uniVersa
Lebensversicherung a.G.

Versicherungsbedingungen

für die Berufsunfähigkeitsversicherung uniVersa **Premium SBU**



Wichtig für die Empfangsbestätigung im Antrag:
LVB-002
01.25

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz der Berufsunfähigkeitsversicherung 3

2. Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung **Premium SBU 25** 4

3. Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung mit Dynamik 21

4. Besondere Bedingungen für das Überschusssystem Fondsanlage 22

**Zur besseren Lesbarkeit verwenden wir in diesem Dokument ausschließlich männliche Personenbezeichnungen.
Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass diese stellvertretend für alle Geschlechter stehen.**

LVB-002 01.25

Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz der Berufsunfähigkeitsversicherung

§ 1 Was ist vorläufig versichert?

(1) Haben Sie eine Berufsunfähigkeitsversicherung beantragt und tritt während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes Berufsunfähigkeit ein, so gilt:

a) Eine Berufsunfähigkeitsrente zahlen wir nur, wenn uns die Berufsunfähigkeit innerhalb von drei Monaten seit ihrem Eintritt angezeigt worden ist und eine Berufsunfähigkeitsversicherung beantragt worden ist.

b) Eine gegebenenfalls beantragte Leistungsdynamik der Berufsunfähigkeitsrente sowie Leistungen aufgrund Arbeitsunfähigkeit und schwerer Krankheit sind im Rahmen des vorläufigen Versicherungsschutzes nicht versichert.

In jedem Fall enden die Leistungen bei Berufsunfähigkeit spätestens mit dem Ablauf der für die Berufsunfähigkeitsversicherung beantragten Versicherungsdauer.

Für den Begriff der bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit wird allein auf die Definition in § 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung Exklusiv SBU 25 bzw. § 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung Premium SBU 25 abgestellt. Die in der Besonderen Vereinbarung für Beamte des öffentlichen Dienstes und Richter bei allgemeiner Dienstunfähigkeit sowie der Besonderen Vereinbarung zum Versicherungsschutz bei Polizeidienstunfähigkeit enthaltenen Definitionen der Berufsunfähigkeit finden im Rahmen des vorläufigen Versicherungsschutzes keine Anwendung.

(2) Aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes leisten wir bei Berufsunfähigkeit maximal eine Höchstrente von 12.000 EUR jährlich.

Diese Begrenzung gilt auch dann, wenn höhere Leistungen von Ihnen beantragt oder mehrere Anträge für dieselbe versicherte Person bei uns gestellt worden sind. Bei mehreren Anträgen für dieselbe versicherte Person bzw. bei mehreren Bezugsberechtigten erfolgt eine anteilige Kürzung der Leistungen.

Der vorläufige Versicherungsschutz gilt nur bei Stellung eines rechtsverbindlichen Antrags auf Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung. Bei Einreichung sog. "Probeanträge", d.h. Anträge, die z.B. zum Zweck einer Risikovoranfrage gestellt werden, besteht kein vorläufiger Versicherungsschutz.

§ 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz ist, dass

a) der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als zwei Monate nach der Unterzeichnung des Antrages liegt und

b) uns eine Ermächtigung zum Beitragseinzug erteilt oder der Einlösungsbeitrag für die beantragte Versicherung gezahlt worden ist und

c) Sie das Zustandekommen der Versicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht haben und

d) Ihr Antrag sich im Rahmen der von uns gebotenen Tarife und Bedingungen bewegt.

§ 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

(1) Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag, an dem Ihr Antrag bei uns eingeht, spätestens jedoch mit dem dritten Tag nach der Unterzeichnung des Antrages.

(2) Der vorläufige Versicherungsschutz endet, wenn

a) der Versicherungsschutz aus der beantragten Versicherung oder einem weiteren Vertrag über vorläufigen Versicherungsschutz begonnen hat. Dies gilt auch, wenn der Hauptvertrag oder der weitere Vertrag über vorläufigen Versicherungsschutz mit einem anderen Versicherer abgeschlossen wurde. In diesem Fall haben Sie uns unverzüglich den Vertragsschluss mitzuteilen.

b) Der vorläufige Versicherungsschutz endet zudem, wenn Sie Ihren Antrag angefochten oder zurückgenommen haben oder

c) Sie von Ihrem Widerrufsrecht nach § 8 VVG Gebrauch gemacht haben oder

d) der Einzug des Einlösungsbeitrages aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht möglich war oder dem Einzug widersprochen worden ist, sofern wir Sie durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben.

e) Der vorläufige Versicherungsschutz endet zudem, wenn Sie einer Ihnen gemäß § 5 Abs.1 und 2 VVG mitgeteilten Abweichung des Versicherungsscheins von Ihrem Antrag widersprochen haben.

(3) Jede Vertragspartei kann den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Unsere Kündigungserklärung wird jedoch erst nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang bei Ihnen wirksam.

§ 4 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Unsere Leistungspflicht ist ausgeschlossen für Versicherungsfälle aufgrund von Ursachen, nach denen im Antrag gefragt ist und von denen die versicherte Person vor ihrer Unterzeichnung Kenntnis hatte, auch wenn diese im Antrag angegeben wurden. Dies gilt nicht für Umstände, die für den Eintritt des Versicherungsfalles nur mitursächlich geworden sind.

§ 5 Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir keinen besonderen Beitrag. Erbringen wir aber Leistungen aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes, so behalten wir ein Entgelt ein. Das Entgelt entspricht dem Beitrag für das erste Versicherungsjahr des beantragten Versicherungsvertrages. Wir berechnen Ihnen jedoch nicht mehr als den Tarifbeitrag für die Höchstrente gemäß § 1 Abs. (2). Bereits gezahlte Beiträge rechnen wir an.

§ 6 Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

(1) Soweit in diesen Bedingungen nichts Anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen und Besonderen Bedingungen für die beantragte Versicherung Anwendung. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse.
Eine Überschussbeteiligung erfolgt jedoch nicht.

(2) Ein im Antrag festgelegtes Bezugsrecht gilt auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung Premium SBU 25

Inhaltsverzeichnis

Welche Leistungen erbringen wir? § 1

Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen? § 2

Was ist Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen? § 3

Wann liegt eine schwere Krankheit (Dread Disease) vor? § 4

Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt? § 5

Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz? § 6

In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen? § 7

Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht? § 8

Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten? § 9

Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen? § 10

Wann können Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen und welche Auswirkungen hat dies auf unsere Leistung? § 11

Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet? § 12

Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen verlangt werden? § 13

Welche Unterstützung erhalten Sie von uns im Leistungsfall? § 14

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

Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit? § 16

Was gilt bei Verletzung der Mitwirkungspflicht nach Eintritt der Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, schwerer Krankheit oder Arbeitsunfähigkeit? § 17

Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein? § 18

Wer erhält die Versicherungsleistung? § 19

Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung? § 20

Unter welchen Voraussetzungen ist eine Nachversicherung möglich? § 21

Können Sie die Berufsgruppeneinstufung überprüfen lassen? § 22

Wann können Sie Ihren Versicherungsvertrag verlängern? § 23

Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung? § 24

Wo ist der Gerichtsstand? § 25

Unter welchen Voraussetzungen können die vorstehenden Bedingungen geändert werden? § 26

Können Ihre Beiträge angepasst werden? § 27

Was gilt bei Änderungen Ihrer Postanschrift und Ihres Namens? Sonstige Mitteilungspflichten. § 28

An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind? § 29

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

Leistungen bei Berufsunfähigkeit

(1) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer zu mindestens 50 % berufsunfähig im Sinne dieser Bedingungen, so erbringen wir – längstens bis zum Ende der vereinbarten Leistungsdauer – folgende Leistungen, sofern diese mitversichert sind:

a) Beitragsbefreiung

Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht

b) Berufsunfähigkeitsrente

Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente. Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus. Tritt eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen während des Monats ein, erfolgt eine anteilige Zahlung.

c) Leistungsdynamik der Berufsunfähigkeitsrente

Erhöhung der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente entsprechend dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein dokumentierten Dynamiksatz. Die Erhöhungen erfolgen jeweils zum Jahrestag des Versicherungsbeginns, erstmals zum Jahrestag des Versicherungsbeginns, der auf den Eintritt der Berufsunfähigkeit folgt.

Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit als 50 % besteht kein Anspruch auf diese Versicherungsleistungen.

Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

(2) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer dieser Berufsunfähigkeitsversicherung pflegebedürftig im Sinne des § 2 Abs. (13) – (17) und liegt der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 %, so erbringen wir dennoch - längstens bis zum Ende der vereinbarten Leistungsdauer - die unter Abs. (1) a) bis c) genannten Versicherungsleistungen.

Leistungen bei Einschluss einer zusätzlichen Pflegerente - SBU PFLEGE^{plus}

(3) Haben Sie mit uns eine zusätzliche Pflegerente (SBU PFLEGE^{plus}) vereinbart, erbringen wir diese bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 2 Abs. (13) – (17) ab Eintritt der Pflegebedürftigkeit zusätzlich neben der Berufsunfähigkeitsrente in vereinbarter Höhe, solange die versicherte Person lebt. Für die Leistungsdauer der Berufsunfähigkeitsrente selbst gilt Abs. (8).

Zudem erhöht sich die Pflegerente bei Dynamisierung der Berufsunfähigkeitsrente nach Abs. (1) c) im prozentual vereinbarten Verhältnis zur Berufsunfähigkeitsrente. Die Dynamisierung der Pflegerente endet mit Ablauf der Leistungsdauer aus der Berufsunfähigkeitsrente, unabhängig davon, ob infolge Pflegebedürftigkeit weiterhin die Pflegerente geleistet wird.

Die Höhe der dann zu leistenden Pflegerente bemisst sich in diesem Fall nach dem vereinbarten prozentualen Verhältnis zur zuletzt versicherten Berufsunfähigkeitsrente.

Für die Zahlungsmodalitäten gilt Abs. (1) b) entsprechend.

Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

(4) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer dieser Berufsunfähigkeitsversicherung arbeitsunfähig im Sinne des § 3, so erbringen wir folgende Leistungen:

a) Beitragsbefreiung

Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht, insgesamt für maximal 36 Monate.

b) Arbeitsunfähigkeitsrente

Zahlung einer Arbeitsunfähigkeitsrente in Höhe der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente. Die Arbeitsunfähigkeitsrente zahlen wir monatlich rückwirkend, insgesamt für maximal 36 Monate. Ist eine Karenzzeit vereinbart, wird diese auf die maximale Leistungsdauer von 36 Monaten angerechnet.

Leistungen wegen schwerer Krankheit (Dread Disease)

(5) Erkrankt die versicherte Person während der Versicherungsdauer, frühestens nach Beginn des Versicherungsschutzes, an einer der unter § 4 beschriebenen schweren Krankheit (Dread Disease) erbringen wir folgende Leistungen:

a) Beitragsbefreiung

Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht, maximal für 24 Monate.

b) Rentenleistung wegen schwerer Krankheit

Zahlung einer Rente wegen schwerer Krankheit in Höhe der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente, maximal für 24 Monate. Die Rente wegen schwerer Krankheit zahlen wir monatlich im Voraus. Ist eine Karenzzeit vereinbart, wird diese auf die maximale Leistungsdauer von 24 Monaten angerechnet.

Entstehen der Ansprüche

(6) Der Anspruch auf die Beitragsbefreiung (Abs. (1) a)) und eine vereinbarte Pflegerente (Abs. (3)) besteht ab dem Tag, an dem die Berufsunfähigkeit bzw. die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist. Der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente (Abs. (1) b)) entsteht, sofern keine Karenzzeit vereinbart wurde, ebenfalls ab dem Tag, an dem Berufsunfähigkeit eingetreten ist.

Bei Arbeitsunfähigkeit gemäß § 3 Abs. (1) entsteht der Anspruch auf Arbeitsunfähigkeitsrente (Abs. (4) b)), sofern keine Karenzzeit vereinbart wurde, rückwirkend ab dem Tag des Beginns der ersten ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit. Der Anspruch auf Beitragsbefreiung (Abs. (4) a)) entsteht ab dem Tag, an dem die Arbeitsunfähigkeit eingetreten ist.

Bei schwerer Krankheit gemäß § 4 Abs. (1) entsteht der Anspruch auf die Beitragsbefreiung (Abs. (5) a)) ab dem 1. des auf die Diagnosestellung gemäß § 4 Abs. (1) folgenden Monats, sofern die versicherte Person diesen Zeitpunkt erlebt. Der Anspruch auf Rentenleistung (Abs. (5) b)) entsteht, sofern keine Karenzzeit vereinbart wurde, ebenfalls ab dem 1. des Monats, welcher auf die Diagnosestellung durch einen entsprechenden Facharzt folgt.

Es ist nicht möglich, dass Sie für denselben Zeitraum parallel Leistungen wegen

- Berufsunfähigkeit/Pflegebedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit oder
- Berufsunfähigkeit/Pflegebedürftigkeit und schwerer Krankheit oder
- schwerer Krankheit und Arbeitsunfähigkeit

erhalten.

Karenzzeit

(7) Ist eine Karenzzeit vereinbart, so entsteht der Anspruch auf die Berufsunfähigkeitsrente bzw. Arbeitsunfähigkeitsrente erst mit dem Ablauf der Karenzzeit, sofern die Berufsunfähigkeit nach § 2 bzw. die Arbeitsunfähigkeit nach § 3 während der Karenzzeit ununterbrochen bestanden hat und bei deren Ablauf noch andauert. Im Fall der schweren Krankheit entsteht der Anspruch auf Rentenleistung mit Ablauf der vereinbarten Karenzzeit unabhängig davon, ob sich der gesundheitliche Zustand der versicherten Person gebessert hat.

Die Karenzzeit beginnt an dem Tag, an dem die Berufsunfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit eingetreten ist. Im Fall der schweren Krankheit beginnt die Karenzzeit ab dem 1. des auf die Diagnosestellung folgenden Monats. Wir erbringen die Rentenleistung nur und erst für die Zeit nach Ablauf der Karenzzeit. Während der Karenzzeit besteht kein Leistungsanspruch auf die Berufsunfähigkeits-, Arbeitsunfähigkeitsrente oder auf die Rente wegen schwerer Krankheit.

Endet die Berufsunfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit und tritt danach innerhalb von 24 Monaten erneut aufgrund derselben medizinischen Ursache Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 bzw. Arbeitsunfähigkeit im Sinne des § 3 ein, so werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten berücksichtigt.

