 Dezibel bei einer Tonfrequenz von 2-kHz vorliegt. Der Verlust der Hörfähigkeit muss durch einen Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde anhand ausführlicher audiologischer Untersuchung nachgewiesen werden und für voraussichtlich mindestens sechs Monate fortbestehen.

Verlust der Sprache
Ein Verlust der Sprachfähigkeit liegt vor, wenn die Versicherte Person ihre sprachliche Ausdrucksfähigkeit nach abgeschlossenem Spracherwerb aufgrund körperlicher Ursachen (z. B. nach einer Kopfverletzung) völlig verloren hat oder diese auch bei Verwendung geeigneter Hilfsmittel (z. B. eines Kehlkopfmikrofons) so weit eingeschränkt ist, dass die Versicherte Person von einem unabhängigen Dritten nicht mehr verstanden wird, weil sie keinen verständlichen sinnvollen Satz bilden und aussprechen kann. Die Beeinträchtigung der Sprache muss für voraussichtlich mindestens sechs Monate fortbestehen und durch ein neurologisches Gutachten nachgewiesen werden, bei aphasischen Störungen unter Verwendung entsprechender Tests, wie z. B. dem Aachener Aphasietest.

9.7 Günstigerprüfung für Teilzeitkräfte

Damit im Leistungsfall die Günstigerprüfung für Teilzeitkräfte greift, sind bestimmte Voraussetzungen hinsichtlich Art und Umfang der von der Versicherten Person bei Eintritt des Leistungsfalls ausgeübten Tätigkeit zu erfüllen.

Art der Tätigkeit

Die Versicherte Person übt bei Eintritt des Leistungsfalls eine weisungsgebundene und sozialversicherungspflichte Tätigkeit aus, bzw. ist in einer Versorgungseinrichtung pflichtversichert, die der gesetzlichen Rentenversicherung gleichgestellt ist.

Umfang der Tätigkeit

Die Versicherte Person übt ihre Tätigkeit bei Eintritt des Leistungsfalls zeitlich eingeschränkt (Teilzeittätigkeit), gemäß § 2 Absatz 1 Teilzeit- und Befristungsgesetz (Stand 22.11.2019), aus. D.h. die regelmäßige Wochenarbeitszeit ist kürzer als die eines vergleichbaren vollzeitbeschäftigen Arbeitnehmers.

Zum Nachweis der Teilzeittätigkeit ist uns ein Teilzeit-Arbeitsvertrag oder eine Teilzeit-Bestätigung des Arbeitgebers einzureichen.

Sind die Voraussetzungen hinsichtlich Art und Umfang der bei Eintritt des Leistungsfalls ausgeübten Tätigkeit erfüllt, erfolgt die Günstigerprüfung wie folgt: Es wird zunächst geprüft, ob bedingungsmäßige Berufsunfähigkeit im Sinne der Abschnitte 9.1 bis 9.4 vorliegt. Ist dies der Fall, erhält die Versicherte Person die vereinbarten Leistungen aus diesem Vertrag.
Stellt sich jedoch heraus, dass keine bedingungsmäßige Berufsunfähigkeit im Sinne der Abschnitte 9.1 bis 9.4 vorliegt, so wird zugunsten der Versicherten Person zusätzlich geprüft, ob sie ihre berufliche Teilzeittätigkeit in ihrer konkreten Ausgestaltung noch drei Stunden oder mehr pro Arbeitstag ausüben kann oder könnte. Ist dies nicht der Fall, so erhält die Versicherte Person ebenso die vereinbarten Leistungen aus diesem Vertrag.

10 Welchen Einfluss hat eine Umorganisation?

Selbstständige

Berufsunfähigkeit setzt bei einer selbstständigen Versicherten Person zusätzlich voraus, dass sie ihren Beruf auch dann nicht weiter ausüben kann, wenn sie ihren Betrieb in zumutbarer Weise umorganisiert. Als selbstständig gilt, wer (Mit-)Inhaber der Organisationsgewalt über einen Betrieb ist (z. B. Freiberufler, Gewerbetreibende, sonstige Selbstständige, nicht sozialversicherungspflichtige

Geschäftsführer). Eine Umorganisation ist nur dann zumutbar, wenn

- die hierfür erforderlichen Maßnahmen wirtschaftlich zweckmäßig sind und keinen erheblichen Kapitaleinsatz erfordern,
- die bisherige Lebensstellung als Betriebs-(Mit-)Inhaber im Wesentlichen gewahrt bleibt,
- sich die umorganisationsbedingte Einkommensminderung vor Steuern in den von der Rechtsprechung vorgegebenen Grenzen (höchstens jedoch 20 Prozent, bezogen auf das durchschnittliche jährliche Einkommen der letzten drei Jahre) bewegen, und
- die Umorganisation nicht zulasten der Gesundheit der Versicherten Personen geht.

Zur Beurteilung der umorganisationsbedingten Einkommensminderung sind uns geeignete Unterlagen (z. B. Betriebswirtschaftliche Auswertung, Bilanz, Gewinn- und Verlustrechnung, etc.) der letzten drei Jahre vor Eintritt der Berufsunfähigkeit einzureichen.

10.1 Wann verzichten wir auf die Prüfung einer Umorganisation?

Bei Selbstständigen verzichten wir auf die Prüfung einer Umorganisation des Betriebs, wenn

- die Versicherte Person in dem Betrieb weniger als fünf Mitarbeiter beschäftigt oder
- die Versicherte Person einen akademischen Abschluss hat und mindestens zu 90 Prozent der durchschnittlichen Arbeitszeit kaufmännisch und/oder organisatorisch tätig ist.

Bei selbstständigen niedergelassenen Ärzten (Human- und Zahnmediziner) verzichten wir auf die Prüfung einer Umorganisation der Praxis, wenn

- die Versicherte Person in einer Einzelpraxis tätig ist und sie weniger als fünf approbierte Mitarbeiter beschäftigt,
- die Versicherte Person in einer Praxisgemeinschaft tätig ist (d. h. sie bildet mit anderen Ärzten keine wirtschaftliche Einheit im Sinne einer Abrechnungsgemeinschaft) und sie weniger als fünf approbierte Mitarbeiter beschäftigt,
- die Versicherte Person in einer Gemeinschaftspraxis oder als (Mit)Inhaber in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig ist (d. h. sie bildet mit anderen Ärzten eine wirtschaftliche Einheit im Sinne einer Abrechnungsgemeinschaft) und insgesamt weniger als fünf approbierte Mitarbeiter oder Partner beschäftigt bzw. tätig sind.

Für den Bezug von Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit verzichten wir immer auf die Prüfung einer Umorganisation.

Bei weisungsgebundenen Arbeitnehmern und sozialversicherungspflichtigen Geschäftsführern verzichten wir immer auf die Prüfung einer Umorganisation.

11 Welche Kriterien gelten bei einem Berufswechsel, bei Unterbrechung der Berufstätigkeit oder nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben?

Einen Berufswechsel müssen Sie uns grundsätzlich nicht anzeigen. Auch bei einem Wechsel in einen gefahrenerhöhten Beruf bleiben die Rechnungsgrundlagen unverändert – d. h., Ihr Beitrag ändert sich nicht, sofern die Überschussdeklaration unverändert bleibt. Sie sind automatisch in Ihrer neuen, konkret ausgeübten Tätigkeit versichert.

Der freiwillige Wechsel in eine andere Tätigkeit, z. B. als Hausfrau/-mann, gilt als Berufswechsel und nicht als Ausscheiden aus dem Beruf. Gleiches gilt für ununterbrochene Elternzeit ab dem sechsten Jahr. Nach einem Berufswechsel prüfen wir die zuletzt vor Eintritt der Berufsunfähigkeit

ausgeübte Tätigkeit (siehe 9.1) zur Feststellung der Leistungspflicht.

Bei ununterbrochenen Zeiten des Mutterschutzes und der Elternzeit legen wir in den ersten fünf Jahren die vor der Unterbrechung ausgeübte Tätigkeit und die damit verbundene Lebensstellung bei der Prüfung des Leistungsanspruchs zugrunde.

Auch nach Ausscheiden aus dem Berufsleben (z. B. passive Altersteilzeit) oder bei Unterbrechung der Berufstätigkeit (z. B. Arbeitslosigkeit und Kurzarbeit) können Sie Ihre bestehende Berufsunfähigkeitsversicherung fortführen. Beantragen Sie in dieser Zeit Leistungen, so gilt für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit die vorher konkret ausgeübte berufliche Tätigkeit und die damit verbundene Lebensstellung.

12 Welche Leistungen erbringen wir und wie werden diese berechnet?

12.1 Rauchverhalten - Raucherstatus

Diese Versicherung wird als Raucher- und Nichtraucherversicherung angeboten. Das bei Antragstellung von der Versicherten Person angegebene Rauchverhalten legt fest, ob sie im Sinne dieser Bedingungen Nichtraucher oder Raucher ist. Die Beitragshöhe richtet sich nach der Einordnung der Versicherten Person als Raucher oder Nichtraucher (bei gleichen Leistungen). Das zu Vertragsbeginn dokumentierte Rauchverhalten der Versicherten Person ist nachträglich nicht veränderbar und gilt für die gesamte Laufzeit des Vertrags. Eine Änderung des Rauchverhaltens der Versicherten Person muss uns nicht angezeigt werden.

12.2 Leistungen wegen Berufsunfähigkeit

Wird die Versicherte Person während der Versicherungsdauer, frühestens nach Beginn des Versicherungsschutzes, berufsunfähig im Sinne dieser Bedingungen, erbringen wir in Abhängigkeit vom versicherten Leistungsumfang nachstehende Leistungen.

12.2.1 Zahlung einer Rente und Befreiung von der Beitragszahlungspflicht

Wir zahlen die zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit vereinbarte Rente nach Ablauf der Karenzzeit monatlich im Voraus.

Nach Ablauf der Karenzzeit sind Sie von der Zahlung der Beiträge, die zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit vereinbart sind (siehe Abschnitt 23), befreit.

12.2.2 Zahlung einer Umschulungshilfe

Haben Sie eine Umschulungsmaßnahme durch die Agentur für Arbeit oder einen anderen staatlich anerkannten Träger erfolgreich abgeschlossen und endet die Berufsunfähigkeit aufgrund neu erworbener beruflicher Kenntnisse und Fähigkeiten (siehe Abschnitt 14), zahlen wir Ihnen auf Antrag zum Ausgleich finanzieller Einbußen eine pauschale Umschulungshilfe in Höhe von 1.500 Euro.

Die Umschulungshilfe kann während der Vertragsdauer mehrmals in Anspruch genommen werden.

12.2.3 Zahlung einer Umorganisationshilfe

Hat die Umorganisation des Betriebs zur Folge, dass wir von der Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit frei sind oder werden, übernehmen wir auf Antrag die Kosten, die im Rahmen der Umorganisation des Betriebs der Versicherten Person entstehen oder entstanden sind, in voller Höhe, jedoch begrenzt auf sechs Monatsrenten (Umorganisationshilfe).

Voraussetzung für die Zahlung ist, dass der Zeitraum vom Entstehen des Anspruchs auf Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente bis zum Ablauf der Leistungsdauer bzw., sofern der Anspruch bereits entstanden ist, die verbleibende Leistungsdauer mindestens zwölf Monate beträgt.

Wird die Versicherte Person innerhalb von sechs Monaten nach Zahlung der Umorganisationshilfe

aufgrund derselben medizinischen Ursache, wegen der die Umorganisation vorgenommen wurde, berufsunfähig, stellt die von uns erbrachte Umorganisationshilfe eine Vorauszahlung für die dann fälligen Leistungen wegen Berufsunfähigkeit dar. Anschließend setzt der Anspruch auf Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente ein.

12.2.4 Zahlung einer Rehabilitationshilfe

Ist bei der Versicherten Person während der Versicherungsdauer Berufsunfähigkeit (siehe 9.1 bis 9.3) oder Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit (siehe 9.4) eingetreten und hat sie deswegen auf ihren eigenen Wunsch hin eine oder mehrere Dienstleistungen zur beruflichen Rehabilitation auf eigene Kosten in Anspruch genommen, übernehmen wir auf Antrag die Kosten in voller Höhe, jedoch begrenzt auf 2.000 Euro (Rehabilitationshilfe).

Voraussetzung für die Zahlung ist, dass die Inanspruchnahme der Dienstleistungen geeignet ist, zu einer schnelleren Wiederherstellung der Berufsfähigkeit beizutragen. Ihnen steht die freie Wahl aus allen am Markt verfügbaren entsprechenden Dienstleistern zu.

Wenn Sie sich vor einer Inanspruchnahme an uns wenden, prüfen wir gerne vorab, ob wir eine entsprechende Eignung anerkennen.

Ob die Maßnahmen tatsächlich den angestrebten Erfolg erzielen, ist für unsere Leistung ohne Bedeutung.

Die Rehabilitationshilfe kann einmalig oder mehrfach in Anspruch genommen werden, insgesamt jedoch maximal in Höhe einer Gesamtleistung von 2.000 Euro für alle bei Swiss Life auf die Versicherte Person abgeschlossenen Verträge mit Berufsunfähigkeitsschutz.

12.2.5 Garantierte Rentensteigerung

Zusätzlich zur Rente (siehe 12.2.1) können Sie gegen Mehrbeitrag eine garantierte jährliche Rentensteigerung mitversichern.

Die erste garantierte Erhöhung der Rente erfolgt zu Beginn des Versicherungsjahres, das auf den Beginn unserer Leistungspflicht folgt. Dabei ist es unerheblich, ob die Leistung aufgrund von Berufsunfähigkeit (siehe 9.1), Arbeitsunfähigkeit (siehe 9.5) oder dem Vorliegen einer schweren Krankheit (siehe 9.6) erbracht wird. Die Höhe der garantierten Rentensteigerung ergibt sich aus dem bei Vertragsschluss vereinbarten Steigerungssatz und der auf das Versicherungsjahr bezogenen garantierten Vorjahresrente.

Endet die Leistungspflicht vor Ablauf der Versicherungsdauer, wird der Vertrag wieder beitragspflichtig wie unmittelbar vor Eintritt der Leistungspflicht. Falls eine garantierte Rentensteigerung erbracht wurde, werden die Steigerungen bei erneuter Leistungspflicht nicht angerechnet, sondern die Steigerungen beginnen wieder von neuem.

12.3 Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit (sofern gegen Mehrbeitrag vereinbart)

Liegt vollständige Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor, erbringen wir folgende Leistungen:

- Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für den gesamten vertraglichen Beitrag
- Zahlung einer Rente wegen Arbeitsunfähigkeit in Höhe der zuletzt vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente.