Die vereinbarte Karenzzeit findet nur auf die Rentenleistungen aus der Berufsunfähigkeitsrente, der Arbeitsunfähigkeitsrente und die Rentenleistung wegen schwerer Krankheit, nicht auf die Beitragsbefreiung oder eine vereinbarte Pflegerente Anwendung.

Erlöschen des Anspruchs

(8) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Berufsunfähigkeitsrente erlischt, wenn

a) der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % sinkt,

b) eine andere Tätigkeit nach § 2 Abs. (3) konkret ausgeübt wird,

c) bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit die Pflegebedürftigkeit nach § 2 Abs. (13) – (17) wegfällt,

d) zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt,

e) im Fall des § 2 Abs. (6) die Voraussetzungen für die Zahlung einer vollen Erwerbsminderungsrente entfallen und der Träger der Deutschen Rentenversicherung die Zahlung der unbefristeten Rente wegen voller Erwerbsminderung einstellt,

f) im Fall des § 2 Abs. (5) das vollständige oder teilweise Tätigkeitsverbot wieder aufgehoben wird oder

g) die vertragliche Leistungsdauer endet.

Der Anspruch auf die Pflegerente erlischt,

a) zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt oder

b) wenn keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 2 Abs. (13) - (17) mehr vorliegt.

(9) Der Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit (Rente und Beitragsbefreiung) erlischt,

a) wenn keine Arbeitsunfähigkeit im Sinne des § 3 Abs. (1) mehr vorliegt, spätestens nach Überschreiten der maximalen Leistungsdauer von 36 Monaten,

b) wenn die versicherte Person stirbt,

c) bei Eintritt bedingungsgemäßer Berufsunfähigkeit (§ 2), oder Anerkennung von Leistungen wegen schwerer Krankheit oder

d) wenn die vertragliche Leistungsdauer endet.

(10) Der Anspruch auf Leistungen wegen schwerer Krankheit (Rentenzahlung und Beitragsbefreiung) erlischt

a) nach Ablauf von 24 Monaten oder

b) wenn die versicherte Person stirbt oder

c) bei Eintritt bedingungsgemäßer Berufsunfähigkeit (§ 2) oder

d) wenn die vertragliche Leistungsdauer endet.

(11) Endet unsere Leistungspflicht innerhalb eines Beitragszahlungsabschnitts, so sind für den Zeitraum von der Beendigung unserer Leistungspflicht bis zum nächsten Beitragsfälligkeitstermin die Beiträge anteilig zu zahlen.

Beitragszahlung während der Anspruchsprüfung

(12) Bis zu unserer Erklärung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen.

Auf Ihren Antrag in Textform (z. B. per Brief oder E-Mail) hin werden wir die Beiträge stunden

a) bis zu unserer Erklärung über die Leistungspflicht;

b) im Falle einer gerichtlichen Auseinandersetzung bis zur rechtskräftigen Entscheidung.

Die Stundung endet

- bei a) mit Zugang unserer Leistungsentscheidung;
- bei b) mit rechtskräftiger Beendigung des gerichtlichen Verfahrens.

Zum Ablauf der Stundung sind alle bis dahin ausstehenden Beiträge unverzüglich nachzuzahlen. Gleichzeitig ist die Beitragszahlung wieder aufzunehmen.

Sofern die Zahlung der gestundeten Beiträge in einer Summe nicht möglich sein sollte, kann auf Ihren Antrag hin

- ein Ausgleich durch Verrechnung mit dem Deckungskapital oder den Überschussanteilen, sofern in ausreichender Höhe vorhanden oder
- eine Ratenzahlung über einen Zeitraum von bis zu 24 Monaten

vereinbart werden. Bei der Verrechnung mit dem Deckungskapital können Sie zwischen einer Herabsetzung der Versicherungsleistung oder einer Erhöhung der Beiträge wählen.

Für die während der Leistungsprüfung gestundeten Beiträge und eine eventuelle Rückzahlung in Raten erheben wir keine Stundungszinsen.

(13) Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen erhalten Sie ggf. weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (siehe § 5).

Auslandsaufenthalt

(14) Der Versicherungsschutz gilt weltweit. Dies gilt auch, wenn Sie Ihren Wohnsitz ins Ausland verlegen.

Wiedereingliederungshilfe

(15) Hat die versicherte Person mindestens zwei Jahre ununterbrochen eine Berufsunfähigkeitsrente nach Abs. (1) b) bezogen, und stellen wir die Rentenzahlung ein, weil Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt (Wiedereingliederung), zahlen wir als Einmalbetrag eine Wiedereingliederungshilfe in Höhe der sechsfachen versicherten Monatsrente, max. insgesamt 9.000 EUR, höchstens jedoch den Betrag, der bei fortbestehender Berufsunfähigkeit bis zum Ablauf der Leistungsdauer noch zu zahlen wäre. Anstelle des Einmalbetrages zahlen wir die Wiedereingliederungshilfe auf Antrag monatlich für die Dauer von sechs Monaten, längstens jedoch bis zum Ablauf der Leistungsdauer bzw. bis zum Tod der versicherten Person. Die Höhe der monatlichen Wiedereingliederungshilfe entspricht der Berufsunfähigkeitsrente, max. aber 1.500 EUR pro Monat.

Tritt innerhalb eines Jahres nach Wiedereingliederung erneut Berufsunfähigkeit aus denselben medizinischen Gründen ein und wird deshalb wieder eine Leistung erbracht, wird die gezahlte Wiedereingliederungshilfe darauf angerechnet.

Die Wiedereingliederungshilfe kann mehrmals in Anspruch genommen werden. Voraussetzung hierfür ist, dass zwischen dem Zeitpunkt, zu welchem die Leistungen beendet wurden und dem Zeitpunkt, ab welchem erneut Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erbracht werden, mindestens 24 Monate liegen, in welchen Beitragszahlungen erbracht wurden.

Bei Einstellung der Arbeitsunfähigkeitsrente besteht **kein** Anspruch auf Wiedereingliederungshilfe.

Umorganisationshilfe

(16) Liegt nur deshalb keine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit vor, weil eine Umorganisation zumutbar ist (vgl. § 2 Abs. (1)), erbringen wir eine einmalige Umorganisationshilfe in Höhe von 12 Monatsrenten, höchstens jedoch 30.000,00 EUR.

Tritt innerhalb eines Jahres nach dem Zeitpunkt der Leistung der Umorganisationshilfe aus gleichem medizinischen Grund Berufsunfähigkeit ein, wird die Umorganisationshilfe auf neu entstehende Rentenansprüche angerechnet.

Die Umorganisationshilfe kann nur einmal während der gesamten Vertragsdauer in Anspruch genommen werden.

Leistungsausschluss

(17) Wurden Leistungsausschlüsse oder besondere Vereinbarungen zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes getroffen, so gelten diese sowohl für die Leistung bei Berufsunfähigkeit als auch bei Pflegebedürftigkeit, bei Arbeitsunfähigkeit und bei Leistungen wegen schwerer Krankheit.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

Berufsunfähigkeit

(1) Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls (auch altersentsprechend), die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, nicht mehr ausüben kann und auch keine andere Tätigkeit ausübt, zu der sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Ist die versicherte Person als Selbstständiger, Freiberufler, mitarbeitender Betriebsinhaber, beherrschender Gesellschafter-Geschäftsführer oder in einer vergleichbaren Stellung tätig, d.h. Arbeitnehmer mit Direktionsbefugnis, so liegt Berufsunfähigkeit im zuletzt ausgeübten Beruf darüber hinaus erst dann vor, wenn trotz zumutbarer Umorganisation des Betriebes oder Arbeitsplatzes sich der versicherten Person keine von ihr gesundheitlich noch zu bewältigenden Tätigkeitsfelder eröffnen bzw. verbleiben, in welchen sie mehr als 50 % mitarbeiten kann.

Eine Umorganisation ist zumutbar,

- wenn die hierfür erforderlichen Maßnahmen betrieblich sinnvoll und wirtschaftlich zweckmäßig sind sowie keinen erheblichen Kapitaleinsatz erfordern,
- die versicherte Person eine unveränderte Stellung hinsichtlich Weisungs- und Direktionsbefugnis innehat,
- die bisherige Lebensstellung der versicherten Person gewahrt bleibt (hierzu zählt auch, dass eine damit verbundene Einkommensreduzierung zumutbar sein muss, siehe Abs. (3)) 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.
Wenn keine Berufsunfähigkeit vorliegt, weil die versicherte Person ihren Betrieb umorganisieren könnte, zahlen wir eine einmalige Umorganisationshilfe gemäß § 1 Abs. (16).

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

- eine akademische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat und
- zu mindestens 90 Prozent der täglichen Arbeitszeit Bürotätigkeiten ausübt.

Wir verzichten ebenfalls auf eine Prüfung der Umorganisation, wenn der Betrieb der versicherten Person weniger als elf Mitarbeiter beschäftigt. Zu den Mitarbeitern zählt auch der Betriebsinhaber, nicht jedoch Auszubildende, Praktikanten und Werkstudenten.

(2) Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls (auch altersentsprechend), die ärztlich nachzuweisen sind, zu mindestens 50 % außerstande gewesen, ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, auszuüben und hat sie in dieser Zeit auch keine andere Tätigkeit ausgeübt, zu der sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht, so gilt dieser Zustand von Beginn an als Berufsunfähigkeit.

(3) Berufsunfähigkeit liegt nicht oder nicht mehr vor, wenn die versicherte Person eine andere Tätigkeit konkret ausübt, die ihrer Aus-

bildung, Fähigkeiten und bisherigen Lebensstellung entspricht und in der der Grad der Berufsunfähigkeit geringer als 50 % ist. Damit verzichten wir auf die so genannte abstrakte Verweisung.

Als der bisherigen Lebensstellung entsprechend wird dabei nur eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und auch in ihrer Vergütung und Wertschätzung nicht spürbar unter das Niveau der bislang ausgeübten beruflichen Tätigkeit absinkt. Die für die versicherte Person zumutbare Einkommensreduzierung richtet sich dabei nach dem jeweiligen konkreten Einzelfall und der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Eine Einkommensreduzierung von mehr als 20 % im Vergleich zum jährlichen Bruttoarbeitseinkommen vor Eintritt der Berufsunfähigkeit sehen wir jedoch als nicht mehr zumutbar an. Statt des jährlichen Bruttoeinkommens ist bei Selbstständigen, Freiberuflern und mitarbeitenden Betriebsinhabern der durchschnittliche Gewinn vor Steuern der letzten drei Jahre vor Eintritt der Berufsunfähigkeit entscheidend.
Sollte die höchstrichterliche Rechtsprechung einen niedrigeren Prozentsatz festlegen, werden wir diesen anwenden. Im begründeten Einzelfall kann auch schon eine geringere Minderung des Einkommens nicht zumutbar sein.

(4) Scheidet die versicherte Person aus dem Berufsleben aus und werden später Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt, wird für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit die vor dem Ausscheiden ausgeübte berufliche Tätigkeit und die damit verbundene Lebensstellung zu Grunde gelegt. Dies gilt sowohl für ein vorübergehendes Ausscheiden als auch für ein endgültiges Ausscheiden aus dem Berufsleben.

Berufsunfähigkeit infolge eines Tätigkeitsverbots (Infektionsklausel)

(5) Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn eine gesetzliche Vorschrift oder eine behördliche Verfügung der versicherten Person wegen ihrer Infektion verbietet, ihre bisherige berufliche Tätigkeit für mindestens sechs Monate zu mindestens 50 % (teilweises Tätigkeitsverbot nach § 31 IfSG) oder vollständig (vollständiges Tätigkeitsverbot nach § 31 IfSG) fortzuführen. Präventive Allgemeinverfügungen sind von dieser Regelung nicht erfasst. Das Verbot muss sich auf einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten erstrecken.

Berufsunfähigkeit liegt dagegen jedoch nicht vor, sofern die versicherte Person für die Dauer des Verbots von ihrem Arbeitgeber mit einer anderen Tätigkeit betraut wird oder wenn die versicherte Person eine ihrer Ausbildung und Erfahrung entsprechende Tätigkeit tatsächlich ausübt und diese Tätigkeit ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Soweit auf § 31 IfSG Bezug genommen wird, ist die am 01.01.2025 geltende Fassung der Vorschriften gemeint.

Berufsunfähigkeit infolge voller Erwerbsminderung

(6) Berufsunfähigkeit liegt auch vor, wenn

- und solange die versicherte Person von einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung der Bundesrepublik Deutschland, allein aus medizinischen Gründen anerkannte unbefristete Rente wegen voller Erwerbsminderung erhält,

- die versicherte Person bei Eintritt der Voraussetzungen zur vollen Erwerbsminderung mindestens das 55. Lebensjahr vollendet hat und

- der Vertragsbeginn bei Eintritt der Voraussetzungen zur vollen Erwerbsminderung mindestens zehn Jahre zurück liegt.

Berufsunfähigkeit bei Schülern

(7) Bei Schülern liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person durch Krankheit, Körperverletzung oder Unfallfolgen für mindestens sechs Monate so eingeschränkt ist, dass sie außerstande ist, als Schüler am Unterricht an einer allgemeinen Schule in der Primarstufe, Sekundarstufe I oder Sekundarstufe II ohne spezielle Förderung teilzunehmen und auch keine andere, ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit konkret ausübt.

Eine spezielle Förderung ist anzunehmen, wenn der Besuch einer Förderschule/Sonderschule oder sonderpädagogischen Maßnahme regelmäßig erforderlich sind. Das Wiederholen eines Schuljahres allein gilt nicht als Berufsunfähigkeit.
Als allgemeine Schulen gelten allgemeinbildende und berufliche Schulen in staatlicher, privater oder kirchlicher Trägerschaft. Allgemeine Schulen in der Primarstufe sind Grundschulen, allgemeine Schulen in der Sekundarstufe I sind Hauptschulen, Mittelschulen, Realschulen, Gymnasien und Gesamtschulen und, allgemeine Schulen in der Sekundarstufe II sind die gymnasiale Oberstufe an einem Gymnasium, beruflichem Gymnasium, Fachgymnasium oder an einer Gesamtschule sowie Berufsfachschulen, Fachoberschulen und Berufsoberschulen.

(8) Ist die versicherte Person Schüler im Sinne des Abs. (7) und ist sie sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder Unfallfolgen so eingeschränkt gewesen, dass sie außerstande war, als Schüler an einem regulären Schulunterricht an einer allgemeinen Schule der Primarstufe, der Sekundarstufe I oder Sekundarstufe II ohne spezielle Förderung teilzunehmen und hat sie auch keine andere, ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit konkret ausgeübt, gilt die Fortdauer dieses Zustands rückwirkend von Beginn an als Berufsunfähigkeit.

Berufsunfähigkeit bei Studenten

(9) Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit Student im Vollzeitstudium an einer staatlich anerkannten Universität, Fachhochschule oder Berufsakademie innerhalb der Europäischen Union, beurteilt sich die Berufsunfähigkeit wie folgt:

Berufsunfähigkeit liegt für Studenten vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls (auch altersentsprechend), die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate außerstande ist, ihr Studium fortzusetzen und sie auch keinen anderen Studiengang absolviert oder eine ihrem Studium entsprechende berufliche Tätigkeit konkret ausübt.

Als eine ihrem Studium entsprechende berufliche Tätigkeit wird dabei nur eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und deren damit verbundene Lebensstellung aus finanzieller und sozialer Sicht der Lebensstellung entspricht, die regelmäßig mit dem erfolgreichen Abschluss des Studiums der versicherten Person erreicht wird.

(10) Ist die versicherte Person Student im Sinne des Abs. (9) und ist sie sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls (auch altersentsprechend), die ärztlich nachzuweisen sind, außerstande gewesen, ihr Studium an einer staatlich anerkannten Universität, Fachhochschule oder Berufsakademie innerhalb der Europäischen Union fortzusetzen und hat sie auch keinen anderen Studiengang absolviert oder eine ihrem Studium entsprechende berufliche Tätigkeit ausgeübt, so gilt die Fortdauer dieses Zustands rückwirkend von Beginn an als Berufsunfähigkeit.

Berufsunfähigkeit bei Auszubildenden

(11) Befindet sich die versicherte Person zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit in einer Berufsausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf und hat **noch nicht** die Hälfte oder mehr der gesetzlich vorgesehenen Ausbildungszeit zurückgelegt, so gilt Folgendes: Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls (auch altersentsprechend), die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate außerstande ist, ihre zuletzt betriebene Ausbildung, so wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, fortzusetzen und auch keine andere berufliche oder schulische Ausbildung ausübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht sowie keine berufliche Tätigkeit ausübt, die ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Hat die versicherte Person zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit in einer Berufsausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf die Hälfte oder mehr der gesetzlich vorgesehenen Ausbildungszeit zurückgelegt, so gilt Folgendes: Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls (auch altersentsprechend), die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate außerstande ist, ihre zuletzt betriebene Ausbildung, so wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, fortzusetzen und auch keine andere berufliche oder schulische Ausbildung sowie keine berufliche Tätigkeit ausübt, die ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie der Lebensstellung entspricht, die die versicherte

Person regelmäßig mit erfolgreichem Abschluss der vor Eintritt der Berufsunfähigkeit begonnenen Ausbildung erlangen würde.

(12) Ist die versicherte Person Auszubildende im Sinne des Abs. 11 und ist sie sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls (auch altersentsprechend), die ärztlich nachzuweisen sind, außerstande gewesen, ihre Ausbildung, so wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen ausgestaltet war, fortzusetzen und hat sie auch keine andere Ausbildung oder eine ihrer Ausbildung und Erfahrung entsprechende berufliche Tätigkeit ausgeübt, so gilt die Fortdauer dieses Zustands rückwirkend von Beginn an als Berufsunfähigkeit.

Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit

(13) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls (auch altersentsprechend) voraussichtlich für mindestens sechs Monate ununterbrochen so hilflos ist, dass sie für die in Abs. (14) genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

(14) Bewertungsmaßstab für die Einstufung des Pflegefalls ist die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung wird die nachstehende Punktetabelle zugrunde gelegt: wir leisten bei zwei oder mehr Punkten.

Die versicherte Person benötigt Hilfe bei(m)

- Mobilität: 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – nur mit Unterstützung einer anderen Person in der Lage ist, sich auf ebenem Grund in Räumen fortzubewegen.

- An- und Auskleiden: 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung – die Hilfe einer anderen Person benötigt, um sich an- oder auszukleiden und ggf. ein medizinisches Korsett oder eine Prothese anzulegen und zu befestigen.

- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken: 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – zubereitete und servierte Mahlzeiten nicht ohne Hilfe einer anderen Person zu sich nehmen kann.

- Körperpflege: 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Hilfe einer anderen Person beim Waschen, bei der Zahnreinigung, beim Kämmen und beim Rasieren benötigt.

- Baden und Duschen: 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn sich die versicherte Person ohne die Hilfe einer anderen Person weder baden noch duschen kann.

- Verrichten der Notdurft: 1 Punkt

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

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

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

(15) Unabhängig von der Bewertung aufgrund der Punktetabelle liegt Pflegebedürftigkeit im Sinne unserer Bedingungen vor, wenn

- die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf.
- die versicherte Person dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann oder wenn die versicherte Person der Bewahrung bedarf.

Bewahrung liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann.

(16) Pflegebedürftigkeit im Sinne unserer Bedingungen liegt außerdem vor, wenn bei der versicherten Person seit mindestens sechs Monaten mittelschwere oder schwere Hirnleistungsstörungen, die durch Unfall oder Erkrankung verursacht wurden, vorliegen und in deren Folge die versicherte Person kontinuierliche Aufsicht benötigt, weil sie sich oder andere sonst erheblich gefährden würde (mittelschwere oder schwere Demenz).

Eine mittelschwere oder schwere Demenz im Sinne dieser Bedingungen ist dann gegeben, wenn mindestens ein Schweregrad 5 „Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen“, ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg vorliegt. Dies ist durch einen Facharzt (Neurologen) auf Basis einer ausführlichen Befunderhebung mit körperlicher sowie psychopathologischer Untersuchung und unter Verwendung psychometrischer Tests zu bestätigen. Zur Bestätigung der Diagnose können Wiederholungsuntersuchungen gefordert werden.

Leichte oder mäßige Hirnleistungsstörungen sind keine mittelschwere oder schwere Demenz im oben genannten Sinn und erfüllen die Leistungsvoraussetzungen nicht.

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

(18) Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig (Abs. (13) – (17)) gewesen, so gilt dieser Zustand von Beginn an als Pflegebedürftigkeit.

Günstigerprüfung bei Pflegebedürftigkeit

(19) Wir werden bei der Prüfung unserer Leistungspflicht in Folge Pflegebedürftigkeit nach Abs. (14) – (16) von der für Sie jeweils günstigeren Definition ausgehen und diese unserer Leistungsprüfung zugrunde legen.

Günstigerprüfung für Teilzeitkräfte

(20) Übt die versicherte Person

- bei Eintritt des Leistungsfalles eine weisungsgebundene und sozialversicherungspflichtige Tätigkeit aus bzw. ist in einer Versorgungseinrichtung pflichtversichert, die der gesetzlichen Rentenversicherung gleichgestellt ist und

- wird diese Tätigkeit bei Eintritt des Leistungsfalles zeitlich eingeschränkt gemäß § 2 Abs. 1 Teilzeit- und Befristungsgesetz (Stand. 01.01.2025) ausgeübt, d.h. ist die regelmäßige Wochenarbeitszeit kürzer als die eines vergleichbaren vollzeitbeschäftigten Arbeitnehmers

erfolgt durch uns eine Günstigerprüfung.

In diesem Fall wird zunächst geprüft, ob die versicherte Person berufsunfähig im Sinne dieser Bedingungen ist. Ist dies der Fall, erhält die versicherte Person die vereinbarten Leistungen bei Berufsunfähigkeit.

Stellt sich jedoch heraus, dass keine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit 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, erhält die versicherte Person ebenso die vereinbarten Leistungen wegen Berufsunfähigkeit.

Keine Anzeigepflicht bei Berufswechsel

(21) Einen Berufswechsel während der Vertragslaufzeit müssen Sie uns nicht anzeigen. Sie können jedoch die Berufsgruppeneinstufung der versicherten Person nach einem Berufswechsel gemäß § 22 überprüfen lassen.

Sonstige Regelungen

(22) Es gibt keine Frist, bis zu der Sie uns den Eintritt der Berufsunfähigkeit melden müssen.

§ 3 Was ist Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

Arbeitsunfähigkeit

(1) Arbeitsunfähigkeit liegt ab dem Zeitpunkt vor, an dem die versicherte Person mindestens drei Monate ununterbrochen vollständig arbeitsunfähig krankgeschrieben ist und ein Arzt bescheinigt, dass sie voraussichtlich ununterbrochen bis zum Ende eines insgesamt sechsmonatigen Zeitraums arbeitsunfähig sein wird. Hinsichtlich des Entstehens des Anspruchs wird auf § 1 Abs. (6) verwiesen.

(2) Die Krankschreibung bzw. die ärztliche Bescheinigung muss der Form entsprechen, wie sie in § 5 Entgeltfortzahlungsgesetz („AU-Bescheinigung“) oder den Vorschriften für die Geltendmachung von Krankentagegeld bei den privaten Krankenversicherungen vorgesehen ist.

Arbeitsversuche im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung gemäß § 74 SGB V stellen keine Unterbrechung der Arbeitsunfähigkeit dar.

Soweit auf § 5 Entgeltfortzahlungsgesetz und § 74 SGB V Bezug genommen wird, ist die am 01.01.2025 geltende Fassung der Vorschriften gemeint. Die Bezugnahme erstreckt sich auch auf die diese in der Zukunft ersetzenden Vorschriften.

Leistungsdauer und -umfang

(3) Ist die versicherte Person mehrmals arbeitsunfähig i.S.d. Abs. (1) krankgeschrieben, ist die Leistungsdauer für alle eintretenden Arbeitsunfähigkeitszeiten zusammen auf 36 Monate beschränkt.

Arbeitsunfähigkeitsleistungen können je nach Dauer der vereinbarten Karenzzeit auch gänzlich entfallen.

(4) Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit werden jeweils befristet für den Zeitraum erbracht, für den ärztliche Bescheinigungen wegen Arbeitsunfähigkeit gemäß Abs. (2) vollständig vorgelegt werden. Dabei akzeptieren wir nach Ablauf der „Sechsmonatsfrist“ Bescheinigungen bis zu zwei Monaten in die Zukunft. § 2 Abs. (2), (8), (10) und (12) gelten nicht bei Arbeitsunfähigkeit.

Erklärung über unsere Leistungspflicht

(5) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail), ob und in welchem Umfang wir eine Leistungspflicht anerkennen.

(6) Liegt keine Arbeitsunfähigkeit mehr vor, müssen Sie uns hierüber unverzüglich informieren.

(7) Bei Wegfall der Arbeitsunfähigkeit oder Ablauf der maximalen Leistungsdauer von 36 Monaten stellen wir unsere Leistung mit Ablauf des Tages ein, zu welchem die Krankschreibung oder die maximale Leistungsdauer endet. Die Beitragszahlungen sind daraufhin wieder aufzunehmen. Wir werden Sie über unsere Leistungseinstellung und den Zeitpunkt der Wiederaufnahme der Beitragszahlung informieren. § 16 Abs. (4) findet auf die Einstellung von Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit keine Anwendung.

Sonstige Regelungen

(8) Der Antrag auf Arbeitsunfähigkeitsleistungen ist innerhalb des Zeitraums zu stellen, in dem die jeweilige ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit bestand.

(9) Wenn Sie Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit beantragen, müssen Sie nicht gleichzeitig einen Leistungsantrag wegen Berufsunfähigkeit stellen. Wir sind jedoch berechtigt, eine Prüfung wegen Berufsunfähigkeit nach § 2 vorzunehmen.

(10) Wenn und solange Leistungen wegen Berufsunfähigkeit (§ 2) erbracht werden, besteht kein Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit. Ein gleichzeitiger Bezug von Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit und Berufsunfähigkeit ist ausgeschlossen.

Wenn Berufsunfähigkeit vorliegt, werden die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit mit den in diesem Zeitraum bereits vorher erbrachten Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit verrechnet.

Der Zeitraum, für den ursprünglich Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit erbracht wurden, wird in diesem Fall auf den maximalen 36-monatigen Leistungszeitraum nicht angerechnet. Sofern die Berufsunfähigkeit wieder entfällt und bei laufender Vertragszeit erneut Arbeitsunfähigkeit nach Abs. (1) eintritt, können für diesen Zeitraum erneut Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht werden.

(11) Wenn und solange Leistungen wegen schwerer Krankheit (§ 4) erbracht werden, besteht kein Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit. Ein gleichzeitiger Bezug von Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit und schwerer Krankheit ist ausgeschlossen.

Werden Leistungen wegen schwerer Krankheit rückwirkend erbracht, werden diese Leistungen mit den in diesem Zeitraum bereits vorher erbrachten Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit verrechnet.

Der Zeitraum, für den ursprünglich Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit erbracht wurden, wird in diesem Fall auf den maximalen 36-monatigen Leistungszeitraum nicht angerechnet.

(12) Werden nach dem Bezug von Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt, besteht nicht automatisch ein Anspruch auf diese Leistungen. Dies gilt auch dann, wenn die Arbeitsunfähigkeit bereits sechs Monate und länger bestanden hat.

§ 4 Wann liegt eine schwere Krankheit (Dread Disease) vor?

Schwere Krankheit (Dread Disease)

(1) 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.

a) 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.

b) 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.

c) 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/Störungen/Beeinträchtigungen 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.

d) Blindheit

Ein Verlust der Sehfähigkeit der versicherten Person liegt bei Blindheit oder hochgradigem Verlust der Sehkraft beider Augen vor, die nicht durch medizinische Maßnahmen 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.

e) Taubheit

Ein Verlust der Hörfähigkeit liegt vor, wenn bei der versicherten Person – auch unter Nutzung von geeigneten Hilfsgeräten (z. B. Hörgeräte oder Implantate) – auf beiden Ohren anhand eines anerkannten sprachaudiometrischen Testverfahrens (z. B. Freiburger Wörtertest) ein Hörverlust von mindestens 80 Prozent nachgewiesen wird. 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.

f) 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 ihrem sozialen Umfeld nicht mehr verstanden wird, weil sie Worte in keiner jeglichen bekannten, verständlichen Sprache spricht. Der Verlust 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.

Leistungsdauer und -umfang

(2) Wir zahlen bei einer schweren Krankheit i.S.d. Abs. (1) die für den Fall einer Berufsunfähigkeit vereinbarte monatliche Rente – vorbehaltlich einer vereinbarten Karenzzeit - für eine Dauer von 24 Monaten, solange die versicherte Person lebt. Die Leistung endet nicht vorzeitig, auch wenn sich der Gesundheitszustand der versicherten Person innerhalb des Zeitraums von 24 Monaten wieder bessert.