Haben Sie eine garantierte Rentensteigerung für die Berufsunfähigkeitsrente vereinbart, gilt diese entsprechend auch für die wegen vollständiger Arbeitsunfähigkeit zu leistende Rentenzahlung.

Wir erbringen Leistungen wegen vollständiger Arbeitsunfähigkeit, solange

- die Versicherte Person ununterbrochen vollständig arbeitsunfähig im Sinne dieser Bedingungen ist,
- wir keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erbringen,
- die Versicherte Person lebt,

- die Leistungsdauer des Vertrags noch nicht abgelaufen ist.

Unsere Leistungen erfolgen rückwirkend ab Beginn des Monats, der auf den Beginn der attestierten Arbeitsunfähigkeit folgt. Eine vereinbarte Karenzzeit gilt nicht für Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit. Unsere Leistungen enden zum Ende des Monats, in dem die ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit endet, spätestens mit dem 24. bzw. 36. Monat einer ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit. Die von Ihnen gewählte maximale Leistungsdauer für Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit ist im Versicherungsschein dokumentiert.

Beispiel:
Erster Tag der Arbeitsunfähigkeit: 13. Februar
Die Rentenzahlung beginnt am 1. März
Letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit: 26. November.
Die letzte Rentenzahlung erfolgt für den Monat November.

Insgesamt erbringen wir Leistungen wegen vollständiger Arbeitsunfähigkeit für maximal 24 bzw. 36 Monate während der gesamten Laufzeit des Vertrags (für Arbeitsunfähigkeiten mit einer Dauer ab sechs Monaten).

Der Bezug von Leistungen wegen vollständiger Arbeitsunfähigkeit bedingt nicht automatisch auch einen Anspruch auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit. Sie können jedoch verlangen, dass der Antrag auf Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit eine gleichzeitige Prüfung von Ansprüchen auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit gemäß 9.1 ff. auslöst. Hierfür gelten sämtliche Regelungen zur Berufsunfähigkeit. Beide Leistungen werden jedoch stets unabhängig voneinander geprüft und bewilligt.

Erkennen wir zu einem späteren Zeitpunkt rückwirkend Leistungen wegen Berufsunfähigkeit an, verrechnen wir diese mit den erbrachten Leistungen wegen vollständiger Arbeitsunfähigkeit.

Werden Leistungszeiträume einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit rückwirkend als Leistungszeitraum wegen Berufsunfähigkeit anerkannt, schmälern diese nicht den maximalen Leistungszeitraum, der für die Arbeitsunfähigkeit gilt. Daher prüfen wir auf Ihren Wunsch auch schon bei Anmeldung von Leistungen wegen vollständiger Arbeitsunfähigkeit auch Ihre Ansprüche auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit.

Sonstige Regelungen

Ein Ausschluss dieser Option ist während der Vertragslaufzeit zum Schluss einer Versicherungsperiode möglich, sofern noch keine Leistungen wegen vollständiger Arbeitsunfähigkeit beantragt oder in Anspruch genommen wurden. Ein Rückkaufswert wird dabei nicht fällig.

Wenn für Ihren Vertrag Leistungseinschränkungen vereinbart sind, gelten diese auch für Leistungen wegen vollständiger Arbeitsunfähigkeit.

12.4 Leistungen wegen schwerer Krankheit

Erkrankt die Versicherte Person während der Versicherungsdauer, frühestens nach Beginn des Versicherungsschutzes, an einer der unter 9.6 beschriebenen schweren Krankheit, zahlen wir als Akuthilfe die für den Fall einer Berufsunfähigkeit vereinbarte monatliche Rente für eine Dauer von 18 Monaten, solange die Versicherte Person lebt. Der Bezug von Leistungen aufgrund einer schweren Krankheit bedingt nicht automatisch auch einen Anspruch auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit. Der Antrag auf Leistungen wegen schwerer Krankheit löst aber immer eine durch Swiss Life initiierte, gleichzeitige Prüfung von Ansprüchen auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit gemäß 9.1 ff. aus. Hierfür gelten sämtliche Regelungen zur Berufsunfähigkeit. Beide Leistungen werden jedoch stets unabhängig voneinander geprüft und bewilligt.

Der Anspruch auf Leistungen wegen schwerer Krankheit entsteht ein Monat nach deren Diagnose durch einen entsprechenden Facharzt, so-

fern die Versicherte Person diesen Zeitpunkt erlebt. Unsere Leistungen erfolgen rückwirkend zum Beginn des darauffolgenden Monats. Die Leistung endet nicht vorzeitig, auch wenn sich der Gesundheitszustand der Versicherten Person innerhalb des Zeitraums von 18 Monaten wieder bessert.

Erkennen wir zu einem späteren Zeitpunkt rückwirkend Leistungen wegen Berufsunfähigkeit an, verrechnen wir diese mit den erbrachten Leistungen wegen schwerer Krankheit. Daher prüfen wir schon bei Anmeldung von Leistungen wegen schwerer Krankheit auch Ihre Ansprüche auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit.

12.4.1 Welche Einschränkungen gibt es bei Leistungen wegen schwerer Erkrankung?

Es ist nicht möglich, Leistungen wegen schwerer Krankheit zu beziehen, wenn Sie den Vertrag im Rahmen einer betrieblichen Altersversorgung abgeschlossen haben.

Weiter ist es nicht möglich, Leistungen wegen schwerer Krankheit zu beziehen, wenn bereits Leistungen aufgrund Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit bezogen werden. Bezieht die Versicherte Person eine Leistung wegen schwerer Erkrankung und es wird eine Leistungspflicht aufgrund von Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit festgestellt, erlischt die Leistung wegen schwerer Krankheit rückwirkend zum Zeitpunkt des Eintritts des Leistungsfalls wegen Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit.

Ist eine versicherte schwere Krankheit bedingungsgemäß eingetreten, begründet der Eintritt einer anderen bedingungsgemäß versicherten schweren Krankheit keine zusätzliche Versicherungsleistung, solange Leistungen aufgrund der zuerst eingetretenen schweren Krankheit erbracht werden. Die Leistungsdauer von 18 Monaten kann sich jedoch verlängern, wenn eine andere bedingungsgemäß versicherte schwere Krankheit zeitlich versetzt nacheinander eintreten sollte. Leistungen wegen einer der unter 9.6 beschriebenen schweren Krankheit, können je Krankheit nur einmalig während der Vertragslaufzeit in Anspruch genommen werden.
Wenn für Ihren Vertrag Leistungseinschränkungen vereinbart sind, gelten diese auch für Leistungen wegen einer schweren Krankheit.

12.5 Leistungen wegen voller Erwerbsminderung

Sollte die Versicherte Person voll erwerbsgemindert sein, erkennen wir die vereinbarten Leistungen wegen Berufsunfähigkeit an. Für die Anerkennung von Berufsunfähigkeits-Leistungen wegen voller Erwerbsminderung sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

- Die Versicherte Person erhält von der Deutschen Rentenversicherung eine unbefristete Rente wegen voller Erwerbsminderung aus rein medizinischen Gründen.
- Die Versicherte Person hat bei Eintritt der Voraussetzungen zur vollen Erwerbsminderung mindestens das 50. Lebensjahr vollendet.
- Der Vertragsbeginn liegt bei Eintritt der Voraussetzungen zur vollen Erwerbsminderung mindestens zehn Jahre zurück.

Zum Nachweis der vollen Erwerbsminderung ist uns der unbefristete Rentenbescheid der Deutschen Rentenversicherung einzureichen. Geht aus dem Rentenbescheid nicht eindeutig hervor, dass rein medizinische Gründe zur vollen Erwerbsminderung geführt haben, muss die Versicherte Person dies mit geeigneten Unterlagen (z. B. Arztberichte, medizinische Gutachten, etc.) nachweisen.

Für den Begriff der vollen Erwerbsminderung gilt die Definition des § 43 Sozialgesetzbuch (SGB) VI (Stand 02.03.2023).

Sollten die Voraussetzungen für die Zahlung einer vollen Erwerbsminderungsrente entfallen und die Deutsche Rentenversicherung die Zahlung der

unbefristeten Rente wegen voller Erwerbsminderung einstellen, so hat uns die Versicherte Person über diesen Umstand unverzüglich zu informieren.

Sollten für Ihren Vertrag besondere Vereinbarungen, Einschränkungen oder Ausschlüsse gelten, so gelten diese auch für Leistungen wegen voller Erwerbsminderung.

12.6 Welche Leistungen können Sie zusätzlich in Anspruch nehmen?

Stundung der Beiträge während der Leistungsprüfung

Nach Anmeldung von Berufsunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit oder schwerer Krankheit sind die Beiträge weiter zu zahlen. Auf Ihr Verlangen stunden wir die Beiträge, im Falle der Anmeldung von Berufsunfähigkeit erst nach Ablauf einer ggf. vereinbarten Karenzzeit, bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht und darüber hinaus, sollte es zu einem gerichtlichen Verfahren kommen, bis zu dessen Abschluss.

Eine Stundung erfolgt längstens jedoch für fünf Jahre nach Ablauf der Karenzzeit. Stundungszinsen berechnen wir dabei nicht.

Soweit wir Leistungen für den Zeitraum der Stundung anerkennen, brauchen Sie gestundete Beiträge nicht nachzuentrichten.

Soweit wir keine Leistungen anerkennen, sind nach Ablauf der Stundung die gestundeten Beiträge unverzüglich nachzuzahlen. Hierzu haben Sie folgende Möglichkeiten:

- Sie können die gestundeten Beiträge in einem Betrag nachzahlen.
- Sie können die gestundeten Beiträge in einem Zeitraum von bis zu 24 Monaten, gerechnet ab Ablauf der Stundung, in Raten zusammen mit den laufenden Beiträgen nachzahlen. Stundungszinsen berechnen wir dabei ebenfalls nicht.

Lassen Sie sich die Beiträge nicht stunden und erkennen wir Leistungen aus dieser Versicherung an, zahlen wir Ihnen die befreiten Beiträge rückwirkend ab Beginn der Leistungspflicht, verzinst mit dem bei Vertragsabschluss vereinbarten Rechnungszins (siehe 12.7), zurück.

Unterstützung während der Anwartschafts- und Leistungsphase

Während der gesamten Dauer Ihres Vertrags beraten und unterstützen wir Sie auf Wunsch gerne. Wir geben Auskünfte zu Ihrem Versicherungsschutz allgemein und wenn Sie Leistungen beanspruchen. Wir erläutern Ihnen zum Beispiel, welche Voraussetzungen Sie erfüllen müssen, um Leistungen wegen Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit zu erhalten. Wir beraten die Versicherte Person, sofern sie dies wünscht, um sich wieder in den Beruf einzugliedern.

Gerne unterstützen wir Sie, wenn Sie Fragen haben:

- welche Unterlagen Sie einreichen müssen, um die gesundheitliche Beeinträchtigung nachzuweisen,
- wie Sie die bisherige berufliche Tätigkeit beschreiben können,
- wie und wann wir die Leistung prüfen,
- welche Ansprechpartner geeignet sind, um Maßnahmen für die medizinische und berufliche Rehabilitation zu ergreifen,
- welche allgemeinen Grundsätze bei der Umorganisation des Betriebs eines Selbstständigen gelten.

12.7 Rechnungsgrundlagen

Die geschlechtsunabhängige Beitragskalkulation basiert auf den Invalidisierungstafeln SL 2025 I NR (N) oder SL 2025 I R (N), den Tafeln SL 2022 TI, SL 2022 RI und SL 2022 T sowie einem Rechnungszins in Höhe von 1,0 Prozent; die Kalkulation von Swiss Life BU 4U abweichend auf Invalidisierungstafeln SL 2025 I NR (A) oder SL 2025 I R (A).

12.8 Sonstige Regelungen

Unser Versicherungsschutz besteht weltweit.

Für den Beginn eines Leistungsanspruchs nach Eintritt der Berufsunfähigkeit können Sie unterschiedliche Karenzzeiten oder keine Karenzzeit wählen. Die von Ihnen ausgewählte Karenzzeit dokumentieren wir im Versicherungsschein.

Wir verzichten auf das Recht zur Anpassung der Beiträge gemäß § 163 VVG.

Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen können Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung erhalten (siehe Kapitel F).

Weitere Einzelheiten über Art, Umfang und Fälligkeit der Versicherungsleistung finden Sie im Versicherungsschein. Im Falle etwaiger Widersprüche haben die im Versicherungsschein getroffenen Vereinbarungen vor diesen Bedingungen Vorrang.

13 Wann geben wir eine Erklärung zu unserer Leistungspflicht ab?

Während der Prüfung Ihres Anspruchs auf Leistung aus der Berufsunfähigkeitsversicherung werden wir Sie jeweils innerhalb von vier Wochen nach Eingang von Unterlagen gemäß 16.1 über erforderliche weitere Prüfungsschritte informieren oder Ihnen regelmäßig eine Zwischeninformation zukommen lassen. Zusätzlich erinnern wir in regelmäßigen Abständen – spätestens alle vier Wochen – an fehlende Unterlagen bzw. Informationen und setzen Sie darüber in Kenntnis.

Liegen uns alle Unterlagen und die von uns eingeholten Informationen (siehe 16.1.1) vor, erklären wir innerhalb von zehn Arbeitstagen, ob und ab wann wir Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung anerkennen.

Befristetes Anerkenntnis

Grundsätzlich sprechen wir bei Berufsunfähigkeit kein befristetes Anerkenntnis aus. In begründeten Einzelfällen können einem unbefristeten Anerkenntnis wichtige Gründe entgegenstehen. In einem solchen Fall möchten wir Ihnen schnell und unkompliziert helfen, indem wir einmalig ein zeitlich befristetes Anerkenntnis für einen Leistungszeitraum von bis zu maximal zwölf Monaten in Textform aussprechen.

Die Prüfung der Fortdauer der Berufsunfähigkeit bei befristetem Anerkenntnis erfolgt nach Ablauf der Frist nach den Grundsätzen der Erstprüfung gemäß Abschnitt 13 dieser Bedingungen, die Regelungen für das Nachprüfungsverfahren gemäß Abschnitt 14 gelten insoweit nicht. Die hierfür erforderlichen Kosten werden von uns getragen. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich begrenzte Anerkenntnis für uns bindend. Auf eine Beendigung der Leistung infolge Nachprüfung innerhalb des befristeten Leistungszeitraums verzichten wir.

Stellt sich nach Ablauf der Frist heraus, dass keine Berufsunfähigkeit vorliegt, fordern wir die bis dahin gezahlten Leistungen nicht zurück. Leistungen aus einem befristeten Anerkenntnis sind für uns selbst dann nicht rückforderbar, wenn keine Berufsunfähigkeit vorgelegen haben sollte.