Rentenleistungen wegen schwerer Krankheit können je nach Dauer der vereinbarten Karenzzeit auch gänzlich entfallen.

Erklärung über unsere Leistungspflicht

(3) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail), ob wir eine Leistungspflicht anerkennen.

(4) Nach Ablauf von 24 Monaten stellen wir unsere Leistung zum Monatsende ein, zu welchem die Leistungsdauer endet. Die Beitragszahlungen sind daraufhin wieder aufzunehmen. Wir werden Sie über unsere Leistungseinstellung und den Zeitpunkt der Wiederaufnahme der Beitragszahlung informieren. § 16 Abs. (4) findet auf die Einstellung von Leistungen wegen schwerer Krankheit keine Anwendung.

Sonstige Regelungen

(5) Ist eine versicherte schwere Krankheit bedingungsgemäß eingetreten, begründet der Eintritt einer weiteren bedingungsgemäß versicherten schweren Krankheit keine zusätzliche Versicherungsleistung, solange Leistungen aufgrund der zuerst eingetretenen schweren Krankheit erbracht werden.

Sie können Leistungen wegen schwerer Krankheit aber mehrmals während der Dauer Ihrer Versicherung beantragen, sofern

- zwischen der Diagnosestellung der schweren Krankheit, für welche zuletzt Leistungen nach § 1 Abs. (5) erbracht wurden und der Diagnosestellung der neuen schweren Krankheit ein Zeitraum von mindestens 24 Monaten liegt und

- nicht bereits Leistungen nach § 1 Abs. (5) wegen dieser Art der schweren Krankheit erbracht wurden.

  Das bedeutet: Haben wir z.B. aufgrund der Diagnose Krebs geleistet, können Sie wegen einer neuen Krebserkrankung nicht erneut Leistungen nach § 1 Abs. (5) verlangen. Dabei kommt es nicht darauf an, ob es sich um ein Rezidiv oder eine von der Erstdiagnose unabhängige Krebserkrankung handelt.

Sofern Sie mit uns eine Karenzzeit vereinbart haben, gilt diese auch für jede weiter hinzukommende schwere Krankheit, für welche wir Leistungen anerkennen.

(6) Wenn Sie Leistungen wegen einer schweren Krankheit beantragen, müssen Sie nicht gleichzeitig einen Leistungsantrag wegen Berufsunfähigkeit stellen. Wir sind jedoch berechtigt, eine Prüfung wegen Berufsunfähigkeit nach § 2 vorzunehmen.

(7) Wenn und solange Leistungen wegen Berufsunfähigkeit (§ 2) erbracht werden, besteht kein Anspruch auf Leistungen wegen einer schweren Krankheit. Ein gleichzeitiger Bezug von Leistungen wegen einer schweren Krankheit und Berufsunfähigkeit ist ausgeschlossen.

Wenn Berufsunfähigkeit vorliegt, werden die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit mit den in diesem Zeitraum bereits vorher erbrachten Leistungen wegen schwerer Krankheit verrechnet.

Ist die schwere Krankheit, für welche Leistungen erbracht wurden, die Hauptursache für die Berufsunfähigkeit, so werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten berücksichtigt.

Zur Regelung hinsichtlich Leistungen wegen gleichzeitig vorliegender bedingungsgemäßer Arbeitsunfähigkeit siehe § 3 Abs. (11).

(8) Werden nach dem Bezug von Leistungen wegen schwerer Krankheit Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt, besteht nicht automatisch ein Anspruch auf diese Leistungen.

§ 5 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

Wir beteiligen Sie gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Leistung aus der Überschussbeteiligung kann auch Null Euro betragen. In den nachfolgenden Absätzen erläutern wir Ihnen,

- wie wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens ermitteln und wie wir diesen verwenden (Abs. (1)),
- wie Ihr Vertrag an dem Überschuss beteiligt wird (Abs. (2)),
- wie Bewertungsreserven entstehen und wie wir diese Ihrem Vertrag zuordnen (Abs. (3)),
- warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung Ihres Vertrages nicht garantieren können (Abs. (4)) und
- wie wir Sie über die Überschussbeteiligung informieren (Abs. (5)).

(1) Wie ermitteln wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens und wie verwenden wir diesen?

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 Vertrages am Überschuss ergeben sich aus der Zuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht.

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

(2) Wie wird Ihr Vertrag an dem Überschuss beteiligt?

(a) Bei der Verteilung des Überschusses auf die einzelnen Verträge wenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren an. Hierzu bilden wir innerhalb der Bestandsgruppen Gewinnverbände.

Ihre Berufsunfähigkeits-Versicherung gehört zum Gewinnverband „Berufsunfähigkeitsversicherung-2025“ im Abrechnungsverband „Berufsunfähigkeitsversicherung (einschließlich Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung)“ in der Bestandsgruppe „Inlandsgeschäft/Einzelversicherung mit Überschussbeteiligung, bei der das Anlagerisiko vom Versicherungsunternehmen getragen wird“. Ist in Ihrem Vertrag die zusätzliche Pflegerente (SBU PFLEGE^{plus}) eingeschlossen, gehört sie zum Gewinnverband „Pflegezusatzversicherung zur Berufsunfähigkeitsversicherung 2025“ im Abrechnungsverband „Pflegerentenversicherung (einschließlich Pflegerenten-Zusatzversicherung)“ in der Bestandsgruppe „Inlandsgeschäft/Einzelversicherung mit Überschussbeteiligung, bei der das Anlagerisiko vom Versicherungsunternehmen getragen wird“.

Wir verteilen den Überschuss in dem Maß, wie die Bestandsgruppen und Gewinnverbände zu seiner Entstehung beigetragen haben. Hat eine Bestandsgruppe oder ein Gewinnverband nicht zur Entstehung des Überschusses beigetragen, besteht insoweit kein Anspruch auf Überschussbeteiligung.

Bezüglich der Überschussbeteiligung gelten die folgenden Regelungen:

(b) Überschussanteile

Laufende Überschussanteile
Ihre Versicherung erhält jährlich, erstmalig zum Ende des ersten Versicherungsjahres, laufende Überschussanteile. Die laufenden Überschussanteile werden bei

- Versicherungen gegen laufende Beitragszahlung in Prozent des Bruttobeitrages
- beitragsfrei gestellten Versicherungen und Versicherungen im Rentenbezug als Zinsüberschussanteil in Prozent des Deckungskapitals zum Überschusszuteilungstermin

bemessen.

(c) Überschussbeteiligungssysteme

Folgende Überschussbeteiligungssysteme können von Ihnen gewählt werden:

aa) Versicherungen gegen laufende Beitragszahlung

1) Verzinsliche Ansammlung
Die laufenden Überschussanteile werden verzinslich angesammelt und bei Beendigung der Versicherung ausbezahlt. Bei Eintritt der Berufsunfähigkeit wird dieses Guthaben nach Abs. (2) (c) cc) verwendet.

2) Verrechnung der Überschussanteile mit den Beiträgen
Die laufenden Überschussanteile werden mit den Beiträgen verrechnet. Die erste Verrechnung erfolgt dabei zu Beginn des ersten Versicherungsjahres. Bei Beitragsfreistellung wegen vorzeitiger Einstellung der Beitragszahlung erfolgt eine Umstellung in das System der verzinslichen Ansammlung nach Abs. (2) (c) bb) 1).

3) Fondsanlage
Die laufenden Überschussanteile werden zum Kauf von Fondsanteilen verwendet. Weitere Einzelheiten zum Überschusssystem Fondsanlage finden Sie in den „Besondere Bedingungen für das Überschusssystem Fondsanlage“.

Bei Eintritt der Berufsunfähigkeit wird der Wert der vorhandenen Anteile nach Abs. (2) (c) cc) verwendet.

bb) Beitragsfrei gestellte Versicherungen

1) Verzinsliche Ansammlung
Die laufenden Überschussanteile werden verzinslich angesammelt und bei Beendigung der Versicherung ausbezahlt. Bei Eintritt der Berufsunfähigkeit wird dieses Guthaben nach Abs. (2) (c) cc) verwendet.

2) Fondsanlage
Die laufenden Überschussanteile werden zum Kauf von Fondsanteilen verwendet. Weitere Einzelheiten zum Überschusssystem Fondsanlage finden Sie in den „Besondere Bedingungen für das Überschusssystem Fondsanlage“.

Bei Eintritt der Berufsunfähigkeit wird der Wert der vorhandenen Anteile nach Abs. (2) (c) cc) verwendet.

cc) Versicherungen im Rentenbezug

Die laufenden Überschussanteile werden zur Bildung einer beitragsfreien Zusatzrente (dynamische Bonusrente) verwendet, die zusammen mit der versicherten Rente ausbezahlt wird. Gleiches gilt bei Rentenbezug wegen Berufsunfähigkeit für ein aus der aktiven Zeit ggf. vorhandenes Überschussguthaben nach Abs. (2) (c) aa) 1), Abs. (2) (c) aa) 3) oder Abs. (2) (c) bb). Im Falle einer Reaktivierung werden die Überschussguthaben nach Abs. (2) (c) aa) 1), Abs. (2) (c) aa) 3) oder Abs. (2) (c) bb) von Neuem angesammelt.

Der Vorstand legt jedes Jahr auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars fest, wie der Überschuss auf die Gewinnverbände verteilt wird und setzt die entsprechenden Überschussanteilsätze fest (Überschussdeklaration). Dabei achtet er darauf, dass die Verteilung verursachungsorientiert erfolgt.

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

(3) Wie entstehen Bewertungsreserven und wie ordnen wir diese Ihrem Vertrag zu?

Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über ihrem jeweiligen handelsrechtlichen Buchwert liegt.

Da vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung stehen, um Kapital zu bilden, entstehen auch keine oder nur geringfügige Bewertungsreserven. Dennoch entstehende 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.

Die Höhe der Bewertungsreserven ermitteln wir jährlich neu, zusätzlich auch

- für den Zeitpunkt der Beendigung Ihres Vertrages vor dem Eintritt einer Berufsunfähigkeit,
- für den Beginn einer Rentenzahlung wegen Berufsunfähigkeit.

Bei Beendigung der Versicherung vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit berechnen wir Ihren Anteil an den Bewertungsreserven entsprechend dem Verhältnis der Summe der verzinslich angesammelten Überschussguthaben abgelaufener Versicherungsjahre zur Summe der Deckungskapitalien und Überschussguthaben abgelaufener Versicherungsjahre aller anspruchsberechtigten Verträge.

Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

(4) 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. Einflussfaktoren sind insbesondere die Entwicklung des Berufsunfähigkeitsrisikos, des Kapitalmarkts und der Kosten.

Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch Null Euro betragen.

(5) Wie informieren wir über die Überschussbeteiligung?

Die festgelegten Überschussanteilsätze veröffentlichen wir jährlich in unserem Geschäftsbericht. Diesen finden Sie auf unserer Internetseite (www.universa.de). Den Geschäftsbericht können Sie außerdem bei uns jederzeit anfordern.

Über den Stand Ihrer Ansprüche unterrichten wir Sie jährlich, erstmals ein Jahr nach Vertragsbeginn. Dabei berücksichtigen wir die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages. Sie können aber auch unabhängig von diesen Mitteilungen zu jeder anderen Zeit den Wert des Deckungskapitals Ihrer Versicherung bei uns erfragen.

§ 6 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag abgeschlossen worden ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung (vgl. § 9 Abs. (3) und (4) und § 10).

§ 7 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

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

(2) Wir leisten jedoch nicht, wenn die Berufsunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit oder schwere Krankheit verursacht ist:

a) unmittelbar oder mittelbar durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat oder Kriegsereignisse; wir werden jedoch leisten, wenn die Ursache der Berufsunfähigkeit in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen steht, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb Deutschlands ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;

b) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person, damit sind Versicherungsfälle aufgrund von fahrlässigen Verstößen (dies umfasst die leichte, die einfache und die grobe Fahrlässigkeit) im Straßenverkehr mitversichert;

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

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

e) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben 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.

(3) Abs. (2) findet auch auf die Pflegerente SBU PFLEGE^{plus} Anwendung.

§ 8 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

(1) Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Vertragsschluss in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden.

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

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

Rücktritt

(4) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person (vgl. Abs. (2)) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

(5) Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles 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.

(6) Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, erlischt die Versicherung, ohne dass ein Rückkaufswert ausgezahlt wird. Haben Sie gemäß § 5 Abs. (2) c) aa) das Überschussbeteiligungssystem „Verzinsliche Ansammlung“ oder „Fondsanlage“ vereinbart, zahlen wir davon unberührt das angesammelte Guthaben beziehungsweise das Fondsguthaben aus. Außerdem erhöht sich der Auszahlungsbetrag ggf. um die Ihrer Versicherung zugeteilten Bewertungsreserven. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

(7) 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.

(8) Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

(9) Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um (§ 11 Abs. (3) a) bis c)).

Rückwirkende Vertragsanpassung

(10) 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.

(11) Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen. In der Mitteilung werden wir Sie auf das Kündigungsrecht hinweisen.

Ausübung unserer Rechte

(12) Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen unsere Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen (§ 21 Abs. (1) VVG). 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.

(13) Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung sind ausgeschlossen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

(14) 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 oder die versicherte Person die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre (§ 21 Abs. (3) VVG).

Anfechtung

(15) 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. Abs. (6) gilt entsprechend.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

(16) Die Absätze (1) bis (15) gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen nach Abs. (14) beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

Erklärungsempfänger

(17) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsänderung sowie zur Anfechtung üben wir durch schriftliche Erklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, aus. 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.

(18) Haben Sie die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten, verzichten wir auf die Anwendung des § 19 Abs. 3 Satz 2 und Abs. 4 VVG.

§ 9 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

(1) Die Beiträge zu Ihrer Versicherung können Sie je nach Vereinbarung durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge (laufende Beiträge) zahlen. Die Versicherungsperiode umfasst bei Jahreszahlung ein Jahr, bei unterjähriger Beitragszahlung entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.

(2) Der erste Beitrag ist unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden jeweils zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.

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

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

Konnten wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

(4) Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

(5) Bei Fälligkeit einer Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände von der Versicherungsleistung abziehen.

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

Erster Beitrag (§ 37 VVG)

(1) Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir - solange die Zahlung nicht bewirkt ist - auch vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wurde, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten der zur Gesundheitsprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchungen verlangen.

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

Folgebeitrag (§ 38 VVG)

(3) Wenn ein Folgebeitrag oder ein sonstiger Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig gezahlt worden ist oder eingezogen werden konnte, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen.

(4) Für einen Versicherungsfall, der nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintritt, entfällt oder vermindert sich der Versicherungsschutz, wenn Sie sich bei Eintritt des Versicherungsfalles noch mit der Zahlung in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Sie wird dann automatisch mit Ablauf der Frist wirksam, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt noch immer mit der Zahlung in Verzug sind. Auf diese Rechtsfolge müssen wir Sie ebenfalls hinweisen.

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

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

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

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

§ 11 Wann können Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen und welche Auswirkungen hat dies auf unsere Leistung?

Kündigung

(1) Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode ganz oder teilweise in Textform (z. B. per Brief oder E-Mail) kündigen. Die Kündigung ist jedoch ausgeschlossen, wenn und solange Leistungen aus dieser Versicherung erbracht werden.

(2) Mit Ihrer Kündigung erlischt die Versicherung. Ein Rückkaufswert wird nicht fällig. Haben Sie gemäß § 5 Abs. (2) c) aa) das Überschussbeteiligungssystem „Verzinsliche Ansammlung“ oder „Fondsanlage“ vereinbart, zahlen wir davon unberührt das angesammelte Guthaben beziehungsweise das Fondsguthaben aus. Außerdem erhöht sich der Auszahlungsbetrag ggf. um die Ihrer Versicherung zugeteilten Bewertungsreserven.

Die Kündigung Ihrer Versicherung ist mit dem Nachteil verbunden, dass – mit Ausnahme von Abs. (8) – kein Versicherungsschutz mehr besteht.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung anstelle einer Kündigung

(3) a) Anstelle einer Kündigung nach Abs. (1) können Sie unter Beachtung des dort genannten Termins in Textform (z.B. per Brief oder E-Mail) verlangen, ganz oder teilweise von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Falle setzen wir die versicherte Jahresrente ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Jahresrente herab, die nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode errechnet wird. Sofern die Pflegerente SBU PFLEGE^{plus} eingeschlossen wurde, bleibt das prozentuale vereinbarte Verhältnis der Pflegerente zur Berufsunfähigkeitsrente unverändert erhalten.

Abzug

Von dem aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Jahresrente zur Verfügung stehenden Betrag nehmen wir einen Abzug in Höhe von 10 Prozent des Deckungskapitals (sog. Stornoabzug) vor. Die Vornahme dieses Abzugs ist nach § 169 Abs. 5 VVG nur zulässig, wenn er vereinbart, beziffert und angemessen ist. Für die generelle Angemessenheit des Stornoabzugs sind wir beweisbelastet. Wir halten den Abzug für angemessen, da mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versicherungsbestandes ausgeglichen wird, das heißt der Nachteil, der uns daraus entsteht, dass sich der Bestand maßgeblich verschlechtert, wenn vor allem gute Risiken, die damit rechnen, dass sich das versicherte Risiko nicht realisiert, das Versichertenkollektiv vorzeitig verlassen (sog. Antiselektion); zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem konkreten Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beziffern ist, entfällt der Abzug bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.

Ggf. rückständige Beiträge werden ebenfalls abgezogen.

b) **Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung kann mit Nachteilen verbunden sein. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung stehen wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 12) keine Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Jahresrente zur Verfügung. Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Jahresrente zur Verfügung. Nähere Informationen zur beitragsfrei versicherten Berufsunfähigkeits-Jahresrente und ihrer Höhe können Sie der Garantiewertetabelle entnehmen.**

c) Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht verlangt und erreicht die nach Abs. (3) a) zu berechnende Berufsunfähigkeits-Jahresrente den Mindestbetrag von 300 EUR nicht, erlischt die Versicherung, ohne dass ein Rückkaufswert ausgezahlt wird. Haben Sie gemäß § 5 Abs. (2) c) aa) das Überschussbeteiligungssystem „Verzinsliche Ansammlung“ oder „Fondsanlage“ vereinbart, zahlen wir davon unberührt das angesammelte Guthaben beziehungsweise das Fondsguthaben aus. Außerdem erhöht sich der Auszahlungsbetrag ggf. um die Ihrer Versicherung zugeteilten Bewertungsreserven. Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht können Sie nur verlangen, wenn die Berufsunfähigkeits-Jahresrente aus dem verbleibenden beitragspflichtigen Teil der Versicherung den Betrag von 1.200 EUR nicht unterschreitet.

(4) **Wiederinkraftsetzung**

Die beitragsfreie Berufsunfähigkeitsversicherung können Sie ohne erneute Risikoprüfung wieder in Kraft setzen. Voraussetzung ist, dass

- Sie dies innerhalb von 12 Monaten seit dem Zeitpunkt der Beitragsfreistellung in Textform (z.B. per Brief oder E-Mail) beantragen,
- Sie innerhalb dieser 12 Monate den gesamten Beitragsrückstand ausgleichen und
- bis zur Zahlung des gesamten Beitragsrückstands die versicherte Person nicht berufsunfähig, pflegebedürftig, arbeitsunfähig oder schwer erkrankt im Sinne dieser Bedingungen ist.

Über weitere Möglichkeiten informieren wir Sie auf Anfrage gerne.

(5) **Beitragsrückzahlung**

Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

(6) **Beitragsstundung**

Sie haben – neben der Möglichkeit nach § 1 Abs. (12) – einmal während der gesamten Vertragslaufzeit unter folgenden Voraussetzungen Anspruch auf eine Stundung der Beiträge bis zu 24 Monaten bei vollem Versicherungsschutz:

- Die Beiträge für die ersten 24 Monate sind vollständig gezahlt.
- Das Deckungskapital ist höher als die zu stundenden Beiträge.
- Es besteht kein Beitragsrückstand.
- Der Vertrag ist zum Zeitpunkt der Geltendmachung des Anspruchs nicht gekündigt.

Für eine Stundung der Beiträge ist eine Vereinbarung in Textform mit uns erforderlich. Nach Vereinbarung haben Sie die nicht gezahlten Beiträge in einem Betrag nachzuzahlen. Alternativ haben Sie die Möglichkeit, höhere laufende Beiträge bis zum Ende der Beitragszahlungsdauer zu entrichten. Dabei wird der Beitragsrückstand durch eine Vertragsänderung angerechnet, so dass keine Nachzahlung erforderlich ist. Als weitere Alternative haben Sie die Möglichkeit, die nicht gezahlten Beiträge in gleichmäßigen Raten von höchstens 48 Monaten auszugleichen.

Für die gestundeten Beiträge erheben wir keine Stundungszinsen.

(7) **Befristete Beitragsfreistellung**

Sie haben während der Vertragslaufzeit alle drei Jahre – erstmals ein Jahr nach Versicherungsbeginn – die Möglichkeit, die Beitragsfreistellung befristet für einen Zeitraum von maximal sechs Monaten zu verlangen, ohne dass Ihnen hierbei zusätzliche Kosten entstehen oder ein Abzug nach Abs. (3) vorgenommen wird. Voraussetzung ist, dass kein Beitragsrückstand besteht.

Während der befristeten Beitragsfreistellung besteht – in Abhängigkeit der zu diesem Zeitpunkt vorhandenen beitragsfreien Versicherungssumme – kein oder nur ein verminderter Versicherungsschutz in Höhe der beitragsfreien Rente.

Nach Ablauf der befristeten Beitragsfreistellung führen wir Ihren Vertrag automatisch ohne erneute Risikoprüfung mit den bei Vertragsabschluss vereinbarten Rechnungsgrundlagen beitragspflichtig fort.

Die nicht gezahlten Beiträge sind durch höhere laufende Beiträge bis zum Ende der Beitragszahlungsdauer auszugleichen.

(8) **Ansprüche aus der Berufsunfähigkeitsversicherung, die auf bereits vor Kündigung, Beitragsfreistellung oder Beitragsaussetzung eingetretener Berufsunfähigkeit beruhen, werden durch die Kündigung oder die Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Versicherungsleistung nicht berührt. Das gilt auch für Ansprüche auf Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit und schwerer Krankheit, sofern die jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen vor Kündigung, Beitragsfreistellung oder der Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung vorgelegen haben.**

§ 12 Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?

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

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

Die Höhe der einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten können Sie den Verbraucherinformationen entnehmen.

(2) Für Ihren Versicherungsvertrag ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit die Beiträge nicht für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und aufgrund von gesetzlichen Regelungen für die Bildung der Deckungsrückstellung bestimmt sind. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % der während der Laufzeit des Vertrages vereinbarten Beiträge beschränkt.

(3) Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten sowie die übrigen Kosten werden gleichmäßig über die gesamte Vertragslaufzeit verteilt.

(4) Die beschriebene Kostenverrechnung hat wi rtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung keine oder nur geringe Beträge zur Bildung einer beitragsfreien Jahresrente vorhanden sind (vgl. § 11 Abs. Abs. (3) b)). Nähere Informationen können Sie der Garantiewertetabelle entnehmen.

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

(1) Werden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt (Leistungsanforderung), so sind uns unverzüglich folgende Unterlagen in deutscher oder englischer Sprache einzureichen. Dokumente in anderen Sprachen sind auf unser Verlangen von einem in Deutschland öffentlich bestellten und allgemein vereidigten Übersetzer in deutscher Sprache zu übersetzen:

a) amtliches Zeugnis über den Tag der Geburt der versicherten Person;

b) Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;

c) ausführliche Berichte der Ärzte und anderer Heilbehandler, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens, sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit; sowie über die durch das Leiden hervorgerufenen konkreten Einschränkungen beruflicher Tätigkeiten oder über die Pflegebedürftigkeit;

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

e) Angaben über Einkommen aus beruflicher Tätigkeit;

f) eine Aufstellung

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

g) bei Pflegebedürftigkeit zusätzlich:

- eine Darstellung der Ursachen für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit;
- ausführliche Berichte der Ärzte und anderer Heilbehandler, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln oder behandelt oder untersucht haben, über Ursachen, Beginn, Verlauf und voraussichtlicher Dauer des Leidens sowie Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit;
- eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege;
- gegebenenfalls der Leistungsbescheid des Versicherungsträgers der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung;

h) zum Nachweis der Teilzeittätigkeit: einen Teilzeit-Arbeitsvertrag oder eine Teilzeit-Bestätigung des Arbeitgebers;

i) bei Berufsunfähigkeit aufgrund voller Erwerbsminderungsrente:

- der unbefristete Rentenbescheid des Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung der Bundesrepublik Deutschland. 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.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Ansprucherhebende zu tragen.

(2) Werden Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit beantragt, müssen uns unverzüglich folgende Unterlagen vorgelegt werden:

- (fach)ärztliche Bescheinigungen nach § 3 Abs.(2);
- sofern Leistungsausschlüsse vereinbart wurden, zudem die zugrundeliegende(n) Diagnose(n) entsprechend den aktuellen in Deutschland gültigen Bestimmungen und Richtlinien der Krankenkassen (Diagnoseschlüssel nach der jeweils geltenden internationalen Klassifikation – ICD);
- auf besondere Aufforderung weitere Angaben, beispielsweise zum Beruf.

Die Unterlagen sind in deutscher oder englischer Sprache einzureichen. Dokumente in anderen Sprachen sind auf unser Verlangen von einem in Deutschland öffentlich bestellten und allgemein vereidigten Übersetzer in deutscher Sprache zu übersetzen.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Ansprucherhebende zu tragen.

(3) Werden Leistungen wegen einer schweren Krankheit nach § 4 beantragt, müssen uns unverzüglich folgende Unterlagen vorgelegt werden:

Eine ärztliche Bescheinigung über das Vorliegen einer gemäß § 4 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 und
- Zeitpunkt des Eintritts und/oder der Diagnose der schweren Krankheit.

Die Unterlagen sind in deutscher oder englischer Sprache einzureichen. Dokumente in anderen Sprachen sind auf unser Verlangen von einem in Deutschland öffentlich bestellten und allgemein vereidigten Übersetzer in deutscher Sprache zu übersetzen.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Ansprucherhebende zu tragen.

(4) Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir die Untersuchungskosten und die vorher mit uns abgestimmten Reise- und Aufenthaltskosten. Von den Reisekosten werden jedoch höchstens die Kosten der Bahnfahrt 2. Klasse bzw. die Flugkosten für die Flüge der economy class erstattet. Die Übernachtungskosten werden von uns höchstens für Übernachtungen in einem 4-Sterne-Hotel und für die Dauer der Untersuchung inklusive An- und Abreisetag übernommen.

(5) Lassen Sie operative Behandlungsmaßnahmen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt anordnet, um die Heilung zu fördern oder die gesundheitliche Beeinträchtigung zu mindern, nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung nicht entgegen. Sie sind allerdings verpflichtet, zumutbaren ärztlichen Anweisungen zur Besserung Ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen Folge zu leisten. Zumutbar sind dabei Maßnahmen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und die außerdem sichere Aussicht auf zumindest Besserung (bis zur Leistungsgrenze) bieten. Dabei handelt es sich um Maßnahmen wie zum Beispiel die Verwendung von orthopädischen oder anderen Heil- und Hilfsmitteln (z.B. Tragen von Prothesen, Verwendung von Seh- und Hörhilfen), die Durchführung von logopädischen Maßnahmen oder das Tragen von Stützstrümpfen. Sie sind nicht verpflichtet, Diäten einzuhalten, selbst wenn dies vom behandelnden Arzt angeordnet wurde oder medizinisch indiziert ist.

(6) Zusätzlich sind uns auf Verlangen die Auskünfte nach § 28 Abs. (3) und (4) zu erteilen.

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

§ 14 Welche Unterstützung erhalten Sie von uns im Leistungsfall?

Wir unterstützen und beraten Sie im Leistungsfall, insbesondere bei Fragen

- zur Beantragung von Versicherungsleistungen
- zum Verfahren der Leistungsprüfung
- zum Umfang der Versicherungsleistung
- zum Nachweis der Berufsunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit oder der schweren Krankheit
- zu den beizubringenden Unterlagen
- zur Beschreibung der ausgeübten beruflichen Tätigkeit sowie
- zur betrieblichen Umgestaltung bei Selbstständigen.

Hierzu stehen wir Ihnen auch telefonisch zur Verfügung.
Im Einzelfall sind wir nach Abstimmung mit Ihnen gerne bereit, die für die Prüfung notwendigen Informationen im Rahmen eines persönlichen Gesprächs bei Ihnen aufzunehmen.