14 Was gilt für Sie und uns bei der Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

Wir sind berechtigt, die Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch und den Grad der Berufsunfähigkeit nachzuprüfen. Dabei können wir erneut prüfen, ob die Versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von Abschnitt 9 ausübt. Seit Eintritt der Berufsunfähigkeit neu erworbene berufliche Fähigkeiten werden dabei berücksichtigt, ebenso die Lebensstellung vor dem Versicherungsfall. Insofern können wir auch Angaben verlangen, ob die Versicherte Person eine Tätigkeit konkret im Sinne von Abschnitt 9 wieder ausübt oder ausgeübt hat.

Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der Versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte sowie Aufklärungen vor Ort durch Berufskundler verlangen. Die Bestimmungen von 16.1.1 gelten entsprechend.

Eine Wiederaufnahme oder Änderung der beruflichen Tätigkeit müssen Sie uns unverzüglich anzeigen, sofern Sie Leistungen aus diesem Vertrag erhalten oder beantragt haben. Gleiches gilt bei Minderung der Pflegebedürftigkeit oder Änderung eines behördlichen Tätigkeitsverbots.

Hat sich der Grad der Berufsunfähigkeit auf weniger als 50 Prozent vermindert, stellen wir die Leistung ein.

Haben wir unsere Leistungspflicht im Rahmen der Günstigerprüfung für Teilzeitkräfte gemäß Abschnitt 9.7 anerkannt und hat sich die tägliche Leistungsfähigkeit der Versicherten Person (im zugrunde liegenden Beruf) auf drei Stunden oder mehr erhöht, stellen wir unsere Leistungen ein.

Liegt Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit vor und hat sich die Art des Pflegefalls geändert oder sein Umfang gemindert, mit der Folge, dass keine der in 9.4 genannten Voraussetzungen erfüllt ist, stellen wir unsere Leistungen ein.

Wir sind leistungsfrei, wenn wir feststellen, dass die Voraussetzungen der Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit entfallen sind und wir Ihnen diese Veränderung in Textform darlegen. Unsere Leistungen bei Berufsunfähigkeit können wir mit Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen einstellen.

Auslandsaufenthalt

Hat die Versicherte Person nach Beginn der Leistungen ihren ständigen Aufenthalt im Ausland, so können wir jederzeit verlangen, dass die Versicherte Person oder der Versicherungsnehmer Unterlagen über die Fortdauer der Berufsunfähigkeit und ihres Grades vorlegt. Die Kosten hierfür erstatten wir maximal nach den an unserem Sitz geltenden Maßstäben und im Rahmen dieser Bedingungen. Einmal jährlich können wir umfassende Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte in Deutschland verlangen. Notwendige Reise- und Übernachtungskosten übernehmen wir. Auf Untersuchungen in Deutschland können wir verzichten, wenn diese vor Ort nach den von uns in Deutschland angewendeten Grundsätzen erfolgen.

15 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Soweit nichts anderes vereinbart ist, besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsfall verursacht ist

- unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse oder innere Unruhen, sofern die Versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat. Diese Einschränkung gilt nicht, wenn die Versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig wird oder stirbt, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.
- durch die Begehung oder den Versuch einer vorsätzlichen Straftat durch die Versicherte Person wie beispielsweise ein illegales Autorennen im Straßenverkehr. Dieser Ausschluss gilt nicht bei Ordnungswidrigkeiten und Fahrlässigkeitsdelikten aller Art. Für den Straßenverkehr bedeutet dies, dass der Versicherungsschutz bei Begehung einer fahrlässigen Ordnungswidrigkeit, einer vorsätzlichen Ordnungswidrigkeit, einer fahrlässigen Straftat oder einer grob fahrlässigen Straftat besteht.

- durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, Kräfteverfall oder Pflegebedürftigkeit, durch absichtliche Selbstverletzung oder durch versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass die Handlung in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist, werden wir bedingungsgemäß leisten.
- 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,
- unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird,
- durch Handeln oder Unterlassen, mit welchem der Versicherungsnehmer, Bezugsberechtigte oder der Drittberechtigte vorsätzlich und rechtswidrig im Sinn des Strafrechts die Berufsunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit oder schwere Krankheit der Versicherten Person herbeigeführt hat.

16 Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten

Vor und bei Abschluss sowie während der Vertragslaufzeit haben Sie Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten zu beachten. Deren Verletzung hat schwerwiegende Folgen.

16.1 Welche Mitwirkungspflichten müssen Sie beachten, wenn Sie Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit oder schwerer Krankheit verlangen?

Zur Feststellung unserer vertraglichen Verpflichtung können wir Auskünfte in zweistufiger Form verlangen, zur Feststellung unserer Leistungspflicht muss von Ihnen der Nachweis des Bestehens von bedingungsgemäßer Berufsunfähigkeit und deren Auswirkungen auf den zuletzt ausgeübten Beruf der Versicherten Person oder der Arbeitsunfähigkeit der Versicherten Person erbracht werden.

Darüber hinaus können wir verlangen, dass uns die Auskunft über die steuerliche Ansässigkeit vorgelegt wird.

Die Feststellung unserer vertraglichen Verpflichtung nehmen wir auf Ihren Wunsch hin in zweistufiger Form vor. Im Rahmen der Leistungsprüfung erläutern wir Ihnen die Details der jeweiligen Form und Sie haben dann die Möglichkeit sich für eine Form zu entscheiden. Wir können von der Versicherten Person auf der ersten Stufe verlangen, dass sie uns entweder ermächtigt, bei ihrer Krankenkasse und/oder ihrem Hausarzt Informationen über ärztliche Behandlungen und Behandlungszeiträume ohne Angabe von Befunden für den Zeitraum der vorvertraglichen Anzeigepflicht einzuholen oder uns die erforderlichen Auskünfte auf eigene Nachfrage zur Verfügung stellt. Ebenso können wir von der Versicherten Person Nachweise zur beruflichen Tätigkeit (z. B. Tätigkeitsmerkmale wie Arbeitsanteil im Büro, Auslandsaufenthalte), sowie zur wirtschaftlichen Situation (z. B. Einkommen) zum Zeitpunkt der Antragstellung verlangen. Ergeben sich aus diesen Informationen Anhaltspunkte für die Verletzung von vorvertraglichen Anzeigepflichten, können wir von der Versicherten Person auf der zweiten Stufe verlangen, dass sie uns entweder ermächtigt, bei ihrer Krankenkasse und/oder den behandelnden Ärzten Informationen auch über Befunde, Diagnosen und Arbeitsunfähigkeitszeiträume für den Zeitraum der vorvertraglichen Anzeigepflicht einzuholen oder uns die erforderlichen Auskünfte auf

eigene Nachfrage zur Verfügung stellt. Die Versicherte Person ist nicht zur Mitwirkung verpflichtet. Solange die Mitwirkung verweigert wird, können wir die weitere Leistungsprüfung verweigern. Die Versicherungsleistung wird dann nicht fällig. Details hierzu erläutern wir Ihnen im Rahmen der Leistungsprüfung.

16.1.1 Bei Anmeldung von Leistungsansprüchen wegen Berufsunfähigkeit

Für Leistungen wegen Berufsunfähigkeit sind uns unverzüglich einzureichen:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit,
- ausführliche Berichte der Ärzte und Heilbehandler, die die Versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, mit Angabe über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie die Auswirkungen des Leidens auf die Fähigkeit den Beruf auszuüben,
- Unterlagen über den Beruf der Versicherten Person sowie die Lebensstellung und die Tätigkeit unmittelbar vor dem Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit und über die dadurch bedingten Veränderungen,
- eine eigene Aufstellung über die Ärzte, Heilbehandler, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, bei denen die Versicherte Person in Behandlung war oder ist, und Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger und sonstige Versorgungsträger, bei denen die Versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Berufsunfähigkeit geltend machen könnte, sowie ihren derzeitigen und frühere Arbeitgeber.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat derjenige zu tragen, der die Leistungen beansprucht.

Wir können darüber hinaus auf unsere Kosten ärztliche Untersuchungen, berufskundliche Aufklärungen auch vor Ort sowie erforderliche Nachweise, zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen anfordern. Dies gilt auch für die wirtschaftlichen Verhältnisse und deren Veränderungen. Für medizinische Untersuchungen beauftragen wir Ärzte, die nicht in ständigen vertraglichen Bindungen zu uns stehen – also keine sogenannten Vertragsärzte.

Hält sich die Versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen medizinischen Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden. Notwendige Reise- und Übernachtungskosten übernehmen wir. Auf Untersuchungen in Deutschland können wir verzichten, wenn diese Untersuchungen vor Ort nach den von uns in Deutschland angewendeten Grundsätzen erfolgen.

Wir können zur Feststellung der Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit von der Versicherten Person weiter verlangen, dass sie Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder in Pflege war und ist, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden ermächtigt, uns Auskunft zu erteilen, oder uns die erforderlichen Auskünfte und Nachweise auf eigene Nachfrage bei den vorgenannten Institutionen und Personen zur Verfügung stellt. Hat die Versicherte Person eine 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. Erhalten wir keine zur Beurteilung der Voraussetzungen von Berufsunfähigkeit notwendigen Auskünfte und Nachweise, kann dies dazu führen, dass die Versicherungsleistung nicht fällig wird und wir keine Leistungen erbringen müssen.

16.1.2 Bei Anmeldung von Leistungsansprüchen wegen Arbeitsunfähigkeit

Für Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit sind uns unverzüglich einzureichen:

- eine oder mehrere ärztliche Bescheinigung(en) der Arbeitsunfähigkeit innerhalb des Zeitraums, in dem Arbeitsunfähigkeit vorliegt. Mindestens eine ärztliche Bescheinigung muss von einem in der Europäischen Union, Schweiz oder Norwegen niedergelassenen Facharzt mit einer der Krankheit entsprechenden Fachrichtung ausgestellt worden sein.
- auf weitere Nachfrage von uns ergänzende Angaben zum Befund und/oder zum Beruf.

Jede ärztliche Bescheinigung muss mindestens folgende Angaben enthalten:

- erhobener Befund
- Zeitpunkt des Beginns der vollständigen Arbeitsunfähigkeit
- voraussichtliche Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit.

Wir akzeptieren auch AU-Bescheinigungen nach dem Muster der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Eventuell entstehende Kosten für die Beschaffung der Bescheinigung(en) gehen zu Ihren Lasten.

16.1.3 Bei Anmeldung von Leistungsansprüchen wegen schwerer Krankheit

Für Leistungen wegen schwerer Krankheit sind uns unverzüglich einzureichen:

- eine ärztliche Bescheinigung über das Vorliegen einer gemäß 9.6 versicherten schweren Krankheit. Die Bescheinigung muss von einem Facharzt mit einer der Krankheit entsprechenden Fachrichtung ausgestellt worden sein.

Die ärztliche Bescheinigung muss mindestens folgende Angaben enthalten:

- erhobener Befund
- Zeitpunkt des Beginns bzw. der Diagnose der schweren Krankheit.

Eventuell entstehende Kosten für die Beschaffung der Bescheinigung(en) gehen zu Ihren Lasten.

16.1.4 Hinweis zu Arztanordnungen

Die Befolgung von ärztlichen Anordnungen ist nicht Voraussetzung für die Anerkennung der Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung. Davon ausgenommen sind der ärztlich empfohlene Einsatz von Hilfsmitteln des täglichen Lebens (z. B. Verwendung von Prothesen, Seh- und Hörhilfen) sowie ärztlich empfohlene Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind, wenn diese Hilfsmittel bzw. Heilbehandlungen eine sichere Aussicht auf Besserung des Gesundheitszustands bieten und zu einem Absinken des Grades der Berufsunfähigkeit auf unter 50 Prozent führen können.

Lässt die Versicherte Person darüber hinausgehende ärztlich angeordnete, insbesondere operative Behandlungsmaßnahmen zur Heilung oder Minderung der Berufsunfähigkeit nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Leistungen aus dieser Versicherung nicht entgegen.

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

16.2.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht

Wir übernehmen den Versicherungsschutz bei Berufsunfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung in Textform gestellten Fragen (Angaben) wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitli-

chen Störungen und Beschwerden, ärztlichen Behandlungen sowie zur beruflichen Tätigkeit (z. B. Tätigkeitsmerkmale wie Arbeitsanteil im Büro, Auslandsaufenthalte), aber auch Fragen zur wirtschaftlichen Situation (z. B. Einkommen der letzten Jahre), zur Schul-/Berufsausbildung, zur Stellung im Beruf (z. B. selbstständig, Auszubildender), zum Erwerbsstatus (z. B. Schüler, Arbeitssuchender), zu beruflichen Risiken (z. B. Umgang mit Chemikalien), zu privaten Risiken (Hobbys mit erhöhtem Risiko wie z. B. Tauchen, Kampfsportarten) und dem Rauchverhalten der Versicherten Person.

Sie sind bis zur Abgabe der Vertragserklärung verpflichtet, uns wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen, ob Sie Raucher oder Nichtraucher sind.

Nichtraucher ist, wer in den letzten zwölf Monaten vor Vertragsabschluss weder aktiv geraucht, gedampft (THC- oder nikotinhaltig sowie nikotinfrei) oder in sonstiger Form THC oder Nikotin (durch z. B. Nikotinkaugummis oder -pflaster) konsumiert hat.

Raucher ist, wer die Voraussetzungen für einen Nichtraucher nicht erfüllt.

Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

16.2.2 Rücktritt

Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der Versicherten Person nicht oder nicht richtig angegeben worden sind (siehe 16.2.1), können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalls erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Haben Sie oder die Versicherte Person die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, wird keine Leistung fällig. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

16.2.3 Kündigung

Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um (siehe 8.2).

16.2.4 Rückwirkende Vertragsanpassung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als zehn Prozent oder schließen wir

den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos in Textform kündigen. In der Mitteilung werden wir Sie auf das Kündigungsrecht hinweisen.

16.2.5 Ausübung unserer Rechte

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

Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung sind ausgeschlossen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von fünf Jahren seit Vertragsabschluss ausüben. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Haben Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

Auf unser Anpassungs- und Kündigungsrecht, geregelt in § 19 VVG, verzichten wir dann, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht schuldlos, also nicht von Ihnen zu vertreten war.