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

(1) Nach Vorliegen aller für unsere Leistungsentscheidung erforderlichen Unterlagen erklären wir innerhalb von drei Wochen in Textform, ob wir eine Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit anerkennen. Ein zeitlich befristetes Leistungsanerkenntnis sprechen wir nicht aus.

(2) Während der Dauer der Prüfung unserer Leistungspflicht werden wir dem Antragsteller bzw. dem Versicherungsnehmer regelmäßig, spätestens alle vier Wochen, eine Information über fehlende Unterlagen oder den weiteren Verlauf der Prüfung unserer Leistungspflicht zukommen lassen.

(3) Die Absätze (1) und (2) finden keine Anwendung auf die Anerkennung von Leistungen aufgrund Arbeitsunfähigkeit oder schwerer Krankheit.

§ 16 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit?

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit bzw. das Fortbestehen der Pflegebedürftigkeit nachzuprüfen. Dabei können wir erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von § 2 ausübt, wobei neu erworbene berufliche Kenntnisse und Fähigkeiten zu berücksichtigen sind. Diese andere konkret ausgeübte Tätigkeit wird nur berücksichtigt, sofern sie der Lebensstellung vor Eintritt der Berufsunfähigkeit entspricht.

(2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen des § 8 Abs. (3) gelten entsprechend.

(3) Sie sind nicht verpflichtet, uns von sich aus eine Besserung Ihres Gesundheitszustands oder die Aufnahme einer Berufstätigkeit nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit, sei es in Ihrem bisherigen oder in einem anderen (neuen) Beruf, anzuzeigen. Erst, wenn wir Sie im Rahmen einer Nachprüfung Ihrer Berufsunfähigkeit nach Abs. (1) und Abs. (2) danach fragen, sind Sie zur Auskunft verpflichtet. Der Zeitpunkt der Nachprüfung wird individuell nach Sachverhalt (z.B. Beruf, Alter der versicherten Person, Krankheitsbild) festgelegt. Wir werden zu gegebener Zeit auf Sie zukommen.

(4) Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen oder hat sich ihr Grad auf weniger als 50 % vermindert, werden wir von der Leistung frei. In diesem Fall legen wir Ihnen die Veränderung in Textform dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.

(5) Bei Wegfall der Pflegebedürftigkeit (§ 2 Abs. (13) – (17)) gelten Abs. (4) Satz 2 bis 4 entsprechend.

Bei Vereinbarung von Leistungsdynamik

(6) Werden unsere Leistungen nach Abs. (4) oder (5) eingestellt, werden die bereits durchgeführten Erhöhungen aus einer Leistungsdynamik beitragspflichtig weitergeführt.

(7) Sie haben das Recht innerhalb von drei Monaten zu verlangen, dass die infolge der Leistungsdynamik erhöhten Versicherungsleistungen auf die Höhe herabgesetzt werden, wie sie vor Eintritt der Berufsunfähigkeit bestanden haben. Die Frist beginnt mit Zugang unseres Schreibens, in dem wir Ihnen das Ende unserer Leistungspflicht und die Höhe des künftig zu zahlenden Beitrags mitteilen.

§ 17 Was gilt bei Verletzung der Mitwirkungspflicht nach Eintritt der Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, schweren Krankheit oder Arbeitsunfähigkeit?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 13 oder § 16 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Mitwirkungspflicht

nicht grob fahrlässig verletzt wurde. Die Ansprüche aus der Berufsunfähigkeitsversicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist.

Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 18 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

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

(2) In den Fällen des § 19 Abs. (3) brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die Anzeige des bisherigen Berechtigten in Textform (z. B. per Brief oder E-Mail) vorliegt.

§ 19 Wer erhält die Versicherungsleistung?

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

Im Fall der **bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit bzw. schwerer Krankheit** leisten wir an Sie, wenn Sie auch die versicherte Person sind. Weicht die versicherte Person vom Versicherungsnehmer ab, leisten wir an die versicherte Person. Sie können auch unter Maßgabe des Absatzes (2) für den Fall der bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit bzw. schwerer Krankheit eine anderweitige Bezugsrechtsbestimmung treffen.

Bezugsberechtigung

(2) Sie können uns nur in Textform (z. B. per Brief oder E-Mail) widerruflich oder unwiderruflich eine andere Person benennen, die die Leistung erhalten soll (Bezugsberechtigter).

Als Bezugsberechtigter für die Leistung bei bedingungsgemäßer Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit bzw. schwerer Krankheit dürfen nur folgende Personen bestimmt werden:

- **die versicherte Person**,
- **ein (naher) Angehöriger der versicherten Person nach § 7 Pflegezeitgesetz bzw. § 15 Abgabenordnung**,
- **der oder die gesetzliche(n) Vertreter der versicherten Person oder**
- **ein Treuhänder der versicherten Person**.

Die Einschränkung der Bezugsrechtsbestimmung liegt im Sinn und Zweck dieser Versicherung.

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

Sie können ausdrücklich in Textform (z. B. per Brief oder E-Mail) bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und **unwiderruflich** das Recht auf die Leistung erhält. Sobald uns Ihre Erklärung zugegangen ist, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des unwiderruflich Bezugsberechtigten geändert werden.

Abtretung und Verpfändung

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

Anzeige

(4) Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts (Abs. (2)) sowie eine Abtretung oder Verpfändung von Ansprüchen und Rechten aus dem Versicherungsvertrag (Abs. (3)) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform (z. B. per Brief oder E-Mail) angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie als unser Versicherungsnehmer. Es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits zuvor Verfügungen (z. B. Abtretung, Verpfändung) getroffen haben.

Rechtsübergang im Wege der Erbfolge

(5) Gehen Ansprüche und Rechte aus dem Versicherungsvertrag infolge des Todes einer berechtigten Person auf deren Erben über, so können wir zum Nachweis der Erbenstellung die Vorlage eines Erbscheines verlangen.

§ 20 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

Falls durch Rückläufer im Lastschriftverfahren oder durch Ermittlung der Anschrift des Versicherungsnehmers oder Anspruchsberechtigten, deren Entstehung Sie zu vertreten haben, ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, stellen wir Ihnen die uns entstandenen Kosten in Rechnung.

§ 21 Unter welchen Voraussetzungen ist eine Nachversicherung möglich?

Sie haben das Recht, unter bestimmten Voraussetzungen den Versicherungsschutz der versicherten Person zu erweitern, ohne dass hierzu eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist. Die Erweiterung erfolgt durch den Abschluss einer weiteren Berufsunfähigkeitsversicherung nach den dann für das Neugeschäft geltenden Versicherungsbedingungen (Nachversicherungsgarantie).

Wir legen der Nachversicherung das Ergebnis der Risikoprüfung bei Antragsstellung zugrunde. Der Raucherstatus, Beruf, Körpergröße, Gewicht sowie Hobbys und Freizeitaktivitäten werden im Rahmen der Nachversicherung nicht erneut überprüft.

Die Berechnung der Nachversicherung erfolgt mit dem bei Ausübung der Nachversicherungsgarantie erreichten rechnungsmäßigen Alter[1] der versicherten Person und mit den dann für die Berufsunfähigkeitsversicherung geltenden aktuellen Rechnungsgrundlagen.

Anlassbezogene Nachversicherungsgarantie

(1) Bei folgenden Anlässen kann die Nachversicherungsgarantie von Ihnen ausgeübt werden:

a) Das jährliche Nettoarbeitseinkommen der versicherten Person erhöht sich um mindestens 3.000 EUR. Als Stichtag für die Einkommenserhöhung gilt bei Arbeitnehmern der Erste des Monats, in dem die Gehaltserhöhung in Kraft tritt; bei Selbstständigen gilt als Stichtag das Datum des Steuerbescheids, aus dem die Änderung ersichtlich ist;

b) Das jährliche Nettoarbeitseinkommen der versicherten Person hat sich innerhalb von fünf Jahren um mindestens 6.000 EUR erhöht. Der erste Fünfjahreszeitraum beginnt mit dem ursprünglich vereinbarten Versicherungsbeginn, bei Selbstständigen mit dem 31.12. des Jahres, in dem dieser Versicherungsbeginn liegt. Die weiteren schließen sich jeweils an den Ablauf des vorangegangenen Fünfjahreszeitraums an.

Als Stichtag zur Geltendmachung der Nachversicherungsgarantie gilt dabei der Tag, zu welchem der jeweilige Fünfjahreszeitraum endet, bei Selbstständigen abweichend hiervon das Datum des Steuerbescheids, aus dem die Änderung für den jeweiligen Fünfjahreszeitraum ersichtlich ist.

c) Bei Heirat oder Begründung einer Lebenspartnerschaft nach § 1 LPartG der versicherten Person;

d) Bei Geburt eines Kindes der versicherten Person;

e) Bei Adoption eines Kindes durch die versicherte Person;

[1]Das rechnungsmäßige Alter ist das Alter der versicherten Person, wobei ein bereits begonnenes, aber noch nicht vollendetes Lebensjahr hinzugerechnet wird, falls davon mehr als sechs Monate verstrichen sind.

f) Bei Scheidung oder Aufhebung der Lebenspartnerschaft nach § 15 LPartG der versicherten Person vom Ehe- oder Lebenspartner;

g) Bei Tod des Ehegatten oder des eingetragenen Lebenspartners nach dem LPartG der versicherten Person;

h) Bei Wechsel der versicherten Person in die berufliche Selbstständigkeit;

i) Bei Befreiung des selbstständigen Handwerkers (versicherte Person) von der Versicherungspflicht in der allgemeinen Rentenversicherung zu dem Zeitpunkt, in dem die Mindestversicherungspflicht erfüllt ist;

j) Bei Bestehen der Meisterprüfung der versicherten Person;

k) Die versicherte Person hat eine betriebliche Berufsausbildung (duales System) in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf, in der eine Ausbildungsvergütung gewährt wird, begonnen;

l) Die versicherte Person hat eine betriebliche Berufsausbildung (duales System) in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf, in der eine Ausbildungsvergütung gewährt wird, erfolgreich abgeschlossen;

m) Die versicherte Person hat eine schulische Berufsausbildung mit staatlich anerkanntem Abschluss, in der eine Ausbildungsvergütung gewährt wird, erfolgreich abgeschlossen;

n) Bei Ernennung der versicherten Person zum Beamten auf Lebenszeit;

o) Bei erfolgreichem Abschluss eines Hochschul- oder Fachhochschulstudiums der versicherten Person;

p) Bei Erhöhung des Einkommens der versicherten Person, welche erstmals zum Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung führt;

q) Bei Wegfall des Berufsunfähigkeitsschutzes der versicherten Person aus einem berufsständischen Versorgungswerk;

r) Bei Reduzierung der beamtenrechtlichen Altersversorgung der versicherten Person aufgrund gesetzlicher Änderungen;

s) Bei Erwerb einer selbst genutzten Wohnimmobilie durch die versicherte Person;

t) Bei Reduzierung oder Wegfall einer Berufsunfähigkeitsabsicherung aus einer betrieblichen Altersversorgung für die versicherte Person;

u) Bei erstmaligem Eintritt in das Berufsleben, sofern die versicherte Person eine unbefristete oder mindestens auf sechs Monate befristete Erwerbstätigkeit – angestellt oder selbstständig – aufnimmt.

Das Recht auf Nachversicherungsgarantie können Sie ab den genannten Stichtagen (Buchstabe a) und b)) bzw. ab Eintritt des jeweiligen Ereignisses (Buchstaben c) bis u)) innerhalb von zwölf Monaten mit Wirkung zum 1. des auf die Antragstellung folgenden Monats wahrnehmen.

Über die Erhöhung des Einkommens bzw. über den Stichtag der Änderung des Einkommens sowie über den Eintritt eines Ereignisses nach den Buchstaben c) bis u) sind entsprechende Nachweise zu erbringen. Auf Verlangen sind auch Nachweise zum Bruttoarbeitseinkommen sowie zur Gesamtversicherungssituation vorzulegen.

Anlassunabhängige Nachversicherungsgarantie

(2) Sie haben das Recht, alle fünf Versicherungsjahre ab Versicherungsbeginn (= Stichtag) unabhängig von den in Abs. (1) genannten Anlässen die Nachversicherungsgarantie auszuüben.
Das Recht auf anlassunabhängige Nachversicherungsgarantie können Sie innerhalb von zwölf Monaten nach Ablauf des jeweiligen Stichtags mit Wirkung zum 1. des auf die Antragstellung folgenden Monats ausüben.

Weitere Voraussetzungen der anlassbezogenen und anlassunabhängigen Nachversicherungsgarantie

(3) Das Recht auf Nachversicherung ist ausgeschlossen, wenn

- die versicherte Person das rechnungsmäßige Alter[1] von 48 Jahren überschritten hat;
- die versicherte Person berufsunfähig oder pflegebedürftig im Sinne dieser Bedingungen ist;
- die versicherte Person arbeitsunfähig im Sinne dieser Bedingungen ist;
- die versicherte Person einen Antrag auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, schwerer Krankheit oder Arbeitsunfähigkeit gestellt hat.

(4) Für das Recht auf Nachversicherung gelten folgende weitere Regelungen:

a) Bei einer Nachversicherung nach Abs. (1) Buchstabe a) und b) muss sich das Bruttoarbeitseinkommen der versicherten Person zum Stichtag um mindestens den gleichen Prozentsatz erhöht haben, wie das Nettoarbeitseinkommen.

b) Der Vertrag muss sich beitragspflichtig in Kraft befinden.

c) Die jährliche Berufsunfähigkeitsrente muss sich durch die Ausübung der Nachversicherungsgarantie um mind. 1.200 EUR erhöhen.

d) Die jährliche Berufsunfähigkeitsrente darf sich max. um 50 % der letzten Jahresrente, die ohne Ausübung der Nachversicherungsgarantie bestanden hätte, jedoch nicht mehr als 6.000 EUR, erhöhen.

e) Die Summe aller bei uns bestehenden Berufsunfähigkeitsrenten der versicherten Person darf 30.000 EUR im Jahr nicht übersteigen.

Karrieregarantie: Bei einer anlassbezogenen Nachversicherung nach Abs. (1) a) oder b) gilt als Obergrenze 60.000 EUR im Jahr.

f) Die Summe aller Versorgungsanwartschaften der versicherten Person (aus privaten Berufsunfähigkeitsrenten, betrieblicher Altersversorgung, Beamtenversorgung und anderen Versorgungswerken) übersteigt nicht 60 % ihres Bruttoarbeitseinkommens. Übersteigt das jährliche Bruttoarbeitseinkommen den Betrag von 50.000 EUR, ist der Betrag, welcher über 50.000 EUR liegt, nur bis zu 35 % absicherbar. Auf Verlangen sind auch Nachweise zum Bruttoarbeitseinkommen sowie zur Gesamtversicherungssituation vorzulegen. Bei Selbständigen ist der Nachweis des Bruttoarbeitseinkommens durch Einreichung des jeweiligen Steuerbescheides zu erbringen.

g) Leistungsausschlüsse, Risikozuschläge oder besondere Vereinbarungen zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes, die zum ursprünglichen Versicherungsvertrag getroffen wurden, gelten auch für den neu aufgrund der Ausübung der Nachversicherungsgarantie abzuschließenden Vertrag.

h) Das Vertragsende der neu abgeschlossenen Berufsunfähigkeitsversicherung darf nicht später sein als das des Ursprungsvertrages.

i) Die Nachversicherungsgarantie gewähren wir im Vertrauen darauf, dass Sie bei Abschluss Ihrer bisherigen Berufsunfähigkeitsversicherung Ihre vorvertraglichen Anzeigepflichten (§ 8) ordnungsgemäß erfüllt haben. Im Falle einer Anzeigepflichtverletzung bei Abgabe Ihrer Vertragserklärung zum bisherigen Vertrag stehen uns die Rechte nach § 8 auch mit Wirkung für den Anschlussvertrag zu. Die hierfür geltenden gesetzlichen und vertraglichen Fristen beginnen mit dem Anschlussvertrag nicht neu zu laufen, sondern richten sich nach dem bisherigen Vertrag.

§ 22 Können Sie die Berufsgruppeneinstufung überprüfen lassen?

(1) Bei einem Berufswechsel der versicherten Person haben Sie das Recht, ohne erneute Gesundheitsprüfung die Berufsgruppeneinstufung der versicherten Person überprüfen zu lassen. Die Überprüfung ist jederzeit möglich, jedoch frühestens sechs und spätestens zwölf Monate nach dem Berufswechsel der versicherten Person.

[1]Das rechnungsmäßige Alter ist das Alter der versicherten Person, wobei ein bereits begonnenes, aber noch nicht vollendetes Lebensjahr hinzugerechnet wird, falls davon mehr als sechs Monate verstrichen sind.

Zum Nachweis des Berufswechsels ist der aktuelle Arbeitsvertrag vorzulegen. Wir können von Ihnen noch weitere Nachweise anfordern.

Auswirkung der Überprüfung auf Ihren Vertrag

(2) Führt die neue berufliche Tätigkeit zu einer verbesserten Berufseinstufung, sinkt der künftig zu zahlende Beitrag. Wir ermitteln den neuen Beitrag mit den Rechnungsgrundlagen, die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses gegolten haben. Vereinbarte Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse bleiben unverändert.

Ergibt die Überprüfung keinen günstigeren Beitrag, bleibt Ihr bisheriger Beitrag unverändert. Eine Beitragserhöhung wird nicht vorgenommen.

Führt die neue Berufsgruppeneinstufung nach unseren dann geltenden Annahmerichtlinien zu einer kürzeren Versicherungs- oder Leistungsdauer, einer niedrigeren versicherbaren Rente oder einem Ausschluss der Dynamik, ist eine Beitragsanpassung aufgrund eines Berufswechsels nicht möglich.

§ 23 Wann können Sie Ihren Versicherungsvertrag verlängern?

(1) Bei Erhöhung der Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung können Sie die Laufzeit Ihres Vertrags ohne erneute Gesundheitsprüfung verlängern. Die Versicherungs- und Leistungsdauer kann um die Zeitspanne verlängert werden, um die die Regelaltersgrenze erhöht wurde, jedoch maximal bis zum 70. Lebensjahr. Hierbei werden nur volle Jahre berücksichtigt (Beispiel: Erhöht sich die individuelle Regelaltersgrenze um 18 Monate, erfolgt die Verlängerung der Versicherungsdauer um zwölf Monate). Die Verlängerung erfolgt zum nächsten Jahrestag des Versicherungsbeginns.

Ist diese Verlängerung nach den bei Abschluss des Versicherungsvertrags maßgeblichen Annahmerichtlinien nicht versicherbar, kann stattdessen bis zum jeweiligen höchstmöglichen Endalter verlängert werden.

Durch die Verlängerung der Versicherungsdauer erhöht sich Ihr Beitrag bei gleichbleibender Berufsunfähigkeitsrente. Bestehende Zuschläge und Ausschlüsse bleiben bestehen.

Die Verlängerung Ihres Versicherungsvertrags müssen Sie innerhalb von zwölf Monaten nach Inkrafttreten der gesetzlichen Änderung bei uns in Textform beantragen.

(2) Die Verlängerung ist ausgeschlossen, wenn:

- die versicherte Person bei Beantragung der Verlängerung älter als 50 Jahre ist;
- die aktuelle Versicherungsdauer Ihres Vertrags vor Vollendung des 63. Lebensjahres der versicherten Person endet;
- der Versicherungsvertrag betragsfrei gestellt ist;
- die versicherte Person berufsunfähig oder pflegebedürftig ist oder war;
- die versicherte Person bei Beantragung arbeitsunfähig ist oder während der Laufzeit des Versicherungsvertrages Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit beantragt wurden;
- die versicherte Person einen Antrag auf Leistung wegen Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit gestellt hat;
- die Verlängerung mehr als 5 Jahre beträgt.

(3) Die Verlängerung erfolgt im bestehenden Vertrag. Ab dem Zeitpunkt der Verlängerung berechnen wir den Beitrag bezogen auf die neue Dauer nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu. Die Berechnung erfolgt mit dem bei Abschluss der Verlängerung erreichten rechnungsmäßigen Alter[1] der versicherten Person nach den Rechnungsgrundlagen Ihres bestehenden Vertrages und der im Vertrag bei Verlängerung hinterlegten Berufsgruppe.

§ 24 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 25 Wo ist der Gerichtsstand?

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag **gegen uns** bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz. Zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

(2) Klagen aus dem Versicherungsvertrag **gegen Sie** müssen wir bei dem Gericht erheben, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, für den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts örtlich zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich die Zuständigkeit des Gerichts nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.

(3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz / Sitz oder Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in das Ausland, sind für Klagen aus dem Versicherungsvertrag 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.

§ 26 Unter welchen Voraussetzungen können die vorstehenden Bedingungen geändert werden?

(1) Gemäß § 164 VVG können wir eine Bestimmung in den vorstehenden Bedingungen, welche durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden ist, durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrages notwendig ist oder das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Diese neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.

(2) Die neue Regelung nach Abs. (1) wird zwei Wochen, nachdem Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 27 Können Ihre Beiträge angepasst werden?

(1) **Beitrag zur Berufsunfähigkeitsrente**

Von der Möglichkeit des § 163 VVG, die Beiträge bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen neu festzusetzen (zu erhöhen), werden wir hinsichtlich der Beiträge zur Berufsunfähigkeitsrente keinen Gebrauch machen. Der vereinbarte Beitrag (ohne Verrechnung der Überschussanteile) ist in diesem Fall also garantiert.

(2) **Beitrag für die zusätzliche Pflegerente SBU PFLEGE^{plus}**

Hinsichtlich der Beiträge zur zusätzlichen Pflegerente SBU PFLEGE^{plus} sind wir nach § 163 VVG berechtigt, bei einer nicht nur vorübergehenden und nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den Rechnungsgrundlagen des vereinbarten Beitrags, auch für bestehende Versicherungen den Beitrag für diese Zusatzkomponente entsprechend den berichtigten Berechnungsgrundlagen neu festzusetzen. Voraussetzung ist, dass der neu festgesetzte Beitrag angemessen und erforderlich ist, um die dauerhafte Erfüllbarkeit der Versicherungsleistung zu gewährleisten und ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die oben genannten Voraussetzungen für die Änderung überprüft und bestätigt hat.

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

Sie können verlangen, dass anstelle einer Erhöhung des Beitrages die Versicherungsleistung entsprechend herabgesetzt wird.

Beitragsänderungen und die Herabsetzung der Versicherungsleistung werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung oder der Herabsetzung und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

[1] Das rechnungsmäßige Alter ist das Alter der versicherten Person, wobei ein bereits begonnenes, aber noch nicht vollendetes Lebensjahr hinzugerechnet wird, falls davon mehr als sechs Monate verstrichen sind.

Die Mitwirkung des Treuhänders entfällt, wenn die Neufestsetzung oder die Herabsetzung der Versicherungsleistung der Genehmigung der Aufsichtsbehörde bedarf.

Sind Sie mit der Zahlung des neu festgesetzten Beitrages nicht einverstanden, können Sie innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Benachrichtigung diese Zusatzversicherung mit sofortiger Wirkung kündigen, frühestens jedoch zum Zeitpunkt der Fälligkeit des neu festgesetzten Beitrages.

§ 28 Was gilt bei Änderungen Ihrer Postanschrift und Ihres Namens? Sonstige Mitteilungspflichten.

(1) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden können. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

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

(3) Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung Speicherung, Verarbeitung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen bei Vertragsabschluss, bei Änderung nach Vertragsabschluss oder auf Nachfrage unverzüglich – d. h. ohne schuldhaftes Zögern – zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.

(4) Notwendige Informationen im Sinne von Abs. (3) sind beispielsweise Umstände, die für die Beurteilung

- Ihrer 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 deutsche oder ausländische(n) Steueridentifikationsnummer(n), der Geburtstag, der Geburtsort und der Wohnsitz. Weitere Einzelheiten können Sie den für Ihren Vertrag geltenden Steuerinformationen entnehmen.

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

(6) Eine Verletzung Ihrer Auskunftspflichten gemäß den Abs. (3) und (4) kann dazu führen, dass wir unsere Leistung nicht zahlen. Dies gilt solange, bis Sie uns die für die Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt haben.

§ 29 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?

(1) Wenn Sie mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, stehen Ihnen insbesondere die nachfolgenden Beschwerdemöglichkeiten offen.

Versicherungsombudsmann

(2) Wenn Sie Verbraucher sind, können Sie sich an den Ombudsmann für Versicherungen wenden. Diesen erreichen Sie derzeit wie folgt:

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632
10006 Berlin
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Internet: www.versicherungsombudsmann.de

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

(3) Wenn Sie Verbraucher sind und diesen Vertrag online (z. B. über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben, können Sie sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform http://ec.europa.eu/consumers/odr/ wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet.

Versicherungsaufsicht

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

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

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

Rechtsweg

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

Unser Beschwerdemanagement

(6) Unabhängig hiervon können Sie sich jederzeit auch an uns wenden. Unsere interne Beschwerdestelle steht Ihnen hierzu zur Verfügung. Sie erreichen diese derzeit wie folgt:

uniVersa Lebensversicherung a.G.
Kundenzufriedenheit
Sulzbacher Str. 1-7
90489 Nürnberg

Alternativ können Sie uns auch eine E-Mail schreiben:
kundenzufriedenheit@universa.de

LVB-002 01.25

Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung mit Dynamik

(Versicherungen mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung)

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

(1) Der Beitrag für diese Versicherung erhöht sich jährlich wie mit Ihnen vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert.

(2) Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung.

(3) Die Erhöhungen erfolgen bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer, jedoch längstens bis zehn Jahre vor Vertragsablauf.

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?

(1) Die Erhöhungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen erfolgen jeweils zu dem Jahrestag des Versicherungsbeginns.

(2) Sie erhalten vor dem Erhöhungstermin einen Nachtrag zum Versicherungsschein über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

§ 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?

Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnungsmäßigen Alter[1] der versicherten Person, der restlichen Beitragszahlungsdauer, Versicherungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag nach den Rechnungsgrundlagen der bestehenden Versicherung, sofern nicht in den jeweiligen Bedingungen etwas anderes vereinbart ist. Nach einer Erhöhung der Versicherungsleistungen sind die beitragsfreien Versicherungsleistungen dem jeweiligen Erhöhungsnachtrag zu entnehmen.

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

(1) Alle im Rahmen des Versicherungsvertrages geltenden Bedingungen und getroffenen Vereinbarungen, auch die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich ebenfalls auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen, soweit nicht in Abs. (2) etwas anderes bestimmt ist.

(2) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag setzt die Frist – in Bezug auf die Verletzung der Anzeigepflicht (§ 7 Abs. (14) der „Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung Exklusiv SBU 25“ bzw. § 8 Abs. (14) der „Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung Premium SBU 25“) nicht erneut in Lauf. § 11 der „Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung Exklusiv SBU 25“ bzw. § 12 der „Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung Premium SBU 25“ gelten auch für die Erhöhungsversicherung.

(3) Übersteigt die gesamte bei uns versicherte Berufsunfähigkeits-Jahresrente durch den Erhöhungsvorgang 30.000 EUR, dann gelten für Sie folgende zusätzliche Pflichten und Einschränkungen:

Für die Erhöhung von Berufsunfähigkeitsleistungen wird eine stets angemessene Relation der Rente zum Einkommen des Versicherten vorausgesetzt. Übersteigt der Jahresbetrag der Rente einschließlich anderweitig bestehender Versorgungsanwartschaften der versicherten Person aus privaten Berufsunfähigkeitsversicherungen und betrieblicher Altersversorgung 60 % Ihres Bruttoarbeitseinkommens der letzten zwölf Monate von bis zu 50.000 EUR und zusätzlich 35 % des über den Betrag von 50.000 EUR liegenden Teils, müssen Sie der Erhöhung widersprechen. Hierauf werden wir Sie in jedem Nachtrag über die Erhöhung hinweisen.

Stellen wir im Leistungsfall fest, dass zum Zeitpunkt einer Erhöhung keine angemessene Relation zum Einkommen gegeben war, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung aus dieser Erhöhung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung dieser Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung aus der Erhöhung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt wurde. Die für diese Erhöhung aufgewendeten Beiträge für die Rente werden – unter Abzug bereits erhaltener Überschussanteile – unverzinst zurückerstattet. Bei einer Kürzung der Leistung aus der Erhöhung erfolgt die Erstattung der Beiträge anteilig.

§ 5 Wann erlischt das Recht auf Erhöhungen?

(1) Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen.

(2) - unbesetzt -

(3) - unbesetzt -

(4) - unbesetzt -

(5) Während des Zeitraumes einer anerkannten Leistungspflicht aus der Berufsunfähigkeitsversicherung erfolgen keine Erhöhungen, sofern nichts Anderes vereinbart ist. Werden die Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung nach § 16 Abs. (4) oder § 1 Abs. (8) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung Premium SBU 25 bzw. § 15 Abs. (4) oder § 1 Abs. (7) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung Exklusiv SBU 25 eingestellt, wird die Beitragserhöhung unter Beachtung von § 1 Abs. (3) zum nächsten Jahrestag des Versicherungsbeginns, der auf die Einstellung folgt, wieder fortgesetzt.