16.2.6 Anfechtung

Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmeentscheidung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der Versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Wenn die Versicherung durch Anfechtung aufgehoben wird, wird keine Leistung fällig. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

16.2.7 Nachgewiesene Abrechnungsdiagnosen

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

16.2.8 Leistungserweiterung und Wiederherstellung der Versicherung

Die Regelungen in 16.2.1 bis 16.2.6 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen gemäß 16.2.5 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

16.2.9 Erklärungsempfänger

Die Ausübung unserer vorgenannten Rechte erfolgt durch eine schriftliche Erklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Ableben ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

16.3 Welche Folgen hat eine Verletzung der Mitwirkungspflicht?

Solange eine Mitwirkungspflicht gemäß Abschnitt 14 oder 16.1 von Ihnen, der Versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechendem Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang sowie die Dauer unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des dann laufenden Monats zur vertragsgemäßen Leistung verpflichtet, bei Vereinbarung einer Karenzzeit jedoch frühestens nach Ablauf der Karenzzeit.

Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

16.4 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Vertragsverhältnis beziehen?

Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets in Textform erfolgen. Versicherungsvermittler sind zu ihrer Entgegennahme grundsätzlich nicht bevollmächtigt.

16.5 Was gilt bei Tod der Versicherten Person?

Bei Tod der Versicherten Person enden unsere Leistungen. Die Berufsunfähigkeitsversicherung endet am Ende des Sterbemonats.

Der Tod der Versicherten Person ist uns in jedem Fall unverzüglich anzuzeigen. Außer dem Versicherungsschein ist uns eine amtliche Sterbeurkunde im Original einzureichen, die Alter, Geburtsort und Todeszeitpunkt nennt. Zu Unrecht empfangene Leistungen sind an uns zurückzuzahlen.

F Überschüsse, Überschussbeteiligung und Bewertungsreserven

17 Was ist eine Überschussbeteiligung?

Die Beteiligung an dem Überschuss und an den Bewertungsreserven nennen wir Überschussbeteiligung. Wir beteiligen Sie an dem Überschuss und an den Bewertungsreserven. Die Leistung aus der Überschussbeteiligung kann auch null Euro betragen.

17.1 Beteiligung an dem Überschuss

Ein Versicherungsunternehmen erwirtschaftet Überschüsse. Die Höhe der erwirtschafteten Überschüsse hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Somit kann die Höhe der künftigen Beteiligung an dem Überschuss **nicht garantiert** werden.

Es können Zins-, Risiko- und Kostenüberschüsse erwirtschaftet werden:

- Wenn wir mit dem Sicherungsvermögen aller unserer Versicherungsnehmer Erträge erzielen, entsteht ein sogenannter Zinsüberschuss.
- Wenn die Risiken in geringerem Umfang eingetreten sind, als wir anfangs angenommen haben, entsteht ein sogenannter Risikoüberschuss.
- Wenn die tatsächlich angefallenen Kosten niedriger sind als in der Kalkulation angesetzt, dann entsteht ein sogenannter Kostenüberschuss.

Den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens (Rohüberschuss) ermitteln wir nach handels- und aufsichtsrechtlichen Vorschriften. Mit der Feststellung des Jahresabschlusses legen wir fest, welcher Teil des Rohüberschusses für die Überschussbeteiligung

aller überschussberechtigten Verträge zur Verfügung steht. Dabei beachten wir die aufsichtsrechtlichen Vorgaben, derzeit insbesondere die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung).

Den danach zur Verfügung stehenden Teil des Rohüberschusses führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit wir ihn nicht als Direktgutschrift unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungsverträgen gutgeschrieben haben. Sinn der Rückstellung für Beitragsrückerstattung ist es, Schwankungen des Überschusses über die Jahre auszugleichen. Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dürfen wir grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwenden. Nur in gesetzlich festgelegten Ausnahmefällen können wir hiervon mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde abweichen.

Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrags an dem Überschuss ergeben sich aus der Zuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht.

Für die Beteiligung an dem Überschuss fassen wir gleichartige Versicherungen zusammen. Zum Beispiel ordnen wir Rentenversicherungen einer Bestandsgruppe zu und Berufsunfähigkeitsversicherungen einer anderen Bestandsgruppe. Bestandsgruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen. Bei der Verteilung des Überschusses auf die einzelnen Verträge wenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren an. Hierzu bilden wir innerhalb der Bestandsgruppen Gewinngruppen. Wir verteilen den Überschuss in dem Maße, wie die Bestandsgruppen und Gewinngruppen zu seiner Entstehung beigetragen haben. Hat eine Bestandsgruppe oder eine Gewinngruppe nicht zur Entstehung des Überschusses beigetragen, besteht insoweit kein Anspruch auf Überschussbeteiligung.

Ihr Vertrag gehört zur Bestandsgruppe 114.

Für jede Bestands- und Gewinngruppe legt der Vorstand jedes Jahr auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars die Höhe der Überschussanteilsätze fest (Überschussdeklaration). Abhängig von objektiven Risikomerkmalen, z. B. ausgeübter Beruf, können unterschiedliche Überschussanteilsätze zur Anwendung kommen. Dabei achtet er darauf, dass die Verteilung verursachungsorientiert erfolgt.

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

Wir veröffentlichen die festgelegten Überschussanteilsätze jährlich in unserem Geschäftsbericht. Sie können den Geschäftsbericht gern bei uns anfordern oder im Internet auf unserer Website www.swisslife.de/geschaeftsbericht einsehen.

Über den Stand Ihrer Ansprüche unterrichten wir Sie jährlich. Dabei berücksichtigen wir die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags.

Lesen Sie für weitere Informationen zur Beteiligung an dem Überschuss die Abschnitte 18, 19 und 22.

17.2 Beteiligung an den Bewertungsreserven

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

Beispiel: Wir haben eine Aktie zum Kurs von 100 Euro gekauft. Mit diesem Wert ist die Aktie in der Bilanz ausgewiesen. Wenn der Kurs der Aktie zum Bilanzstichtag bei 110 Euro steht, ist eine Bewertungsreserve in Höhe von zehn Euro entstanden.

Bewertungsreserven können auch negativ werden. Dann spricht man von stillen Lasten. Ihre Beteiligung an den Bewertungsreserven ist niemals negativ.

Die Höhe der Beteiligung an den Bewertungsreserven ist **nicht garantiert**, da die Entwicklung der Marktwerte der Kapitalanlagen nicht vorhersehbar ist. Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt. Die Bewertungsreserven werden im Anhang des Geschäftsberichts veröffentlicht.

Lesen Sie für weitere Informationen zur Beteiligung an den Bewertungsreserven die Abschnitte 20, 21 und 22.

18 Wie teilen wir Überschussanteile vor Eintritt eines Leistungsfalls zu?

Die Überschussbeteiligung besteht aus Risiko- und Kostenüberschussanteilen. Die Überschussanteile werden von Versicherungsbeginn an erbracht.

Sie können sich bei Antragstellung für das Überschussverwendungs-System Beitragsverrechnung gemäß 18.1 oder für das Überschussverwendungs-System Bonusrente gemäß 18.2 entscheiden. Ein späterer Wechsel ist nicht möglich.

18.1 Beitragsverrechnung

Die jährlichen Überschussanteile werden während der Beitragszahlungsdauer in Prozent der Beiträge ausgewiesen und mit den fälligen Beiträgen verrechnet.

Bei Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung wird keine Leistung fällig. Eine beitragsfreie Versicherung erhält keine Beteiligung an dem Überschuss.

Die Höhe der Beitragsverrechnung wird jährlich im Rahmen der Überschussdeklaration neu festgelegt und somit kann auch die Höhe des zu zahlenden Beitrags jährlich schwanken.

Das Überschussverwendungs-System der Beitragsverrechnung kann nicht bei Direktversicherungen gewählt werden.

18.2 Bonusrente

Die jährlichen Überschussanteile werden während der Versicherungsdauer für einjährige Bonusversicherungen verwendet, sodass nach Eintritt des Versicherungsfalls eine zusätzliche Leistung fällig wird. Die Bonusrente bemisst sich in Prozent der versicherten Berufsunfähigkeitsrente.

Tritt der Versicherungsfall nicht ein, werden aus dem Bonus keine Leistungen fällig. Bei Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung wird der Bonus in demselben Verhältnis herabgesetzt wie die garantierte Versicherungsleistung.

Die Höhe der Bonusrente wird jährlich im Rahmen der Überschussdeklaration neu festgelegt und ist ab Eintritt der Berufsunfähigkeit garantiert. Maßgebend ist die deklarierte Bonusrente zu Beginn des Versicherungsjahres, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Die Höhe der Bonusrente ist nur bis zum Falle einer möglichen Reaktivierung garantiert.

19 Wie teilen wir Überschussanteile nach Eintritt eines Leistungsfalls zu?

Ab Eintritt der Berufsunfähigkeit besteht die Überschussbeteiligung aus laufenden Zins-, Risiko- und Kostenüberschussanteilen. Sofern Risiko- und Kostenüberschussanteile nicht separat ausgewiesen werden, sind sie in den Zinsüberschussanteilen enthalten.

Die Zuteilung der laufenden Zinsüberschussanteile inklusive Risiko- und Kostenüberschussanteile erfolgt jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres, sofern eine Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit zu diesem Zeitpunkt besteht.

Die laufenden Zinsüberschussanteile werden wie folgt verwendet:

Die Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung erhöhen sich zu Beginn eines Versicherungsjahres um einen jährlich neu festgelegten Prozentsatz der bisher erreichten Gesamtleistung. Die erste Erhöhung erfolgt zu Beginn des auf den Leistungsbeginn folgenden Versicherungsjahres.

Die so erreichte Gesamtrente ist nur bis zum Falle einer möglichen Reaktivierung garantiert.

Während der Bezugszeit von Berufsunfähigkeits-Rentenleistungen erhält Ihre Versicherung eine Beteiligung an den Bewertungsreserven (siehe Abschnitt 21 und 22).

20 Wie beteiligen wir Sie vor Eintritt eines Leistungsfalls an den Bewertungsreserven?

Risikoversicherungen bzw. Berufsunfähigkeitsversicherungen sind hinsichtlich der Beteiligung an den Bewertungsreserven (gemäß § 153 VVG) vor Eintritt der Berufsunfähigkeit **nicht überschussberechtigt**.

21 Wie beteiligen wir Sie nach Eintritt eines Leistungsfalls an den Bewertungsreserven?

Während der Bezugszeit von Rentenleistungen erhält Ihre Versicherung eine Beteiligung an den Bewertungsreserven gemäß § 153 Abs. 1 und 3 VVG. Die Bewertungsreserven, die nach den maßgebenden rechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ordnen wir den Verträgen anteilig rechnerisch zu. Dabei wenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren an. Diese Beteiligung führt zu einer Erhöhung der laufenden Überschussbeteiligung aller Verträge in der Rentenbezugszeit. Bei der Festlegung der Überschussanteilsätze wird die jeweilige Bewertungsreservensituation berücksichtigt.

Verteilungsfähige Bewertungsreserven

Zunächst ermitteln wir die verteilungsfähigen Bewertungsreserven unseres Unternehmens. Verteilungsfähig sind Bewertungsreserven nur in dem Umfang, dass ein Versicherungsunternehmen seiner sich aus dem Versicherungsrecht ergebenden Verpflichtung, die dauerhafte Erfüllbarkeit der Verträge sicherzustellen (§ 213 Versicherungsaufsichtsgesetz – VAG), noch nachkommen kann. Der gemäß § 139 VAG zu ermittelnde Sicherungsbedarf wird dabei berücksichtigt.

Daraufhin wird bestimmt, zu welchem Anteil die verteilungsfähige Bewertungsreserve dem (Teil-)Bestand der Verträge in der Rentenbezugszeit zuzuordnen ist. Weitere Informationen zur Ermittlung des Anteilsatzes finden Sie in unserem Geschäftsbericht.
Die verteilungsfähigen Bewertungsreserven des Unternehmens werden mit diesem Anteilsatz multipliziert und ergeben die verteilungsfähigen Bewertungsreserven für den Teilbestand der Verträge in der Rentenbezugszeit.
Dieser Betrag wird mit dem Verhältnis der garantierten Jahres-Rentenleistung zur Deckungsrückstellung aller bestehenden Verträge in der Rentenbezugszeit multipliziert und den Rentenauszahlungen zugeordnet.

Verwendung

Der ermittelte Betrag der Bewertungsreserve wird im Sinne von § 153 VVG zur Hälfte als laufender Überschuss zur Erhöhung der Überschussrenten des Bestands verwendet und führt so zur Erhöhung Ihrer laufenden Rente. Die hierfür ermittelten Erhöhungssätze werden auf volle 0,05 Prozent kaufmännisch gerundet. Die sich insgesamt ergebenden Überschussanteilsätze werden im Geschäftsbericht veröffentlicht.

22 Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

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 Kapitalmarkts ist insbesondere bei laufenden Berufsunfähig-

keitsrenten von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch null Euro betragen.

G Auszahlung von Leistungen

23 Ab wann zahlen wir Leistungen aus?

Karenzzeit

Der Anspruch auf Leistungen entsteht mit Beginn des Kalendermonats nach Eintritt der Berufsunfähigkeit (= Beginn des sechsmonatigen Zeitraums gemäß 9.1) und Ablauf einer gegebenenfalls vereinbarten Karenzzeit.

Die Karenzzeit beginnt am Monatsersten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit und endet mit Ablauf der vereinbarten Dauer. Während der Karenzzeit muss die bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit ununterbrochen andauern und am Ende der Karenzzeit noch bestehen. Leistungen für die Karenzzeit werden von uns nicht geschuldet.

Additive Karenzzeit

Endet die bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit und tritt erneut Berufsunfähigkeit (siehe Abschnitt 9) aufgrund derselben Ursache(n) ein, so rechnen wir bereits zurückgelegte volle Kalendermonate der Karenzzeit an.

Meldefrist

Für die Anmeldung von Leistungsansprüchen ist keine Meldefrist vereinbart. Werden jedoch Ansprüche so spät angemeldet, dass der Eintritt der Berufsunfähigkeit für die Vergangenheit nicht mehr nachweisbar ist (z. B. weil Unterlagen nicht mehr beigebracht werden können), kann der Anspruch auf Versicherungsleistungen bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen frühestens mit dem Monat entstehen, für den entsprechende Nachweise vorgelegt werden.

Verfügungen

Sie können das Recht auf die Leistung bis zum Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls grundsätzlich ganz oder teilweise an Dritte abtreten und verpfänden, soweit derartige Verfügungen rechtlich möglich sind. Die Abtretung und die Verpfändung 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.

23.1 Wann erhalten Sie keine Leistungen mehr?

Der Anspruch auf Leistungen aus Beitragsbefreiung und Rentenzahlung endet, wenn

- Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt,
- die Versicherte Person stirbt oder
- das Ablaufdatum der Leistungsdauer erreicht ist.

24 An wen zahlen wir Leistungen aus?

Die Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer, falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag bei deren Fälligkeit erwerben soll und wir dem zugestimmt haben (Bezugsberechtigter). Bis zur jeweiligen Fälligkeit können Sie das Bezugsrecht jederzeit in Textform widerrufen.

Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts sind uns vom bisherigen Berechtigten in Textform anzuzeigen.

Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben,

kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten geändert werden.

Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform angezeigt worden sind.

H Unser Vertragsverhältnis

25 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.
Ist ein Bezugsrecht eingeräumt, brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die Anzeige des bisherigen Berechtigten in Textform vorliegt.

26 Welches Recht gilt für Ihren Vertrag, welche Sprache verwenden wir und wie müssen Mitteilungen erfolgen?

26.1 Recht und Vertragssprache

Ihr Vertrag unterliegt dem Recht der Bundesrepublik Deutschland. Ergänzend zu diesen Bedingungen gelten die einschlägigen gesetzlichen Vorschriften. Die Vertragssprache für alle Erklärungen zu diesem Vertrag ist Deutsch.

26.2 Was müssen Sie beachten, wenn sich Ihre Anschrift oder Ihr Name ändert?

Wenn sich Ihre Anschrift ändert, müssen Sie uns dies unverzüglich mitteilen. Tun Sie dies nicht, können Ihnen Nachteile entstehen: Wir können Ihnen Erklärungen zum Vertrag mit eingeschriebenem Brief an Ihre letzte Anschrift senden. Drei Tage danach gilt die Erklärung als bei Ihnen zugegangen – auch wenn Sie sie tatsächlich nicht erhalten haben. Dies gilt auch, wenn Sie Gewerbetreibender sind und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben. Dasselbe gilt, wenn Sie Ihren Namen ändern.

Benennung eines Zustellungsbevollmächtigten

Wenn Sie sich über einen längeren Zeitraum nicht in der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, empfehlen wir Ihnen Folgendes: Bevollmächtigen Sie eine im Inland wohnhafte Person, Erklärungen von uns entgegenzunehmen.

26.3 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?

Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Meldung von Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die notwendigen Daten 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. Dies betrifft insbesondere unwiderruflich bezugsberechtigte Personen sowie im Leistungsfall anspruchsberechtigte oder begünstigte Personen. Als Versicherungsnehmer willigen Sie unwiderruflich ein, dass Swiss Life befugt ist, sämtliche notwendigen Daten an die zuständigen Behörden in Erfüllung rechtlicher Pflichten weiterzuleiten.

Notwendige Daten sind beispielsweise Umstände, die für die Beurteilung Ihrer persönlichen steuerlichen Ansässigkeit, der steuerlichen Ansässigkeit dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, und der steuerlichen Ansässigkeit des Leistungsempfängers maßgebend sein können. Dazu zählen insbesondere die Steueridentifikationsnummer(n), das Geburtsdatum, der Geburtsort, der Wohnsitz, die Postanschrift, die Bankverbindung oder der Status als US-Person im Sinne des US-Foreign Account Tax Compliance Act, z. B. durch Heirat, Erwerb einer Aufenthaltsbewilligung

(„Green Card“) oder einen längeren US-Aufenthalt. Zur eventuellen Klärung wenden Sie sich bitte an Ihren Steuerberater.

Falls Sie uns die notwendigen Daten 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.

Eine Verletzung Ihrer Auskunftspflichten kann dazu führen, dass wir unsere Leistung nicht zahlen. Dies gilt so lange, bis Sie uns die zur Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Daten zur Verfügung gestellt haben. Eine nicht ordnungsgemäße Erfüllung der steuerlichen Meldepflichten kann zudem zur Verhängung von Bußgeldern gegen Sie durch das Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) nach Maßgabe des Gesetzes zum automatischen Austausch von Informationen über Finanzkonten in Steuersachen (FKAustG) sowie der Abgabenordnung (AO) führen.

27 Wo können Sie sich beschweren?

Falls Sie einmal Anlass für eine Beschwerde haben sollten, würden wir uns über eine Nachricht von Ihnen freuen. Gerne können Sie auch unser Kontaktformular auf unserer Website (www.swisslife.de/anregung-und-kritik) nutzen. Sie können sicher sein, dass wir alles tun werden um Sie zufriedenzustellen.

27.1 Schlichtungsstelle

Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V. und nimmt damit an Streitbeilegungsverfahren vor dem Versicherungsombudsmann teil. Damit ist für Sie als Verbraucher die Möglichkeit eröffnet, zur Schlichtung den unabhängigen und neutralen Ombudsmann in Anspruch zu nehmen. Die Möglichkeit den Rechtsweg zu beschreiten bleibt hierdurch für Sie unberührt.

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle.

Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin
Telefon: 0800 396 6000
Fax: 0800 369 9000
beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Für weitere Informationen:
www.versicherungsombudsmann.de

27.2 Aufsichtsbehörde

Darüber hinaus können Sie sich an die Aufsichtsbehörde wenden, wenn Sie mit unserer Entscheidung einmal nicht einverstanden sein sollten:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
poststelle@bafin.de
www.bafin.de

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

27.3 Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?

Wenn Sie eine Klage aus dem Vertrag gegen uns erheben, ist folgendes Gericht zuständig:

- das Gericht, in dessen Bezirk unser Geschäftssitz liegt,

- 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.
- auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie als juristische Person Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

Wir müssen Klagen aus dem Vertrag gegen Sie bei dem Gericht erheben, das für Ihren Wohnsitz zuständig ist. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

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

28 Wie erfolgen Anpassungen dieser Bedingungen?

Wie kann eine Bestimmung der Versicherungsbedingungen unwirksam werden?

Eine Bestimmung kann durch eine höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt unwirksam werden. In diesem Fall können wir die unwirksame Bestimmung durch eine neue Bestimmung ersetzen. Wir dürfen dies allerdings nur unter folgenden Bedingungen:

- wenn es notwendig ist, die alte durch die neue Bestimmung zu ersetzen, um den Vertrag fortzuführen, oder
- wenn es für Sie oder uns eine unzumutbare Härte darstellen würde, wenn der Vertrag ohne neue Bestimmung bestehen bleibt.

Wir haben Ihre und unsere Interessen zu berücksichtigen.

Salvatorische Klausel

Wenn eine oder mehrere Bestimmungen dieser Versicherungsbedingungen unwirksam sind, bleiben die übrigen dennoch wirksam.

28.1 Wann wird eine neue Bestimmung wirksam?

Eine neue Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Außerdem muss auch mit der neuen Bestimmung das Ziel Ihres Vertrags gewahrt bleiben. Die neue Bestimmung wird Bestandteil dieses Vertrags, sobald die beiden folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Wir haben Ihnen die neue Bestimmung mitgeteilt. Dabei müssen wir Ihnen auch die Gründe nennen, die für die Änderung maßgeblich waren.
- Sie müssen die Mitteilung zwei Wochen vorher erhalten haben.

29 Unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihre Versicherung um eine Kapitalbildung ergänzen bzw. umwandeln?

Ihre Berufsunfähigkeitsversicherung können Sie bis zum Ablauf des 10. Versicherungsjahres um eine kapitalbildende Komponente ergänzen oder in einen kapitalbildenden Vertrag mit Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung umwandeln. Hierfür bieten wir verschiedene Lösungen an. Bitte kontaktieren Sie uns, damit wir Ihnen geeignete Vorschläge zur Verfügung stellen können.

Auf eine erneute Gesundheitsprüfung verzichten wir, wenn das Ablaufdatum der Versicherungsdauer und der Leistungsdauer unverändert bleibt und der Versicherungsumfang sich nicht erhöht. Bei einer Ergänzung bzw. Umwandlung gelten der zu diesem Zeitpunkt ausgeübte Beruf und maßgebliche Tarif, sowie der für den ursprünglichen Vertrag dokumentierte Raucherstatus der Versicherten Person. Für den ursprünglichen Vertrag

vereinbarte Risikozuschläge und Besondere Vereinbarungen gelten auch für den neuen Vertrag. Sollte die Versicherte Person zu diesem Zeitpunkt einen nicht versicherbaren Beruf ausüben, können Sie das Recht auf Ergänzung bzw. Umwandlung nicht in Anspruch nehmen. Eine im bisherigen Vertrag eingeschlossene Beitragsdynamik bleibt bestehen, sofern der Tarifbeitrag insgesamt 300 Euro pro Monat nicht übersteigt. Gegebenenfalls erhalten Sie eine neue Versicherungsscheinnummer.

Die Ergänzung bzw. Umwandlung setzt hingegen eine erneute Gesundheitsprüfung voraus, wenn Sie einen höheren Versicherungsumfang wünschen (z. B. Erhöhung der Versicherungssumme, Erhöhung des Schlussalters der Versicherungsdauer).

Ihr Ergänzungs- bzw. Umwandlungsrecht erlischt, sobald Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit oder Erwerbsminderung beantragt werden.

30 Welche Besonderheiten gelten für den Stufentarif?

30.1 Wann und in welchem Umfang erhöht sich der Beitrag?

Der Anfangsbeitrag (Beitragsstufe 1) erhöht sich – je nach Vereinbarung – nach Ablauf des ersten bis fünften vollen Versicherungsjahres auf den Tarifbeitrag der Beitragsstufe 2 bei unveränderten versicherten Leistungen. Sofern Sie eine Verlängerung der Beitragsstufe 1 beantragen, gilt abweichend hiervon 30.2. Die Höhe der jeweiligen Beitragsstufe ist in den vorvertraglichen Informationen und im Versicherungsschein dokumentiert.

Auch für den ersten Beitrag der Beitragsstufe 2 gelten die Regelungen zum Folgebeitrag (siehe 4.3).

30.2 Vertragsänderungen und Einschränkungen

Beitragsstufe 1

Eine Verkürzung der Beitragsstufe 1 ist nicht möglich. Sie können jedoch auf Antrag den Beginn der Beitragsstufe 2 einmalig um ein Jahr in die Zukunft verschieben. Ihr Antrag muss spätestens zwei Monate vor Ablauf der Beitragsstufe 1 bei uns in Textform eingehen. Durch die Beginnverlegung werden die Beiträge der Beitragsstufen 1 und 2 neu berechnet. Hierüber erhalten Sie von uns einen Vorschlag bzw. einen Nachtrag zum Versicherungsschein.

Aufgrund der Tarifbesonderheit ist während der Beitragsstufe 1 nur in seltenen Fällen ein ausreichend hohes Deckungskapital vorhanden. Daher ist die Möglichkeit der Stundung der Beiträge gemäß 8.4 sehr eingeschränkt. Gleiches gilt für die befristete Beitragsfreistellung gemäß 8.4. Bei einer befristeten Beitragsfreistellung wird der Tag der Wiederinkraftsetzung so bestimmt, dass er mit dem Beginn eines Versicherungsjahres zusammenfällt. Der Beginn der Beitragsstufe 2 wird auf diesen Termin verlegt und die Beiträge der Beitragsstufe 2 werden neu berechnet.

Während der Dauer der Beitragsstufe 1 sind aufgrund der Tarifbesonderheit eine teilweise Kündigung gemäß Abschnitt 36 sowie BUprotect gemäß 8.5 nicht möglich.

Wird eine Erhöhung, eine Reduktion oder eine Änderung der Berufsgruppe oder Risikodaten (Erhöhung der Beiträge – auch im Rahmen der Nachversicherungsgarantie) gewünscht, erfolgt die Vertragsanpassung zum nächsten Monatsersten. Eine solche Vertragsänderung kann nur für die Zukunft beantragt werden. Der Beginn der Beitragsstufe 2 bleibt dabei unverändert.

Beitragsstufe 2

Aufgrund der Tarifbesonderheit ist auch während der Beitragsstufe 2 – insbesondere in den ersten

Jahren – kein ausreichend hohes Deckungskapital vorhanden. Daher kann die Möglichkeit für die befristete Beitragsfreistellung gemäß 8.4 und BUprotect gemäß 8.5 eingeschränkt sein.

Daher können wir einen Rechtsanspruch auf die befristete Beitragsfreistellung und BUprotect nicht uneingeschränkt einräumen, sondern nur soweit ausreichend hohes Deckungskapital vorhanden ist.

30.3 Welcher Beitrag ist bei Berufsunfähigkeit befreit?

Ergänzend zu 12.2.1 ist auch der erhöhte Beitrag der Beitragsstufe 2 von der Beitragszahlungspflicht befreit, wenn die Berufsunfähigkeit während der Beitragsstufe 1 eingetreten ist und Leistungen während der Beitragsstufe 2 zu erbringen sind.

31 Welche Besonderheiten gelten für die Berufsunfähigkeitsversicherung als Direktversicherung?

Versicherungsnehmer für die Versicherungen seiner Arbeitnehmer ist der Arbeitgeber.

Die Versicherte Person ist der wirtschaftlich Berechtigte im Sinne des Geldwäschegesetzes (GwG).

31.1 Wer erhält die Versicherungsleistung?

Abweichend von Abschnitt 24 gilt folgende Bezugsrechtsregelung für die Direktversicherung.

Die Versicherte Person besitzt für die Leistungen aus dem Versicherungsvertrag das Bezugsrecht. Das Bezugsrecht bezieht sich auch auf die Überschussanteile.

Werden die Beiträge wirtschaftlich von der Versicherten Person getragen (**Entgeltumwandlung**), so ist die Anwartschaft ab Beginn gesetzlich unverfallbar und die Versicherte Person hat ein **unwiderrufliches Bezugsrecht**.

Werden die Beiträge **von Ihnen (Arbeitgeber) finanziert**, ist es Ihnen freigestellt, der Versicherten Person ein sofortiges **unwiderrufliches Bezugsrecht** einzuräumen**.**

Bezüglich der Unverfallbarkeit bleibt es bei den gesetzlichen Unverfallbarkeitsregelungen des § 1b BetrAVG, die auch für den Versicherungsvertrag gelten. Sind die gesetzlichen Unverfallbarkeitsregeln noch nicht erfüllt und scheidet die Versicherte Person vorzeitig aus dem Dienstverhältnis aus, können Sie über das Bezugsrecht verfügen (sogenanntes unwiderrufliches Bezugsrecht mit Vorbehalt).

Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts ist uns gegenüber erst dann wirksam, wenn sie uns vom Berechtigten in Textform angezeigt worden ist.

Hat die Versicherte Person ein nicht übertragbares und nicht beleihbares **unwiderrufliches Bezugsrecht**, erhält sie die Versicherungsleistungen. Dieses Bezugsrecht bezieht sich auch auf die Überschussanteile. Versicherungsnehmer für die Versicherungen bleiben Sie. Während der Dauer des Beschäftigungsverhältnisses ist eine Übertragung der Versicherungsnehmer-Eigenschaft und eine Abtretung von Rechten aus diesem Vertrag auf die Versicherte Person bis zu dem Zeitpunkt ausgeschlossen, in dem die Versicherte Person ihr 62. Lebensjahr vollendet hat. Eine Abtretung oder Beleihung der Ansprüche aus einem unwiderruflichen Bezugsrecht durch den Arbeitnehmer ist ausgeschlossen, soweit die Beiträge gemäß § 3 Nr. 63 EStG steuerlich gefördert werden. Bei Versorgungszusagen mit Entgeltumwandlung ist eine Abtretung, Verpfändung oder Beleihung durch den Arbeitgeber ausgeschlossen. Sobald das Bezugsrecht unwiderruflich ist, kann es nur noch mit Zustimmung des unwiderruflich Bezugsberechtigten geändert werden.

31.2 Hinweise zur sozialversicherungsrechtlichen Behandlung

Die folgenden Hinweise geben den Stand zum Oktober 2020 wieder. Falls sich die sozialversicherungsrechtliche Behandlung in Zukunft ändern sollte, gelten die Änderungen in der Regel auch für bestehende Vertragsverhältnisse.
Diese Informationen sind ohne Gewähr und begründen keinerlei Anspruch auf Schadensersatz.

Die beitragsrechtliche Behandlung von **Beiträgen** zu Direktversicherungen regeln die Arbeitsentgeltverordnung und das Vierte Sozialgesetzbuch. Bei einer **arbeitgeberfinanzierten** Direktversicherung werden die Beiträge nicht zum sozialversicherungspflichtigen Entgelt hinzugerechnet, soweit es sich um steuerfreie Zuwendungen an Direktversicherungen gemäß § 3 Nr. 63 Satz 1 und 2 EStG und § 100 EStG im Kalenderjahr bis zur Höhe von insgesamt vier Prozent der Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung handelt. Auch bei einer **Entgeltumwandlung** sind steuerfreie Beiträge (§ 3 Nr. 63 EStG) zu einer Direktversicherung ebenso bis zur Höhe von insgesamt vier Prozent der Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung sozialabgabenfrei, wie die arbeitgeberfinanzierten.

Die sozialabgabenrechtliche Beurteilung der **Leistungen** regelt im Wesentlichen das Fünfte Sozialgesetzbuch. Die Leistungen aus der Direktversicherung unterliegen gegebenenfalls der Beitragspflicht zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Für Pflichtversicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht seit dem 01.01.2020 ein Freibetrag. In der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) wird der volle allgemeine Beitragssatz erhoben. Gleiches gilt für freiwillig versicherte Mitglieder der gesetzlichen Krankenkasse. Bei der Beitragsberechnung wird die Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt.

Bei Leistungsempfängern, die der Privaten Krankenversicherung angehören, werden keine Beiträge aus Versorgungsbezügen fällig.

31.3 Welche Besonderheiten gelten für die Beitragsfreistellung?

Der Mindestbetrag nach Senkung der Beiträge bzw. die beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente muss abweichend von 8.1 pro Jahr mindestens 300 Euro betragen.

Erreicht die zu berechnende Berufsunfähigkeitsrente diesen Betrag nicht, behalten wir uns in diesem Fall das Recht vor, im Rahmen der dann gültigen tarifvertraglichen und gesetzlichen Regelungen den Vertrag zu beenden. Es wird kein Rückkaufswert fällig.

Im Falle von Elternzeit wird der Vertrag auch unterhalb der genannten Grenze innerhalb von drei Jahren beitragsfrei weitergeführt. Nach Ablauf von drei Jahren behalten wir uns das Recht vor, im Rahmen der dann gültigen tarifvertraglichen und gesetzlichen Regelungen den Vertrag zu beenden, sofern keine beitragspflichtige Fortsetzung erfolgt. Es wird kein Rückkaufswert fällig.

31.4 Welche Besonderheiten gelten für die Kündigung?

Wenn die Versicherte Person **unwiderruflich** bezugsberechtigt ist (siehe 24), müssen Sie das Kündigungsschreiben zusammen mit der Versicherten Person unterzeichnen, wenn die Leistung an eine andere Person erbracht werden soll.

Kündigung im laufenden Arbeitsverhältnis

Die Kündigung einer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden und führt in der Regel zu Haftungen durch Sie als Arbeitgeber.

Für eine Kündigung bzw. Teilkündigung im laufenden Arbeitsverhältnis die Regelungen des Kapitels K. Sollte die Kündigung aufgrund eines Dienstaustritts im laufenden Versicherungsjahr erfolgen, erstatten wir anteilig die zu viel gezahlten Beiträge.

Kündigung im zeitlichen Zusammenhang mit der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses

Eine Kündigung bzw. Teilkündigung im zeitlichen Zusammenhang mit der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses führt in der Regel aufgrund der gesetzlichen Vorgaben lediglich zu einer Beitragsfreistellung. Wir erstatten Ihnen die zu viel gezahlten Beiträge zurück.

31.5 Was gilt nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses?

Scheidet die Versicherte Person vor Eintritt des Versicherungsfalls aus den Diensten des Arbeitgebers aus und liegen die Voraussetzungen der sogenannten versicherungsvertraglichen Lösung gemäß § 2 Abs. 2 BetrAVG vor, wird ihr die Versicherungsnehmer-Eigenschaft der Versicherung übertragen. Sie kann die Versicherung beitragsfrei oder beitragspflichtig ohne erneute Gesundheitsprüfung fortsetzen (**sogenannte private Fortführung**). Zusätzlich kann es durch die Inanspruchnahme von BUprotect (siehe 8.5) zu einer Beitragserhöhung kommen.
Wenn die Versicherung beitragsfrei auf die Versicherte Person übertragen werden soll, muss die beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente mindestens 300 Euro pro Jahr betragen. Ist dies nicht der Fall, endet der Vertrag. Es wird keine Leistung fällig.

Die unverfallbaren Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag, die im Rahmen einer betrieblichen Altersversorgung entstanden sind, dürfen im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten abgetreten werden.

Ansprüche, die aus Beiträgen der privaten Fortführung nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses und die nach Übernahme der Versicherungsnehmer-Eigenschaft entstehen, dürfen im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten abgetreten, beliehen oder gekündigt werden.

Diese Versicherung darf auf keine andere Person übertragen werden, außer auf die Versicherte Person oder den neuen Arbeitgeber, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen dafür vorliegen.

31.6 Welche Einschränkungen gelten in der betrieblichen Altersversorgung?

Abweichend von Abschnitt 18 ist bei einer betrieblichen Altersversorgung (Direktversicherung) als Überschussverwendungs-System vor Eintritt des Leistungsfalls nur das Überschussverwendungs-System Bonusrente möglich.

Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit (siehe 12.3) können in der betrieblichen Altersversorgung nicht vereinbart werden.

Leistungen wegen schwerer Krankheit (siehe 12.4) sind in der betrieblichen Altersversorgung nicht versichert.

Die Nachversicherungsgarantie kann nur in den steuerlichen Grenzen des § 3 Nr. 63 EStG ausgeübt werden.

31.7 Gesellschafter-Geschäftsführer Option bei einer Direktversicherung

Ist die Versicherte Person ein Gesellschafter-Geschäftsführer des Versicherungsnehmers, besteht die Option, zusätzlich zu der bestehenden Direktversicherung eine Rückdeckungsversicherung abzuschließen. In diese kann ohne erneute Gesundheitsprüfung eine Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit und eine Todesfall-Zusatzversicherung eingeschlossen werden.

Voraussetzungen sind:

- Der Steuerberater des Versicherungsnehmers bestätigt, dass die Versicherte Person ein Gesellschafter-Geschäftsführer des Versicherungsnehmers ist und die sogenannte Probezeit für die Einrichtung einer steuerlichen anerkannten Pensionszusage bzw. Unterstützungskassen Versorgung erfüllt ist.
- Die Versicherte Person darf bis zum Zeitpunkt der Ausübung der Option aus der Direktversicherung weder Leistungen wegen Berufsunfähigkeit bezogen noch beantragt haben.

- Zum Zeitpunkt der Ausübung der Option besteht die Direktversicherung nicht länger als sechs Jahre
- Die Versicherte Person hat zum Zeitpunkt der Ausübung der Option das 46. Lebensjahr noch nicht vollendet
- Die Rückdeckungsversicherung wird im Durchführungsweg Unterstützungskasse oder Pensionszusage abgeschlossen.
- Der Beitrag für die Rückdeckungsversicherung übersteigt nicht den Höchstbeitrag zur deutschen Rentenversicherung und beträgt maximal 1.600 Euro monatlich.
- Die Versicherungssumme der Todesfall-Zusatzversicherung beträgt maximal 100.000 Euro.

Der Versicherungsnehmer übt die Option aus, indem bei uns der Antrag auf die Rückdeckungsversicherung und die Bestätigung des Steuerberaters eingereicht werden. Die Antragstellung und der Versicherungsbeginn der Rückdeckungsversicherung müssen innerhalb von zwölf Monaten nach Erfüllung der Probezeit erfolgen.

Für die Rückdeckungsversicherung wird ein Neuvertrag mit neuer Versicherungsscheinnummer und mit den dann geltenden Versicherungsbedingungen ausgestellt. Es werden die bei Antragstellung geltenden Rechnungsgrundlagen und Annahmerichtlinien zugrunde gelegt. Leistungsausschlüsse und Risikozuschläge der bestehenden Direktversicherung gelten auch für die Rückdeckungsversicherung mit Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit und Todesfall-Zusatzversicherung.

I Nachversicherungsgarantien

32 Welche Nachversicherungsgarantien haben Sie?

Auffüllgarantie bei Senkung der Bonusrente

Sollte die Bonusrente (siehe 18.2) durch Reduzierung des Überschussanteilsatzes sinken, können Sie sich ohne erneute Risikoprüfung (wir verzichten auf Angaben zum Gesundheitszustand, Beruf und Hobbies) in der Höhe so nachversichern, dass Ihr bisheriger Versicherungsschutz erhalten bleibt, sofern Leistungen wegen Berufsunfähigkeit noch nicht beantragt wurden oder Berufsunfähigkeit noch nicht eingetreten ist. Möchten Sie diese Option in Anspruch nehmen, müssen Sie uns dies innerhalb von sechs Monaten, nachdem wir Sie über die Anpassung des Überschussanteilsatzes informiert haben, in Textform mitteilen.
Die Regelungen zur Nachversicherungsgarantie finden sinngemäß Anwendung.

Ereignisabhängige Nachversicherungsgarantie

Sie haben das Recht, den Versicherungsumfang Ihres Vertrags ohne erneute Risikoprüfung (wir verzichten auf Angaben zum Gesundheitszustand, Beruf und Hobbies) in verschiedenen Situationen **ereignisabhängig** zu erhöhen. Dabei darf die Erhöhung je Ereignis maximal 50 Prozent der zum Erhöhungszeitpunkt versicherten Leistung betragen. Folgende Ereignisse stehen zur Verfügung:

- 18. Geburtstag der Versicherten Person,
- Heirat der Versicherten Person bzw. Begründung einer Lebenspartnerschaft,
- Geburt eines Kindes der Versicherten Person,
- Adoption eines Kindes durch die Versicherte Person,
- Wiederaufnahme der Berufstätigkeit innerhalb von 36 Monaten nach der Geburt eines Kindes der Versicherten Person,
- Scheidung der Versicherten Person bzw. Aufhebung der Lebenspartnerschaft,
- Durchführung eines Versorgungsausgleichs zulasten der Versicherten Person,
- Tod des Ehepartners/eingetragenen Lebenspartners der Versicherten Person,
- Erstmalige Aufnahme einer anerkannten Berufsausbildung (auch duales-Studium) durch die Versicherte Person,
- Erstmalige Aufnahme eines Vollzeit-Studiums durch die Versicherte Person,

- Abschluss einer anerkannten beruflichen Qualifikation (z. B. Berufsausbildung, Meisterbrief, Berufsakademie, Studium, Approbation in einem ärztlichen Beruf) durch die Versicherte Person,
- Aufnahme einer hauptberuflichen nichtselbstständigen Vollzeittätigkeit in Festanstellung durch die Versicherte Person,
- Erstmalige Aufnahme einer hauptberuflichen selbstständigen oder freiberuflichen Vollzeittätigkeit durch die Versicherte Person,
- Erhöhung des regelmäßigen jährlichen Bruttogehalts der Versicherten Person um mindestens zehn Prozent (z. B. nach Karrieresprung, nach Wechsel des Arbeitgebers, nach Abschluss der Schulausbildung, des Studiums oder einer Promotion, nach Abschluss einer beruflichen Qualifikation wie Berufsausbildungsabschluss, Meisterbrief),
- Gehaltssteigerung, die bei der Versicherten Person zum erstmaligen Überschreiten der maßgeblichen Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung führt,
- nachhaltige Steigerung des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern der letzten drei Jahre vor Optionsausübung im Vergleich zum Gewinn bei Antragstellung um mindestens 30 Prozent, wenn die Versicherte Person selbstständig tätig ist,
- Reduzierung oder Wegfall der Invaliditätsversorgung der Versicherten Person aus der gesetzlichen Rentenversicherung, einer arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Altersvorsorge oder einem berufsständischen Versorgungswerk, in dem die Versicherte Person aufgrund einer Kammerzugehörigkeit pflichtversichert ist,
- Aufnahme eines Darlehens im gewerblichen Bereich, zur Praxisfinanzierung oder zum Erwerb von selbst genutztem Immobilieneigentum durch die Versicherte Person in Höhe von mindestens 50.000 Euro.

Spezielle Bildungsabschlüsse im Rahmen der ereignisabhängigen Nachversicherungsgarantie

Sie können einmalig während der Vertragslaufzeit bei Vorliegen von einem der folgenden Bildungsabschlüsse die zum Erhöhungszeitpunkt versicherte Leistung auch einmalig um 100 Prozent erhöhen:

- Schulabschluss an einer Regelschule und Beginn einer anerkannten Berufsausbildung, eines Vollzeit-Studiums oder eines ausbildungsintegrierten dualen Studiums durch die Versicherte Person,
- Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung und Beginn einer (selbstständigen/nicht-selbstständigen) Tätigkeit durch die Versicherte Person. Die Ausbildung muss dabei auf die berufliche Tätigkeit ausgerichtet gewesen sein.
- Abschluss eines ausbildungsintegrierten dualen Studiums (Bachelor oder Master) und Beginn einer (selbstständigen/nicht-selbstständigen) Tätigkeit durch die Versicherte Person. Das duale Studium muss dabei auf die berufliche Tätigkeit ausgerichtet gewesen sein.
- Abschluss einer Promotion und Beginn bzw. Fortführung einer (selbstständigen/nicht-selbstständigen) Tätigkeit durch die Versicherte Person. Die Promotion muss dabei auf die künftige bzw. aktuelle berufliche Tätigkeit ausgerichtet gewesen sein.

Karrieregarantie im Rahmen der ereignisabhängigen Nachversicherungsgarantie

- Sollte sich das regelmäßige jährliche Bruttogehalt der Versicherten Person um mindestens fünf Prozent erhöhen, haben Sie das Recht die zum Erhöhungszeitpunkt versicherte Leistung im gleichen prozentualen Verhältnis zu erhöhen, wie die Erhöhung des Bruttogehalts ausgefallen ist.
- Bei einer nachhaltigen Steigerung des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern

der letzten drei Jahre vor Optionsausübung um mindestens fünf Prozent, haben Sie das Recht, die zum Erhöhungszeitpunkt versicherte Leistung im gleichen prozentualen Verhältnis zu erhöhen, wie die Erhöhung der Gewinnsteigerung ausgefallen ist. Dabei ist die maximale prozentuale Erhöhung auf 20 Prozent je Kalenderjahr begrenzt.

Die Karrieregarantie kann einmal im Kalenderjahr ausgeübt werden, sofern die o. g. Voraussetzungen vorliegen. Wenn Sie Ihren Versicherungsschutz im Rahmen der Karrieregarantie erhöhen, so kann das zugrunde liegende Ereignis nicht zusätzlich im Rahmen der normalen ereignisabhängigen Nachversicherungsgarantie geltend gemacht werden.

Eine Erhöhung im Rahmen der ereignisabhängigen Nachversicherungsgarantie kann nur für die Zukunft beantragt werden. Wird eine solche Vertragsanpassung gewünscht, erfolgt diese zu dem im Nachtrag zum Versicherungsschein genannten Termin. Zu diesem Termin beginnt auch der Versicherungsschutz der gewünschten Erhöhung.

Sollte Berufsunfähigkeit vor Beginn des erhöhten Versicherungsschutzes eintreten und wurden bereits Beiträge dafür bezahlt, erstatten wir den aufgrund der Erhöhung geleisteten Mehrbeitrag verzinst mit dem vertraglichen Rechnungszins zurück. Die bereits beantragte und dokumentierte Erhöhung des Versicherungsschutzes wird in diesem Fall nicht wirksam.

Die Erhöhung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente muss mindestens 100 Euro monatlich betragen und ist – im Rahmen unserer geltenden Richtlinien – insgesamt begrenzt auf:

- einer bei Swiss Life versicherten Berufsunfähigkeitsrente von 3.000 Euro bzw. 4.000 Euro im Monat. Der maßgebliche Betrag ist im Versicherungsschein genannt. Unabhängig davon, können Sie im Rahmen der Karrieregarantie grundsätzlich die versicherte Berufsunfähigkeitsrente auf bis zu 4.000 Euro im Monat erhöhen. Eine Ausnahme stellt das Nachversicherungsereignis „Erstmalige Aufnahme einer hauptberuflichen selbstständigen oder freiberuflichen Vollzeittätigkeit durch die Versicherte Person“ dar. Hier gilt die maximale Höchstabsicherungsgrenze für Existenzgründer in Höhe von 1.500 Euro im Monat. Sollten unsere Annahmerichtlinien zum Erhöhungszeitpunkt bei bestimmten Berufen höhere Absicherungsgrenzen für Existenzgründer vorsehen, so beläuft sich die Höchstabsicherungsgrenze bei diesen Berufen analog den Annahmerichtlinien, jedoch maximal auf 3.000 Euro (4.000 Euro im Rahmen der Karrieregarantie) im Monat. Alle bestehenden Tarifrenten und Bonusrenten werden dabei addiert.

Bei einer Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente bis zu 3.000 Euro (4.000 Euro im Rahmen der Karrieregarantie) im Monat ist es ausreichend, dass bei Abschluss des Versicherungsvertrags die Antragsfragen beantwortet wurden.
Eine Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente auf bis zu 4.000 Euro im Monat (außerhalb der Karrieregarantie) setzt voraus, dass bei Abschluss des Versicherungsvertrags neben der Beantwortung der Antragsfragen eine ärztliche Untersuchung durchgeführt wurde.

Sie können die ereignisabhängige Nachversicherungsgarantie innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt mindestens eines der genannten Ereignisse in Textform und unter Beifügung entsprechender Nachweise bei uns geltend machen, sofern zum Zeitpunkt des maßgeblichen Ereignisses die Versicherte Person das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und weder berufsunfähig oder arbeitsunfähig im Sinne unserer Bedingungen ist oder war, noch einen Antrag auf Leistungen gestellt hat bzw. weder Leistungen aus einer gesetzlichen, betrieblichen oder privaten Invaliditätsversicherung (z. B. bei Verlust einer Grundfähigkeit, Erwerbsminderung, Berufsunfähigkeit) gestellt hat

oder entsprechende Leistungen erhält oder erhalten hat.

Eine Erhöhung der versicherten Leistungen ist von einer wirtschaftlichen Risikoprüfung abhängig. Die hierfür erforderlichen Unterlagen sind von der Versicherten Person bereitzustellen. Die wirtschaftliche Risikoprüfung orientiert sich an dem zuletzt versicherten Beruf und den dann bei uns geltenden Richtlinien. Diese stellen wir Ihnen auf Wunsch gerne zur Verfügung.

Für die Erhöhung gelten der zum Erhöhungszeitpunkt maßgebliche Tarif und die dem Vertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen. Für den anzupassenden Vertrag vereinbarte Risikozuschläge oder Besondere Vereinbarungen gelten auch für die aus der Erhöhung resultierenden Vertragsteile. Sollte Ihr Vertrag aufgrund der BU-Wechseloption aus einem Vitalschutz-Vertrag zustande gekommen sein, so werden bereits im Vitalschutz ausgeübte Erhöhungen im Rahmen der Nachversicherungsgarantie auf die hier genannten Grenzen angerechnet.

Ereignisunabhängige Nachversicherungsgarantie

Zusätzlich haben Sie das Recht, unter bestimmten Voraussetzungen Ihren Vertrag **ereignisunabhängig** und ohne erneute Risikoprüfung (wir verzichten auf Angaben zum Gesundheitszustand, Beruf und Hobbies) zu erhöhen. Die Erhöhung muss in den ersten fünf Versicherungsjahren beantragt werden und kann frühestens zu dem auf Ihren Antrag folgenden Monat durchgeführt werden. Dieses Recht kann nur einmalig ausgeübt werden. Sollte Ihr Vertrag aufgrund der BU-Wechseloption aus einem Vitalschutz-Vertrag zustande gekommen sein, so steht Ihnen die ereignisunabhängige Nachversicherungsgarantie nicht zur Verfügung.

Eine Erhöhung im Rahmen der ereignisunabhängigen Nachversicherungsgarantie kann nur für die Zukunft beantragt werden. Wird eine solche Vertragsanpassung gewünscht, erfolgt diese zu dem im Nachtrag zum Versicherungsschein genannten Termin.

Der Versicherungsschutz für diese Erhöhung beginnt nach Ablauf einer Wartezeit von sechs Monaten, diese entfällt bei Unfall.

Sollte eine Berufsunfähigkeit während der Wartezeit eintreten, erstatten wir den aufgrund der Erhöhung geleisteten Mehrbeitrag verzinst mit dem vertraglichen Rechnungszins zurück. Die bereits beantragte und dokumentierte Erhöhung des Versicherungsschutzes wird in diesem Fall nicht wirksam.

Die Erhöhung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente muss mindestens 100 Euro monatlich betragen und ist – im Rahmen unserer geltenden Richtlinien – insgesamt begrenzt auf:

- 50 Prozent der zum Erhöhungszeitpunkt versicherten Leistung,
- höchstens jedoch 500 Euro pro Monat,
- einer bei Swiss Life versicherten Berufsunfähigkeitsrente von 3.000 Euro bzw. 4.000 Euro im Monat. Der maßgebliche Betrag ist im Versicherungsschein genannt. Alle bestehenden Tarifrenten und Bonusrenten werden dabei addiert.

Bei einer Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente bis zu 3.000 Euro (4.000 Euro im Rahmen der Karrieregarantie) im Monat ist es ausreichend, dass bei Abschluss des Versicherungsvertrags die Antragsfragen beantwortet wurden.
Eine Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente auf bis zu 4.000 Euro im Monat (außerhalb der Karrieregarantie) setzt voraus, dass bei Abschluss des Versicherungsvertrags neben der Beantwortung der Antragsfragen eine ärztliche Untersuchung durchgeführt wurde.

Sie können die ereignisunabhängige Nachversicherungsgarantie innerhalb der ersten fünf Versicherungsjahre in Textform bei uns geltend machen, sofern zum Zeitpunkt der Beantragung die Versicherte Person das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und weder berufsunfähig oder arbeitsunfähig im Sinne unserer Bedingungen ist oder war, noch einen Antrag auf Leistungen aus

einer gesetzlichen, betrieblichen oder privaten Invaliditätsabsicherung (z. B. bei Verlust einer Grundfähigkeit, Erwerbsminderung, Berufsunfähigkeit) gestellt hat oder entsprechende Leistungen erhält oder erhalten hat.

Eine Erhöhung der versicherten Leistungen ist von einer wirtschaftlichen Risikoprüfung abhängig. Die hierfür erforderlichen Unterlagen sind von der Versicherten Person bereitzustellen. Die wirtschaftliche Risikoprüfung orientiert sich an dem zuletzt versicherten Beruf und den dann bei uns geltenden Richtlinien. Diese stellen wir Ihnen auf Wunsch gerne zur Verfügung.

Für die Erhöhung gelten der zum Erhöhungszeitpunkt maßgebliche Tarif und die dem Vertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen. Für den anzupassenden Vertrag vereinbarte Risikozuschläge oder Besondere Vereinbarungen gelten auch für die aus der Erhöhung resultierenden Vertragsteile.

33 Spezielle Nachversicherungsgarantie für Humanmediziner

Sie haben das Recht, den Versicherungsumfang Ihres Vertrags ohne erneute Risikoprüfung (wir verzichten auf Angaben zum Gesundheitszustand, Beruf und Hobbies) in folgenden Situationen **ereignisabhängig** zu erhöhen:

- Abschluss einer anerkannten beruflichen Qualifikation (z. B. Approbation/Promotion/Habilitation im Bereich der Human- oder Zahnmedizin, Berufung zum Professor im Bereich der Human- oder Zahnmedizin, Facharztprüfung im Bereich der Human- oder Zahnmedizin) durch die Versicherte Person,
- Erstmalige Aufnahme einer hauptberuflichen freiberuflichen Vollzeittätigkeit als Human- oder Zahnmediziner (z. B. Praxisneugründung, Praxisübernahme, Beteiligung an einem medizinischen Versorgungszentrum oder an einer Gemeinschaftspraxis) durch die Versicherte Person,
- Erhöhung des regelmäßigen jährlichen Bruttogehalts der Versicherten Person um mindestens zehn Prozent (z. B. nach Karrieresprung, nach Wechsel des Arbeitgebers, nach Abschluss eines Studiums der Human- oder Zahnmedizin, nach Approbation/Promotion/Habilitation im Bereich der Human- oder Zahnmedizin, nach Berufung zum Professor im Bereich der Human- oder Zahnmedizin, nach Abschluss einer beruflichen Qualifikation z. B. Facharztprüfung im Bereich der Human- oder Zahnmedizin),
- nachhaltige Steigerung des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern der letzten drei Jahre vor Optionsausübung im Vergleich zum Gewinn bei Antragstellung um mindestens 30 Prozent, wenn die Versicherte Person freiberuflich als Human- oder Zahnmediziner tätig ist,
- Aufnahme eines Darlehens zur Praxisfinanzierung, Finanzierung der Beteiligung an einem medizinischen Versorgungszentrum oder an einer Gemeinschaftspraxis oder eines sonstigen Darlehens in unmittelbarem Zusammenhang mit der freiberuflichen human- oder zahnmedizinischen Tätigkeit der Versicherten Person.

Voraussetzung für die Nutzung dieser speziellen Nachversicherungsgarantie für Humanmediziner ist, dass die Versicherte Person bei Eintritt eines der vorgenannten Ereignisse eine Tätigkeit als Human- oder Zahnmediziner ausübt.

Die Erhöhung muss in den ersten fünf Versicherungsjahren beantragt werden, kann nur einmal in Anspruch genommen werden und kann frühestens zu dem auf Ihren Antrag folgenden Monat durchgeführt werden.

Eine Erhöhung im Rahmen dieser ereignisabhängigen Nachversicherungsgarantie kann nur für die Zukunft beantragt werden. Wird eine solche Vertragsanpassung gewünscht, erfolgt diese zu dem im Nachtrag zum Versicherungsschein genannten Termin. Zu diesem Termin beginnt auch der Versicherungsschutz der gewünschten Erhöhung.

Sollte Berufsunfähigkeit vor Beginn des erhöhten Versicherungsschutzes eintreten und wurden bereits Beiträge dafür bezahlt, erstatten wir den aufgrund der Erhöhung geleisteten Mehrbeitrag verzinst mit dem vertraglichen Rechnungszins zurück. Die bereits beantragte und dokumentierte Erhöhung des Versicherungsschutzes wird in diesem Fall nicht wirksam.

Eine Erhöhung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente muss mindestens 100 Euro monatlich betragen. Erhöhungen sind – im Rahmen unserer geltenden Richtlinien – insgesamt begrenzt auf:

- 50 Prozent der zum Erhöhungszeitpunkt versicherten Leistung,
- 5.000 Euro im Monat aller bei Swiss Life versicherten Berufsunfähigkeitsrenten. Alle bestehenden Tarifrenten und Bonusrenten werden dabei addiert.

Eine Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente auf bis zu 5.000 Euro im Monat setzt voraus, dass bei Abschluss des Versicherungsvertrags neben der Beantwortung der Antragsfragen eine ärztliche Untersuchung durchgeführt wurde.

Sie können diese ereignisabhängige Nachversicherungsgarantie innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt mindestens eines der genannten Ereignisse in Textform und unter Beifügung entsprechender Nachweise bei uns geltend machen, sofern die Versicherte Person zum Zeitpunkt des maßgeblichen Ereignisses das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und weder berufsunfähig im Sinne unserer Bedingungen ist oder war, noch einen Antrag auf Leistungen aus einer gesetzlichen, betrieblichen oder privaten Invaliditätsabsicherung (z. B. bei Verlust einer Grundfähigkeit, Erwerbsminderung, Berufsunfähigkeit) gestellt hat oder entsprechende Leistungen erhält oder erhalten hat.

Eine Erhöhung der versicherten Leistungen ist von einer wirtschaftlichen Risikoprüfung abhängig. Die hierfür erforderlichen Unterlagen sind von der Versicherten Person bereitzustellen. Die wirtschaftliche Risikoprüfung orientiert sich an dem zuletzt versicherten Beruf und den dann bei uns geltenden Richtlinien. Diese stellen wir Ihnen auf Wunsch gerne zur Verfügung.

Für die Erhöhung gelten der zum Erhöhungszeitpunkt maßgebliche Tarif und die dem Vertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen. Für den anzupassenden Vertrag vereinbarte Risikozuschläge oder Besondere Vereinbarungen gelten auch für die aus der Erhöhung resultierenden Vertragsteile. Sollte Ihr Vertrag aufgrund der BU-Wechseloption aus einem Vitalschutz-Vertrag zustande gekommen sein, so werden bereits im Vitalschutz ausgeübte Erhöhungen im Rahmen der Nachversicherungsgarantie auf die hier genannten Grenzen angerechnet.

34 Optionale Gestaltungsmöglichkeiten

34.1 Einschluss von Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit und <<care>>-Option

Wenn Sie den Versicherungsumfang Ihres Vertrages im Rahmen der Nachversicherungsgarantie (gemäß Abschnitt 32 und 33) erhöhen, haben Sie das Recht Ihren Versicherungsschutz zu erweitern und Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit (siehe 12.3) und die <<care>>-Option (Pflegerenten-Zusatzversicherung mit lebenslanger Rente bei Pflegebedürftigkeit in Höhe der versicherten Berufsunfähigkeitsrente) gegen Mehrbeitrag einzuschließen, sofern Ihre Vertragskonstellation eine solche Erweiterung zulässt. Für die Erweiterung gilt der zuletzt versicherte Beruf und der zum Erweiterungszeitpunkt maßgebliche Tarif. Auf eine erneute Risikoprüfung (Abfrage von Gesundheitszustand, Beruf und Hobbies) verzichten wir, sofern der Einschluss der oben genannten Leistungen zeitgleich mit der Erhöhung des Versicherungsumfangs Ihres Vertrages im Rahmen der Nachversicherungsgarantie beantragt wird. Diese optionale Gestaltungsmöglichkeit gilt nicht in der betrieblichen Altersversorgung.

34.2 Besserstufungsoption

Sie haben das Recht, die Berufseinstufung Ihres Vertrags ohne erneute Gesundheitsprüfung in folgenden Situationen prüfen zu lassen:

- Erstmalige Aufnahme einer anerkannten Berufsausbildung (auch duales-Studium) durch die Versicherte Person (Schulabschluss an einer Regelschule vorausgesetzt),
- Erstmalige Aufnahme eines Vollzeit-Studiums durch die Versicherte Person,
- Erstmalige Aufnahme einer hauptberuflichen selbstständigen, freiberuflichen oder nicht-selbstständigen Vollzeittätigkeit durch die Versicherte Person nach Abschluss einer anerkannten Ausbildung oder eines anerkannten Studiums,
- Abschluss einer anerkannten beruflichen Weiterbildung (z. B. Fachwirt (Bachelor Professional), Techniker, IHK-geprüfter Betriebswirt (Master Professional), Meister) durch die Versicherte Person.
- Wechsel der Schulform bzw. der Sekundarstufe der Versicherten Person

Der Antrag auf Überprüfung der Berufseinstufung muss uns innerhalb von zwölf Monaten nach Vorliegen eines der o. g. Ereignisse angezeigt werden. Liegt uns der Antrag auf Überprüfung der Berufseinstufung vor, prüfen wir, ob die Einstufung mit Ihrem dann aktuellen Beruf für Sie vorteilhafter ist. Wenn die Einstufung mit Ihrem dann aktuellen Beruf für Sie vorteilhafter ist, erstellen wir einen Nachtrag zum Versicherungsschein mit der neuen Berufseinstufung. Die Höhe der versicherten Berufsunfähigkeitsrente bleibt dabei unverändert.
Für den anzupassenden Vertrag vereinbarte Risikozuschläge oder Besondere Vereinbarungen gelten auch für den Nachtrag.

J Verlängerungsgarantie

35 Unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihren Vertrag ohne erneute Gesundheitsprüfung verlängern?

Sollte die Regelaltersgrenze in der Deutschen Rentenversicherung oder den berufsständischen Versorgungswerken erhöht werden, können Sie die Versicherungs- und Leistungsdauer Ihres Vertrags um die Zeitspanne verlängern, um die die Regelaltersgrenze in der für die Versicherte Person zutreffenden Versorgungseinrichtung erhöht wurde, maximal jedoch um fünf Jahre. Der Antrag auf Verlängerung Ihres Vertrags muss uns gegenüber innerhalb von zwölf Monaten nach Inkrafttreten der Anhebung der Regelaltersgrenze in der Deutschen Rentenversicherung in Textform angezeigt werden.
Eine erneute Gesundheitsprüfung findet nicht statt.

Die Verlängerung Ihres Vertrags ist nur unter folgenden Voraussetzungen möglich:

- Die Versicherte Person ist ein anspruchsberechtigtes Mitglied in einer Versorgungseinrichtung (Deutsche Rentenversicherung oder berufsständisches Versorgungswerk)
- Die Versicherungsdauer Ihres bestehenden Vertrags ist mindestens bis zum vollendeten 60. Lebensjahr vereinbart.
- Ihr Vertrag wird beitragspflichtig geführt.
- Die Versicherte Person erhält oder erhielt bisher keine Leistungen aus Ihrem Vertrag und hat auch keine Leistungen beantragt.
- Bei Antragstellung auf Verlängerung des Vertrages prüfen wir, ob der von der Versicherten Person ausgeübte Beruf und die dann aktuellen Annahmerichtlinien das Ablaufalter zulassen.

Durch die Verlängerung Ihres Vertrags erhöht sich Ihr Beitrag nach versicherungsmathematischen Grundsätzen.

Liegen die vorgenannten Voraussetzungen vor, erstellen wir in jedem Fall einen Vorschlag für Sie. Wenn Sie mit diesem einverstanden sind, teilen Sie uns das mit. Wir erstellen dann einen Nachtrag zum Versicherungsschein mit der gewünschten Vertragsverlängerung.

K Kündigung des Vertrags

36 Wann und wie können Sie Ihren Vertrag kündigen?

Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Schluss einer Versicherungsperiode ganz oder teilweise in Textform kündigen. Falls Sie eine vierteljährliche, halbjährliche oder jährliche Beitragszahlung vereinbart haben, können Sie auch früher als zum Ende einer Versicherungsperiode kündigen, und zwar mit Frist von einem Monat zum Ende des darauffolgenden Monats. In diesem Fall endet die laufende Versicherungsperiode mit Ablauf dieser Frist.

Teilweise Kündigung

Eine Teilkündigung wird nur durchgeführt, wenn die verbleibende beitragspflichtige Berufsunfähigkeitsrente nicht unter 600 Euro pro Jahr sinkt.

Beitragsrückzahlung

Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

37 Welche Folgen hat es, wenn Sie kündigen?

Die Kündigung ist mit Nachteilen verbunden.
Bei Kündigung erlischt die Versicherung, es wird kein Rückkaufswert fällig.

Bei einer Berufsunfähigkeitsversicherung werden die Beiträge im Wesentlichen durch das getragene Risiko verbraucht. Des Weiteren müssen wir die Kosten für das Einziehen der Beiträge und die Verwaltung der Versicherung aus den Beiträgen bestreiten. Für die Beratung bei Abschluss einer Versicherung, insbesondere durch den Vermittler und das Einrichten eines Vertrags entstehen ebenfalls Kosten.

Kündigung nach Eintritt des Leistungsfalls

Anerkannte oder festgestellte Ansprüche aus der Berufsunfähigkeitsversicherung werden durch Kündigung nicht berührt; dies gilt auch dann, wenn die Berufsunfähigkeit bereits vor Kündigung oder Beitragsfreistellung eintrat, aber erst danach anerkannt oder festgestellt wird. Ein Rückkaufswert wird auch in diesem Fall nicht fällig.

L Erläuterung wichtiger Begriffe

Bewertungsreserven
Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem handelsrechtlichen Buchwert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz (siehe Geschäftsbericht) ausgewiesen sind. Mehr zu Bewertungsreserven lesen Sie in Kapitel F.

Bezugsberechtigter
Ist die Person, die die Leistung erhält. Sie bestimmen den Begünstigten im Versicherungsvertrag.

Deckungskapital
Ist der Wert der Verpflichtungen, die uns durch den Versicherungsvertrag entstehen. Es wird nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnet.

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

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

Geltende Richtlinien
Sind unsere Regeln, in denen beispielsweise beschrieben wird, welche Berufe wir zu welchen Konditionen (z. B. Berufsgruppen) versichern. Bestimmte Berufe können gar nicht oder nur bis zu bestimmten Höchstsummen, Mindest- und Höchsteintrittsaltern oder mit Zuschlägen versichert werden. Weiterhin werden dort Summengrenzen für die medizinische und wirtschaftliche Risikoprüfung beschrieben. Die medizinische Risikoprüfung bezeichnen wir auch als Gesundheitsprüfung.

Höchstrichterliche Entscheidung
Ist eine bindende Entscheidung eines obersten Gerichts. Ein solches Gericht kann zum Beispiel der Bundesgerichtshof sein.

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

Natürliche Person
Bezeichnet einen Menschen mit all seinen Rechten und Pflichten.

Rechnungsgrundlagen
Die geschlechtsunabhängige Beitragskalkulation basiert auf den Invalidisierungstafeln SL 2025 I NR (N) oder SL 2025 I R (N), den Tafeln SL 2022 TI, SL 2022 RI und SL 2022 T sowie einem Rechnungszins in Höhe von 1,0 Prozent; die Kalkulation von Swiss Life BU 4U abweichend auf Invalidisierungstafeln SL 2025 I NR (A) oder SL 2025 I R (A).

Sicherungsvermögen
Alle unsere Vermögensgegenstände, mit denen wir die Ansprüche unserer Versicherungsnehmer decken.

Sonderpädagogischer Förderbedarf
Schülerinnen und Schüler, die auf Grund einer Behinderung oder wegen einer Lern- oder Entwicklungsstörung besondere Unterstützung benötigen, werden nach ihrem individuellen Bedarf sonderpädagogisch gefördert.
Die sonderpädagogische Förderung umfasst die Förderschwerpunkte
Lernen, Sprache, emotionale und soziale Entwicklung, Hören und Kommunikation, Sehen, geistige Entwicklung und körperliche und motorische Entwicklung.
In der Regel entscheidet die jeweilige Schulaufsichtsbehörde, auf Antrag der Eltern, über den Bedarf an sonderpädagogischer Unterstützung und die Förderschwerpunkte. Vorher holt sie ein sonderpädagogisches Gutachten sowie, sofern erforderlich, ein medizinisches Gutachten der unteren Gesundheitsbehörde ein und beteiligt die Eltern. Besteht ein Bedarf an sonderpädagogischer Unterstützung, schlägt sie den Eltern mit Zustimmung des Schulträgers mindestens eine allgemeine Schule vor, an der ein Angebot zum Gemeinsamen Lernen eingerichtet ist.

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

Überschussanteilsätze
Dies sind die konkreten Prozentsätze, mit denen wir unsere Versicherungsnehmer an den Überschüssen beteiligen. Sie können sich von Jahr zu Jahr oder auch in der Bezugsgröße unterscheiden. Beispiele: 1,0 Prozent des Beitrags oder 1,5 Prozent des Deckungskapitals.

Überschussbeteiligung
An unseren Überschüssen und den Bewertungsreserven beteiligen wir Sie nach den gesetzlichen Vorschriften. Lesen Sie mehr in Kapitel F.

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

Überschussverwendungs-System
Bezeichnet die Art und Weise, wie die zugeteilten Überschussanteile verwendet werden.

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

Unzumutbare Härte
Ist, wenn das Festhalten am Vertrag für eine Partei unbillig oder untragbar ist. Dies kann zum Beispiel in folgendem Fall gegeben sein: Eine unwirksame Bestimmung entfällt und der Vertrag ist dadurch nicht mehr ausgewogen, weil eine Partei einseitig begünstigt wird. Wann eine unzumutbare Härte vorliegt, richtet sich nach den Umständen des Einzelfalls.

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

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

Versicherungsjahr
Sind in der Regel volle zwölf Monate ab dem Zeitpunkt, zu dem die Versicherung beginnt. Alle Versicherungsjahre eines Vertrags beginnen oder enden immer zu diesem Zeitpunkt. Beispiel: Die Versicherung beginnt am 1. April um 00.00 Uhr. Ein Versicherungsjahr läuft dann vom 1. April 00.00 Uhr eines Jahres bis zum 31. März 24.00 Uhr des darauffolgenden Jahres.
Wenn das erste Versicherungsjahr weniger als zwölf Monate beträgt, sprechen wir von einem Rumpfbeginnjahr. In diesen Fall verschiebt sich der Beginn des zweiten Versicherungsjahres und aller folgenden Versicherungsjahre um die Anzahl der Monate des Rumpfbeginnjahres.

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

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

Versicherungsschein
Ist eine Urkunde über unseren Versicherungsvertrag. Zu Beginn des Vertrags senden wir Ihnen den Versicherungsschein zu. Er enthält wichtige Daten zu Ihrer Versicherung, zum Beispiel: über die Beiträge, den Beginn der Versicherung oder die Versicherte Person. Den Versicherungsschein müssen Sie gut aufheben, da dieser erforderlich ist, um Leistungen aus der Versicherung zu erhalten.

Versicherungsvertrag
Ist die rechtliche Grundlage für die Versicherung, die Sie mit uns abschließen.

M Auszug aus dem Sozialgesetzbuch

Auszug aus dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI, Stand 01.01.2017)

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien:

1. Mobilität:
   Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;

2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten:
   Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:
   motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;

4. Selbstversorgung:
   Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;

5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:
   a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
   b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit

Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,

c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie

d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte:
Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteter Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

(3) Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Abs. 2 genannten Bereiche berücksichtigt.

§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

(1) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

(2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Abs. 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in der Anlage 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und
5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in der Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. Mobilität mit 10 Prozent,
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,
3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,
4. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,

5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in der Anlage 1 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(4) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Abs. 1 die pflegefachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.

(5) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen des Fünften Buches vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in § 14 Abs. 2 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

(6) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.