(6) Ist bei Ihrer Versicherung eine Stundung der Beiträge vereinbart, so erfolgen in dieser Zeit keine Erhöhungen.

[1] Das rechnungsmäßige Alter ist das Alter der versicherten Person, wobei ein bereits begonnenes, aber noch nicht vollendetes Lebensjahr hinzugerechnet wird, falls davon mehr als sechs Monate verstrichen sind.

Besondere Bedingungen für das Überschusssystem Fondsanlage

Inhaltsverzeichnis

Wie werden die Überschüsse verwendet? § 1

Wie werden die Leistungen aus der Überschussbeteiligung ermittelt? § 2

Wie können Sie Ihre Fondsaufteilung wählen und neu bestimmen? § 3

Wann können wir einen von Ihnen gewählten Fonds austauschen? § 4

Unter welchen Bedingungen können Sie das Überschusssystem wechseln? § 5

§ 1 Wie werden die Überschüsse verwendet?

(1) Gemäß dem Paragraphen „Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?“ der Allgemeinen-, Besonderen- und Tarifbedingungen ist Ihre Versicherung am erwirtschafteten Überschuss beteiligt. Die Ihrer Versicherung zugeteilten laufenden Überschussanteile werden bei dem Überschusssystem Fondsanlage zum Kauf von Fondsanteilen (Fondsanlage) verwendet.

(2) Die Fondsanlage der Ihrem Vertrag zugeteilten Überschussanteile bietet die unmittelbare Beteiligung an der Wertentwicklung eines oder mehrerer Sondervermögen (Anlagestock). Der Anlagestock wird gesondert von unserem übrigen Vermögen in Anteilen an Investmentfonds angelegt.

(3) Da die Wertentwicklung der Investmentfonds des Anlagestocks nicht vorauszusehen ist, können wir den Geldwert der angesammelten Fondsanteile nicht garantieren. Sie haben die Chance, bei Kurssteigerungen der von Ihnen gewählten Investmentfonds einen Wertzuwachs zu erzielen. Bei Kursrückgang tragen Sie das Risiko der Wertminderung. Bei Werten, die nicht in Euro geführt werden, können Schwankungen der Währungskurse den Wert der Anlage zusätzlich beeinflussen.

(4) Den Wert der Ihrer Versicherung insgesamt gutgeschriebenen Anteileinheiten ermitteln wir durch Multiplikation der Zahl der Ihrer Versicherung gutgeschriebenen Anteile an den Investmentfonds mit den zum maßgeblichen Bewertungsstichtag festgestellten Rücknahmepreisen der Anteile.

(5) Soweit die Erträge aus den im Anlagestock enthaltenen Vermögenswerten nicht ausgeschüttet werden, fließen sie unmittelbar dem Anlagestock zu und erhöhen damit den Wert der Anteileinheiten; Erträge, die ausgeschüttet werden, und Steuererstattungen rechnen wir in Anteileinheiten um und schreiben sie den einzelnen Versicherungsverträgen gut.

§ 2 Wie werden die Leistungen aus der Überschussbeteiligung ermittelt?

(1) Der Wert der angesammelten Fondsanteile wird bei:

- Ablauf,
- Tod der versicherten Person,
- Kündigung oder
- Kapitalabfindung

der Hauptversicherung ausgezahlt.

(2) Sieht die Hauptversicherung eine Rentenleistung vor bzw. wird die Auszahlung der Leistung aus der Hauptversicherung in Rentenform gewählt, wird aus dem Wert der angesammelten Fondsanteile nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik zum Stichtag (vgl. Abs. (3)), der auf den Rentenbeginn folgt, eine zusätzliche Rente ermittelt. Dabei werden die dann für den Neuzugang gültigen Rechnungsgrundlagen zugrunde gelegt. Da die genaue Rentenhöhe erst nach dem Termin des Rentenbeginns errechnet werden kann, erfolgt die erste Rentenzahlung bis spätestens zum 10. des Monats nach Rentenbeginn. Alle folgenden Renten zahlen wir jeweils zum Ersten eines Monats.

Stichtag für die Berechnung von Versicherungsleistungen

(3) Endet Ihre Versicherung durch Kündigung, Ablauf oder Kapitalabfindung, so legen wir bei der Umrechnung der angesammelten Fondsanteile in einen Geldbetrag den Stichtag zugrunde, der auf den Ablauf des letzten Versicherungsmonats folgt. Endet die Versicherung durch Tod der versicherten Person, wird der Stichtag des Folgemonats herangezogen, der auf den Eingang der Meldung des Todesfalles folgt. Als Stichtag gilt jeweils der 6. Tag eines Monats oder - falls dies ein börsenfreier Tag ist - der letzte Börsentag davor.

(4) Vertragliche Leistungen aus der Überschussbeteiligung erbringen wir grundsätzlich in Geld. Anstelle der Geldleistung kann der Anspruchsberechtigte – jedoch nicht bei einer Verrentung – verlangen, dass ihm die entsprechenden Anteileinheiten übertragen werden, sofern das Anlageguthaben mindestens 300 EUR beträgt. Wir behalten uns vor, nur ganze Anteile zu übertragen und den Wert gebrochener Anteile auszuzahlen. Verlangt der Anspruchsberechtigte die Übertragung von Anteileinheiten, so verringert sich die Zahl der zu übertragenden Anteileinheiten durch Übertragungskosten in Höhe von 1 % des Anlageguthabens, max. 25 EUR. Eine Übertragung der Anteileinheiten ist nur möglich, wenn nach Umrechnung des Anlageguthabens in einen Geldbetrag ein ausreichendes Guthaben zur Deckung der Übertragungskosten vorhanden ist. Außerdem hat uns der Empfangsberechtigte ein Depot mitzuteilen, auf das wir die Anteileinheiten übertragen können.

§ 3 Wie können Sie Ihre Fondsaufteilung wählen und neu bestimmen?

(1) Die Auswahl aus verschiedenen Investmentfonds können Sie selbst vornehmen (individuelle Fondsauswahl). Eine Liste der möglichen Fonds finden Sie in der „Fonds-Übersicht für das Überschusssystem Fondsanlage“.

(2) Sie können innerhalb eines Kalenderjahres eine Änderung des von Ihnen bestimmten Investmentfonds verlangen (Fondswechsel), ohne dass Ihnen hier Kosten entstehen. Sie können hierbei aus allen zum Zeitpunkt des Wechsels für diesen Tarif zulässigen Investmentfonds auswählen.

Dabei werden sowohl Ihr vorhandenes Fondsguthaben als auch Ihre künftigen laufenden Überschussanteile für die Fondsanlage entsprechend Ihrer neuen Fondsauswahl umgeschichtet bzw. angelegt.

Die Umrechnung des Guthabens werden wir bei einem Fondswechsel zum Stichtag (vgl. § 2 Abs. (3)) des Folgemonats vornehmen, der auf den Eingang Ihres schriftlichen Auftrages folgt.

§ 4 Wann können wir einen von Ihnen gewählten Fonds austauschen?

(1) Die Schließung, Auflösung oder Zusammenlegung von Fonds, die Einstellung von An- oder Verkauf, sind Beispiele von Vorgängen, die Auswirkungen auf die Fondsanlage haben, die aber von uns nicht beeinflusst werden können.

.

Sollte die Anlage künftiger laufender Überschussanteile in einen gewählten Fonds oder das Halten von Anteilen an einem gewähl-

ten Fonds nicht mehr möglich sein, werden wir Ihnen als Ersatz einen neuen Fonds vorschlagen. Der neue Fonds soll dabei in Anlageziel und Anlagepolitik dem bisherigen Fonds weitgehend entsprechen (Ersatzfonds). Auf die Auswahlkriterien dieses Fonds werden wir Sie ausdrücklich in unserem Schreiben hinweisen. Sofern Sie unserem Vorschlag nicht innerhalb von sechs Wochen ab Zugang des Benachrichtigungsschreibens widersprechen, werden wir die zugeteilten laufenden Überschussanteile ab dem von uns genannten Termin (Fondswechselstichtag) in den Ersatzfonds anlegen. Im Falle eines Widerspruchs müssen Sie als Ersatz einen anderen Fonds aus unserem Angebot wählen, in den an Stelle des betroffenen Fonds künftig die Überschussanteile angelegt werden sollen.

Zu diesem Zweck können Sie unser aktuelles Fondsangebot auf unserer Internetseite abrufen. Die genaue Internetadresse werden wir Ihnen in unserem Anschreiben mitteilen. Auf Wunsch erhalten Sie die Mitteilung über unser aktuelles Fondsangebot auch zugesandt.

Wenn wir Sie nicht rechtzeitig informieren können, weil die Ausgabe von Fondsanteilen kurzfristig beschränkt, ausgesetzt oder endgültig eingestellt worden ist, werden wir die zugeteilten Überschussanteile in den von uns vorgeschlagenen Ersatzfonds anlegen.

Als Grundlage für Ihre Fondsauswahl können Sie die Internetseiten der Fondsgesellschaften heranziehen, auf denen der Wert einer Anteileinheit börsentäglich veröffentlicht wird.

(2) Wenn die Kapitalanlagegesellschaft einen Fonds auflöst, gelten die Regeln des Abs. (1) entsprechend. Sofern aus der Auflösung des Fonds Zahlungen zu späteren Zeitpunkten resultieren, werden wir diese gemäß Ihrer zum jeweiligen Rückzahlungszeitpunkt aktuellen Aufteilung der laufenden Überschussanteile in den zu diesem Zeitpunkt gewählten Fonds anlegen.

(3) Wenn die Kapitalanlagegesellschaft einen Fonds mit einem anderen Fonds zusammenlegt, gelten die Regeln des Abs. (1) für künftige zuzuteilende laufende Überschussanteile entsprechend. In diesem Fall wird jedoch auch der vorhandene Wert des Fondsguthabens des betroffenen Fonds auf den Ersatzfonds übertragen.

(4) Wenn die Rücknahme von Anteilen eines in Ihrem Vertrag enthaltenen Fonds ausgesetzt oder endgültig eingestellt wird, informieren wir Sie. Bei Beginn der Auszahlungsphase kann der Rücknahmepreis zur Ermittlung des Wertes einer Anteileinheit nicht angesetzt werden, da wir die Anteile nicht an die Kapitalanlagegesellschaft zurückgeben können.

Bei Leistung oder Rückkauf kann der Rücknahmepreis zur Ermittlung des Wertes einer Anteileinheit nicht angesetzt werden, da wir die Anteile nicht an die Kapitalanlagegesellschaft zurückgeben können. In diesen Fällen bieten wir an, die entsprechenden Anteileinheiten an Stelle der sonst vorgesehenen Geldleistung auf ein Depot Ihrer Wahl zu übertragen. Wir behalten uns vor, nur ganze Anteileinheiten zu übertragen und den Wert gebrochener Anteileinheiten gemäß nachfolgender Regelung auszuzahlen.

Nehmen Sie dieses Angebot nicht an, werden wir den Wert einer Anteileinheit anhand des aktuellen Preises am Kapitalmarkt ermitteln. Der Preis kann aufgrund der verminderten Veräußerbarkeit der Fondsanteile geringer sein als der zuletzt von der Kapitalanlagegesellschaft gestellte Rücknahmepreis. Diese Wertminderung kann auch zu einem Totalverlust führen.

Ein Fondswechsel ist während der Aussetzung und bei endgültiger Einstellung der Rücknahme von Fondsanteilen durch die Kapitalanlagegesellschaft nicht möglich.

(5) Treten darüber hinaus bei einem in Ihrem Vertrag enthaltenen Fonds erhebliche Änderungen ein, die wir nicht beeinflussen können, sind wir berechtigt, den betroffenen Fonds sowie Ihr vorhandenes Fondsguthaben durch einen anderen Fonds zu ersetzen. Als solche erheblichen Änderungen gelten insbesondere:

- Nachträgliche Erhebung oder Erhöhung von Gebühren beim Fondseinkauf bzw. -verkauf sowie die Einführung von Performance Fees durch die von uns beauftragte Kapitalanlagegesellschaft,
- Verletzung von vertraglichen Pflichten durch die Kapitalanlagegesellschaft,
- Änderung der Fristen für den Kauf oder Verkauf von Fonds durch die Kapitalanlagegesellschaft; hierzu zählt auch die zeitweise Aussetzung der Rücknahme
- die Kapitalanlagegesellschaft ändert die Anlagestrategie eines Fonds wesentlich oder
- das Guthaben aller Versicherungsnehmer in einem Fonds beträgt - über alle bei uns bestehenden Versicherungsverträge betrachtet - länger als sechs Monate weniger als 10.000 EUR.

Eine erhebliche Änderung kann sich auch aus Gesetzen oder aufsichtsrechtlichen Anforderungen ergeben. Abs. (1) – (4) gelten entsprechend.

§ 5 Unter welchen Bedingungen können Sie das Überschusssystem wechseln?

Zur Sicherung des erreichten Wertes der Ihrem Vertrag zugeteilten Anteileinheiten können Sie einmalig und kostenfrei mit einer Antragsfrist von 14 Tagen zu jedem Monatsende verlangen, dass der Wert Ihrer Anteileinheiten und die künftigen laufenden Überschussanteile dem Überschusssystem verzinsliche Ansammlung zugeführt werden, sofern das Überschusssystem verzinsliche Ansammlung für Ihre Versicherung (vgl. hierzu den Paragraphen „Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?“ der Besonderen- bzw. Tarifbedingungen) vorgesehen ist. Dabei wird der Wert Ihrer Anteileinheiten zum Stichtag (vgl. § 2 Abs. (3)) des Monats nach Eingang Ihres Antrages festgestellt. Die Verzinsung erfolgt für das Jahr der Umstellung anteilig.

universa
Lebensversicherung a.G.

Sitz der Gesellschaft: Nürnberg
Registergericht: Nürnberg, HRB 355

Aufsichtsrat
Karl-Bernd Telger (Vors.)

Vorstand
Frank Sievert (Sprecher),
Jutta Holzmann,
Stefan Krause,
Dr. Marco Wimmer

Hauptverwaltung Nürnberg
Sulzbacher Straße 1-7
90489 Nürnberg

Telefon: +49 911 5307-0
E-Mail: info@universa.de
Internet: www.universa.de

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an: