Gültig ab 01.01.2025

Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung

Sehr geehrte Kundin,
sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Die nachfolgenden Bedingungen informieren Sie über die Regelungen, die für das Vertragsverhältnis zwischen Ihnen und uns gelten.

Die in den Bedingungen aufgeführten Rechte und Pflichten betreffen vorrangig den Versicherungsnehmer.

Ihre
Württembergische Lebensversicherung AG

Inhaltsverzeichnis

A Begriffsbestimmungen zu Ihrer Versicherung

B Versicherungsbedingungen

I. Leistungsbeschreibung und Versicherungsschutz

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?
§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?
§ 3 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?
§ 4 Wann liegt der Verlust einer Grundfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor?
§ 5 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?
§ 6 Wann beginnen und enden unsere Leistungen bei Berufsunfähigkeit?

II. Überschussbeteiligung

§ 7 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?
§ 8 Welche Besonderheiten hat das Überschuss-System Fondsanlage?

III. Leistungsauszahlung

§ 9 Was ist von Ihnen zu beachten, wenn Sie Leistungen beantragen?
§ 10 Welche Unterstützung können Sie in Anspruch nehmen?
§ 11 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?
§ 12 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?
§ 13 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?
§ 14 Wer erhält die Versicherungsleistung?
§ 15 Was gilt für die Verjährung von Ansprüchen?

IV. Beitragszahlung

§ 16 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?
§ 17 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
§ 18 Welche Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?
§ 19 Wann können Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen?

V. Kosten

§ 20 Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?
§ 21 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

VI. Gestaltungsmöglichkeiten

§ 22 Welche Möglichkeiten bietet Ihnen die Nachversicherungsoption?
§ 23 Welche Möglichkeiten bietet Ihnen die Verlängerungsoption?
§ 24 Welche Möglichkeiten bietet Ihnen die Wechseloption?
§ 25 Welche Möglichkeiten bieten wir Ihnen nach einem Berufswechsel?

VII. Vorzeitige Beendigung

§ 26 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?

VIII. Ihre Obliegenheiten

§ 27 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?
§ 28 Welche gesetzlichen Auskunftspflichten haben Sie zu berücksichtigen?
§ 29 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?
§ 30 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten im Rahmen der Nachprüfung?

IX. Ausschlüsse

§ 31 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

X. Sonstiges

§ 32 Welche Rechnungsgrundlagen verwenden wir zur Berechnung Ihrer garantierten Beiträge und Leistungen?
§ 33 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?
§ 34 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?
§ 35 Wo ist der Gerichtsstand?
§ 36 Was gilt bei Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen?

C Abkürzungen für Gesetze und Verordnungen

D Gesetzesanhang

A Begriffsbestimmungen zu Ihrer Versicherung

Um Ihnen das Lesen der Versicherungsbedingungen zu erleichtern, möchten wir Ihnen vorab einige Begriffe erläutern.

Annahmerichtlinien
In unseren Annahmerichtlinien legen wir fest, wie wir Risiken prüfen und welche Risiken wir versichern. Beispielsweise wird geregelt, welche beruflichen Tätigkeiten wir versichern und welche Erkrankungen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind. Zudem enthalten unsere Annahmerichtlinien Vorgaben zur maximalen Höhe der Leistungen oder zu den versicherbaren Endaltern sowie Leistungsdauern.

Bewertungsreserven
Bewertungsreserven tragen dazu bei, Schwankungen an den Kapitalmärkten auszugleichen. Sie entstehen, wenn der Marktwert einer Kapitalanlage über dem handelsrechtlichen Buchwert liegt. Haben wir beispielsweise eine Immobilie zum Preis von 1.000.000 EUR gekauft, so wird die Immobilie mit diesem Wert in der Bilanz ausgewiesen. Beträgt der Wert der Immobilie zum Bilanzstichtag 1.200.000 EUR, so entstehen hieraus Bewertungsreserven in Höhe von 200.000 EUR. An unseren Bewertungsreserven beteiligen wir Sie. Nähere Informationen finden Sie in § 7.

Bezugsberechtigter
Als Versicherungsnehmer können Sie festlegen, wer die Versicherungsleistungen erhalten soll. Diese Person hat dann ein Bezugsrecht und wird als Bezugsberechtigter bezeichnet. Nähere Informationen hierzu finden Sie in § 14.

Invalidität und Invaliditätsversicherungen
Unter Invalidität verstehen wir eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit. Diese Beeinträchtigung ist durch Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall eingetreten. Sie ist über einen längeren Zeitraum oder dauerhaft vorhanden. Eine Invalidität kann beispielsweise zu einer Erwerbsminderung, Erwerbsunfähigkeit, Berufsunfähigkeit, Dienstunfähigkeit oder zum Verlust einer Grundfähigkeit führen. Deswegen verstehen wir unter Invaliditätsversicherungen beispielsweise Erwerbsminderungs-, Erwerbsunfähigkeits-, Berufsunfähigkeits-, Dienstunfähigkeits- und Grundfähigkeitsversicherungen.

Monatsrente
Mit Monatsrente bezeichnen wir die garantierte monatliche Berufsunfähigkeitsrente. Ist eine abweichende Rentenzahlungsweise vereinbart, so ergibt sich die Monatsrente als anteiliger Betrag, also beispielsweise als ein Zwölftel der jährlichen Berufsunfähigkeitsrente. Nicht zur Monatsrente zählen Erhöhungen aus Überschüssen, aus garantierter Rentensteigerung oder die doppelte Berufsunfähigkeitsrente bei Unfall.

Rechnungsgrundlagen
Rechnungsgrundlagen sind vorsichtige Annahmen, die wir für die Kalkulation und die Bildung von Reserven benötigen. Insbesondere dienen sie dazu, Beiträge und Leistungen zu berechnen. Dazu gehören Sterbe-, Invalidisierungs- und Reaktivierungstafeln, der Rechnungszins sowie eingerechnete Kosten. Nähere Informationen finden Sie in § 32.

Staffelphase
Bei einer Einsteiger-Berufsunfähigkeitsversicherung startet Ihre Versicherung mit einem reduzierten Anfangsbeitrag. Dieser wird in den ersten 10 Jahren jährlich erhöht. Das nennen wir Staffelphase. Nähere Informationen finden Sie in § 16.

Sterbe-, Invalidisierungs- und Reaktivierungstafeln
Sterbetafeln geben uns Auskunft über die Wahrscheinlichkeit, in einem bestimmten Alter zu sterben. Invalidisierungstafeln beziffern die Wahrscheinlichkeit, in einem bestimmten Alter invalide zu werden. Reaktivierungstafeln enthalten die Wahrscheinlichkeit, dass eine eingetretene Invalidität wieder entfällt. Für Ihren Vertrag verwenden wir vom Geschlecht unabhängige Tafeln. Nähere Informationen finden Sie in § 32.

Textform
Eine Mitteilung liegt in Textform vor, wenn sie dauerhaft aufbewahrt und wiedergegeben werden kann. Dies ist beispielsweise bei Mitteilungen über unser Kundenportal, per Brief oder E-Mail der Fall. Eine telefonische Übermittlung erfüllt die Voraussetzungen nicht.

Überschüsse
Bei Vertragsabschluss garantieren wir Versicherungsleistungen für viele Jahre. Deshalb müssen wir vorsichtig kalkulieren. Dadurch entstehen in der Regel Überschüsse. An diesen beteiligen wir Sie. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung können wir Ihnen nicht verbindlich zusagen. Nähere Informationen finden Sie in § 7.

Versicherte Person
Die versicherte Person ist die Person, die gegen Berufsunfähigkeit versichert wird. Sie kann über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag nicht verfügen.

Versicherungs- und Leistungsdauer
Als Versicherungsdauer bezeichnen wir den Zeitraum, in dem Versicherungsschutz besteht. Bei Eintritt der Berufsunfähigkeit während der Versicherungsdauer wird die versicherte Leistung fällig. Wir zahlen solange Berufsunfähigkeit vorliegt, längstens jedoch bis zum Ende der Leistungsdauer. Die Leistungsdauer kann länger als die Versicherungsdauer sein. Ihre Versicherungs- und Leistungsdauer entnehmen Sie bitte Ihrem Persönlichen Vorschlag oder Ihrem Versicherungsschein.

Versicherungsjahr
Den Zeitraum von einem Jahrestag des Versicherungsbeginns bis zum nächsten nennen wir Versicherungsjahr. Beispielsweise ist das erste Versicherungsjahr das Jahr vom Versicherungsbeginn bis zum ersten Jahrestag.

Versicherungsnehmer
Der Versicherungsnehmer ist die Person, die die Versicherung abschließt. Der Versicherungsnehmer hat grundsätzlich die Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag.

Versicherungsperiode
Die Versicherungsperiode ist der Zeitraum, für den der Beitrag berechnet wird. Bei Jahreszahlung entspricht sie dem Versicherungsjahr. Bei unterjähriger Beitragszahlung dauert sie entsprechend jeweils einen Monat, ein Vierteljahr oder ein halbes Jahr.

B Versicherungsbedingungen

I. Leistungsbeschreibung und Versicherungsschutz

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

(1) Leistungen bei Berufsunfähigkeit

Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer berufsunfähig (siehe § 2 bis § 4), erbringen wir folgende Leistungen:
- Wir zahlen die versicherte Berufsunfähigkeitsrente. Die Rente zahlen wir entsprechend der vereinbarten Zahlweise monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich. Die Rente wird jeweils zu Beginn des Zahlungsabschnitts fällig und gezahlt.
- Sie müssen für diesen Vertrag keine Beiträge mehr zahlen.

Diese Leistungen erbringen wir, solange Berufsunfähigkeit nach § 2 bis § 4 vorliegt, längstens bis zum Ablauf der Leistungsdauer. Nähere Informationen zum Beginn und Ende der Leistungen finden Sie in § 6.

(2) Gültigkeit Versicherungsschutz

Sie haben weltweit Versicherungsschutz, sowohl im Beruf als auch in der Freizeit. Sie müssen uns nicht informieren, wenn sich

nach Vertragsabschluss bei der versicherten Person gefahrerhebliche Umstände ändern. Dies sind zum Beispiel die berufliche Tätigkeit, Hobbys oder der Raucherstatus. Bitte beachten Sie jedoch die sonstigen Mitwirkungspflichten in den Versicherungsbedingungen, zum Beispiel bei der Nachprüfung.

Weitere Leistungen

(3) Umorganisationshilfe für Selbstständige

Wenn die versicherte Person eine Berufsunfähigkeit durch Umorganisation nach § 2 Absatz (3) vermeiden kann, leisten wir eine Umorganisationshilfe: Wir beteiligen uns an den tatsächlich angefallenen Kosten der Umorganisation.
Eine Umorganisationshilfe können Sie mehrmals erhalten, solange Versicherungsschutz besteht.
Leistungen aus der Umorganisationshilfe sind jeweils auf die Höhe von 3 Monatsrenten begrenzt. Die Umorganisationshilfe ist auf 6.000 EUR begrenzt. Dies gilt insgesamt auch bei mehrmaliger Inanspruchnahme.

(4) Rehabilitationshilfe

Wenn unsere Leistungen bei Berufsunfähigkeit durch eine Maßnahme zur Rehabilitation enden, beteiligen wir uns an den Kosten der Maßnahme.

Voraussetzung hierfür ist, dass die Kosten nicht von Dritten übernommen werden. Als Nachweis müssen Sie uns die Ablehnungsbescheide von anderen Versorgungsträgern vorlegen. Versorgungsträger sind zum Beispiel die Deutsche Rentenversicherung, Krankenkassen, private Krankenversicherungen oder Versorgungswerke.

Eine Rehabilitationshilfe können Sie mehrmals erhalten, solange Versicherungsschutz besteht.

Leistungen aus der Rehabilitationshilfe sind jeweils auf die Höhe von 3 Monatsrenten begrenzt. Die Rehabilitationshilfe ist auf 6.000 EUR begrenzt. Dies gilt insgesamt auch bei mehrmaliger Inanspruchnahme.

Für Maßnahmen zur Rehabilitation während einer vereinbarten Karenzzeit (siehe § 6 Absatz (4)) leisten wir keine Rehabilitationshilfe.

(5) Wiedereingliederungshilfe

Nach einer Berufsunfähigkeit helfen wir Ihnen bei einem beruflichen Neustart. Dazu zahlen wir eine Wiedereingliederungshilfe in Höhe von 6 Monatsrenten, maximal jedoch 6.000 EUR.

Hierfür müssen alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:
- Wir hatten unsere Leistungspflicht zuvor unbefristet anerkannt (siehe § 11 Absatz (2)).
- Die versicherte Person hat neue berufliche Fähigkeiten erworben und übt damit eine konkrete Tätigkeit in einem neuen Beruf aus. Sie ist nicht mehr berufsunfähig nach § 2 bis § 4. Dadurch endet unsere Leistungspflicht.
- Die verbleibende Leistungsdauer für die Berufsunfähigkeitsrente beträgt noch mindestens 12 Monate ab dem Ende unserer Leistungspflicht.

Wenn wir eine Wiedereingliederungshilfe gezahlt haben und innerhalb von 6 Monaten aus gleichem medizinischem Grund erneut der Anspruch auf Leistungen bei Berufsunfähigkeit entsteht, gilt Folgendes:
- Wir stellen Sie so, als hätte durchgehend Berufsunfähigkeit vorgelegen.
- Wir verrechnen die gezahlte Wiedereingliederungshilfe mit fälligen Berufsunfähigkeitsrenten.

Die Wiedereingliederungshilfe können Sie mehrmals erhalten, solange Versicherungsschutz besteht.

Für eine Wiedereingliederung während einer vereinbarten Karenzzeit (siehe § 6 Absatz (4)) leisten wir keine Wiedereingliederungshilfe.

(6) Rückdeckungsversicherung für eine Pensionszusage

Ist der Vertrag als Rückdeckungsversicherung für eine Pensionszusage abgeschlossen worden, ist Folgendes zu beachten:
Wir leisten keine Umorganisationshilfe, keine Rehabilitationshilfe und keine Wiedereingliederungshilfe nach den Absätzen (3) bis (5).

(7) Überschussbeteiligung

Wir beteiligen Sie an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven nach § 7.

Optionale Leistungen

(8) Garantierte Rentensteigerung je Leistungsfall

Wenn Sie mit uns eine garantierte Rentensteigerung vereinbart haben, gilt Folgendes:

a) Steigerung der Rente

Wenn wir eine Berufsunfähigkeitsrente zahlen, erhöhen wir diese jährlich um den vereinbarten festen Prozentsatz. Die Erhöhung erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres. Die Steigerung gilt nur für diesen Leistungsfall.

b) Wegfall der Steigerung bei Ende der Berufsunfähigkeit

Ist die versicherte Person nicht mehr berufsunfähig, endet die Leistung. **Die erhöhte Berufsunfähigkeitsrente gilt bei Ende der Berufsunfähigkeit nicht mehr. Für einen neuen Fall der Berufsunfähigkeit besteht deshalb nur ein Anspruch in der Höhe der garantierten Rente vor Eintritt des vorherigen Leistungsfalles.** Während der Dauer der erneuten Berufsunfähigkeit erhöht sich die Rente wieder. Sofern die Beitragszahlungsdauer noch nicht abgelaufen ist, zahlen Sie nach dem Ende der Berufsunfähigkeit den gleichen Beitrag wie direkt vor Eintritt des Leistungsfalles.

c) Aufrechterhaltung der Steigerungen

Auf Wunsch können Sie innerhalb von 2 Monaten die erfolgten garantierten Rentensteigerungen der vorherigen Leistungsphase auch für zukünftige Leistungsfälle mit uns vereinbaren. Sie zahlen dann einen erhöhten Beitrag. Nach Ablauf der Beitragszahlungsdauer ist die Erhöhung der Leistung nicht mehr möglich.

(9) Doppelte Berufsunfähigkeitsrente bei Unfall

Wir zahlen die doppelte Berufsunfähigkeitsrente, wenn alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
- Sie haben die doppelte Berufsunfähigkeitsrente bei Unfall mit uns vereinbart.
- Die versicherte Person ist durch einen Unfall berufsunfähig geworden.
- Zum Zeitpunkt des Unfalls lag noch keine Berufsunfähigkeit vor.
- Der Eintritt der Berufsunfähigkeit ist zu mehr als 50 % auf die Folgen des Unfalls zurückzuführen. Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen aufgrund eines Unfalls werden hierbei nicht berücksichtigt.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Nicht als Unfall im Sinne dieser Bedingungen gelten Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen. Hierunter fallen insbesondere Unfälle, die auf Trunkenheit oder Drogenkonsum beruhen. Unfälle durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person

ergreifen, gelten ebenfalls nicht als Unfall im Sinne dieser Bedingungen.

Wir werden jedoch leisten, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diese Bedingungen fallendes Unfallereignis verursacht wurden.

Besonderheiten bei der Leistungshöhe

(10) Besonderheiten beim vorläufigen Versicherungsschutz

Für den Fall, dass wir bereits aus dem vorläufigen Versicherungsschutz Leistungen erbracht haben und die versicherte Person aufgrund derselben Ursache erneut berufsunfähig wird, gilt Folgendes:
- Wir begrenzen die Berufsunfähigkeitsrente auf 12.000 EUR im Jahr.
- Eine garantierte Rentensteigerung erfolgt nicht.
- Wir leisten keine doppelte Berufsunfähigkeitsrente bei Unfall.
- Jegliche Überschussbeteiligung entfällt.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Berufsunfähigkeit

Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
- Die versicherte Person erleidet durch Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall gesundheitliche Beeinträchtigungen.
- Die Beeinträchtigungen sind ärztlich nachgewiesen.
- Die versicherte Person kann ihre zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit nicht mehr zu mindestens 50 % ausüben. Hiermit wird der Grad der Berufsunfähigkeit beschrieben. Maßgeblich ist die zuletzt ausgeübte Tätigkeit, so wie diese ohne die Beeinträchtigungen ausgeübt wurde.
- Diese Beeinträchtigungen bestehen voraussichtlich für einen ununterbrochenen Zeitraum von mindestens 6 Monaten oder bestanden seit 6 Monaten ununterbrochen. Als Eintritt der Berufsunfähigkeit sehen wir dabei den Beginn dieses Zeitraums an.

Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn die versicherte Person eine andere berufliche Tätigkeit konkret ausübt, die ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entspricht.

Die bisherige Lebensstellung ergibt sich aus Vergütung und sozialer Wertschätzung. Diese dürfen nicht deutlich unter das bisherige Niveau sinken. Dabei ist eine Absenkung des Einkommens nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung zumutbar. Dies prüfen wir im Einzelfall. Eine Absenkung von mehr als 20 % gilt als nicht zumutbar. Entscheidend ist bei Arbeitnehmern das jährliche Bruttoeinkommen in der bisher ausgeübten beruflichen Tätigkeit. Bei Selbstständigen wird der Gewinn vor Steuern in den letzten 3 Jahren berücksichtigt.

(2) Verzicht auf abstrakte Verweisung

Wir verzichten darauf, die versicherte Person auf eine vergleichbare berufliche Tätigkeit zu verweisen, die sie nicht konkret ausübt.

(3) Zumutbare Umorganisation bei Selbstständigen

Berufsunfähigkeit liegt bei einem Selbstständigen nur vor, wenn er auch durch zumutbare Umorganisation keine berufliche Tätigkeit ausüben kann, die seiner bisherigen Lebensstellung entspricht. Dies gilt auch für Personen, die einem Selbstständigen gleichzustellen sind. Hierunter fallen zum Beispiel Vorstände oder beherrschende Gesellschafter-Geschäftsführer.

Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie alle folgenden Voraussetzungen erfüllt:
- Sie ist aufgrund der Gesundheitsverhältnisse zumutbar.
- Sie ist wirtschaftlich zweckmäßig.
- Sie erfordert keinen erheblichen Kapitalaufwand.
- Die Tätigkeit nach Umorganisation entspricht der bisherigen Lebensstellung. Das heißt insbesondere, dass das Einkommen nicht um mehr als 20 % sinken darf (siehe Absatz (1)).

Wenn die versicherte Person ihre Tätigkeit erfolgreich umorganisiert, leisten wir eine Umorganisationshilfe: Wir zahlen die tatsächlich angefallenen Kosten der Umorganisation nach § 1 Absatz (3).

Wir verzichten auf die Prüfung der Umorganisation, wenn der Selbstständige bei Eintritt der Berufsunfähigkeit
- weniger als 5 Mitarbeiter hat oder
- Akademiker ist und in seiner täglichen Arbeitszeit mindestens zu 90 % kaufmännische oder organisatorische Tätigkeiten ausübt.

Erweiterungen des Begriffes Berufsunfähigkeit

(4) Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit

Berufsunfähigkeit liegt auch vor, wenn die versicherte Person pflegebedürftig nach § 3 ist.

(5) Berufsunfähigkeit wegen Infektionsgefahr

Berufsunfähigkeit liegt auch vor, solange der versicherten Person vollständig verboten wird, ihre bisherige berufliche Tätigkeit wegen einer von ihr ausgehenden Infektionsgefahr fortzuführen. Das Verbot muss auf einer gesetzlichen Vorschrift oder einer behördlichen Verfügung beruhen.

Des Weiteren müssen alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:
- Das Tätigkeitsverbot erstreckt sich auf einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten.
- Die versicherte Person wird nicht von ihrem Arbeitgeber mit einer anderen Tätigkeit betraut.
- Die versicherte Person übt keine andere berufliche Tätigkeit konkret aus, die ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entspricht.

(6) Berufsunfähigkeit wegen Erwerbsminderung

Berufsunfähigkeit liegt auch vor, wenn alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
- Die versicherte Person erhält eine unbefristete Rente wegen voller Erwerbsminderung von der Deutschen Rentenversicherung. Diese Rente erhält sie allein aus medizinischen Gründen.
- Die Voraussetzungen der vollen Erwerbsminderung nach § 43 SGB VI mit Stand vom 01.01.2019 sind erfüllt. Diesen Gesetzestext haben wir im Anhang abgedruckt. Der abgedruckte Stand vom 01.01.2019 bleibt auch nach einer Gesetzesänderung maßgeblich. Eine Gesetzesänderung wirkt sich nicht auf Ihren Vertrag aus.
- Die versicherte Person ist bei Eintritt der vollen Erwerbsminderung mindestens 55 Jahre alt.

Die versicherte Person muss uns auf Verlangen nachweisen, dass ausschließlich ein medizinischer Grund vorliegt. Die für Ihren Vertrag geltenden Einschränkungen und Ausschlüsse sowie die vorvertragliche Anzeigepflicht gelten auch für Leistungen wegen voller Erwerbsminderung.

(7) Berufsunfähigkeit wegen Krebserkrankung

Berufsunfähigkeit liegt auch vor, wenn alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
- Die versicherte Person hat eine Krebserkrankung.

- Von einem Facharzt wird einer der folgenden Punkte bestätigt:
  - Die versicherte Person hat eine Chemotherapie oder eine Strahlentherapie begonnen oder diese steht unmittelbar bevor. Zusätzlich wurde mindestens eine Fernmetastase festgestellt.
  - Die versicherte Person befindet sich wegen der Schwere der Erkrankung in einer palliativen Therapie.
- Die versicherte Person übt keine berufliche Tätigkeit konkret aus, die ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entspricht.

Die für Ihren Vertrag geltenden Einschränkungen und Ausschlüsse sowie die vorvertragliche Anzeigepflicht gelten auch für Leistungen wegen Krebserkrankung.

Optionale Erweiterung des Begriffes Berufsunfähigkeit

(8) Absicherung der Alltagsfähigkeiten

Wenn Sie mit uns die Absicherung der Alltagsfähigkeiten vereinbart haben, liegt Berufsunfähigkeit auch vor, wenn die versicherte Person eine Grundfähigkeit nach § 4 verliert. Dies gilt unabhängig davon, ob die versicherte Person eine berufliche Tätigkeit ausübt.

Konkretisierungen für spezielle Tätigkeiten

(9) Schüler

Bei Schülern liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
- Die versicherte Person erleidet durch Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall gesundheitliche Beeinträchtigungen.
- Die Beeinträchtigungen sind ärztlich nachgewiesen.
- Die versicherte Person kann nicht mehr zu mindestens 50 % als Schüler am Unterricht an einer allgemeinen Schule ohne spezielle Förderung teilnehmen.
- Diese Beeinträchtigungen bestehen voraussichtlich für einen ununterbrochenen Zeitraum von mindestens 6 Monaten oder bestanden seit 6 Monaten ununterbrochen. Als Eintritt der Berufsunfähigkeit sehen wir dabei den Beginn dieses Zeitraums an.

Eine spezielle Förderung liegt zum Beispiel beim Besuch einer Förderschule oder Sonderschule vor oder wenn sonderpädagogische Maßnahmen 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.

Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn die versicherte Person eine andere Tätigkeit konkret ausübt, die ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entspricht.

(10) Studenten

Bei Studenten liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
- Die versicherte Person erleidet durch Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall gesundheitliche Beeinträchtigungen.
- Die Beeinträchtigungen sind ärztlich nachgewiesen.
- Die versicherte Person kann ihr bei Eintritt des Versicherungsfalls zuletzt ausgeübtes Studium nicht mehr zu mindestens 50 % fortführen.
- Diese Beeinträchtigungen bestehen voraussichtlich für einen ununterbrochenen Zeitraum von mindestens 6 Monaten oder bestanden seit 6 Monaten ununterbrochen. Als Eintritt der Berufsunfähigkeit sehen wir dabei den Beginn dieses Zeitraums an.

Als Studium gilt ein Studium an einer Hochschule (Universität), Fachhochschule (FH) oder vergleichbaren Ausbildungseinrichtung (zum Beispiel Berufsakademie oder duale Hochschule). Der angestrebte Studienabschluss muss in Deutschland staatlich anerkannt sein. Sofern neben dem Studium eine weitere berufliche Tätigkeit ausgeübt wird, ist diese Tätigkeit entsprechend den zeitlichen Anteilen zu berücksichtigen.

Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn die versicherte Person ein anderes Studium oder eine andere berufliche Tätigkeit konkret ausübt, die ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entspricht.

(11) Auszubildende

Bei Auszubildenden in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf gilt Absatz (1) mit folgender Änderung: Anstelle der zuletzt ausgeübten Tätigkeit wird der mit der Ausbildung angestrebte Beruf hinsichtlich des Grades der Berufsunfähigkeit zugrunde gelegt.

Wir verzichten auf die Möglichkeit der abstrakten Verweisung auf eine andere Berufsausbildung oder die Ausübung einer anderen beruflichen Tätigkeit.

(12) Hausfrauen und Hausmänner

Bei Hausfrauen und Hausmännern liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
- Die versicherte Person erleidet durch Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall gesundheitliche Beeinträchtigungen.
- Die Beeinträchtigungen sind ärztlich nachgewiesen.
- Die versicherte Person kann ihre bisher im Haushalt konkret verrichteten Aufgaben nicht mehr zu mindestens 50 % ausüben.
- Diese Beeinträchtigungen bestehen voraussichtlich für einen ununterbrochenen Zeitraum von mindestens 6 Monaten oder bestanden seit 6 Monaten ununterbrochen. Als Eintritt der Berufsunfähigkeit sehen wir dabei den Beginn dieses Zeitraums an.

Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn die versicherte Person eine andere Tätigkeit konkret ausübt, die ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entspricht.

Konkretisierungen für spezielle Situationen

(13) Ausscheiden aus beruflicher Tätigkeit

Wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit vorübergehend unterbricht oder dauerhaft aufgibt, können Sie die Versicherung weiterführen. Wenn Sie in dieser Zeit Leistungen beantragen, legen wir die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit in ihrer konkreten Ausgestaltung zugrunde. Dies gilt beispielsweise, wenn die versicherte Person vorübergehend Bundesfreiwilligendienst oder ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr leistet. Der freiwillige Wechsel in eine andere Tätigkeit, beispielsweise als Hausfrau/-mann, gilt als Berufswechsel und nicht als Ausscheiden aus beruflicher Tätigkeit. Auch eine ununterbrochene Elternzeit, die länger als 5 Jahre andauert, gilt als Wechsel in die Tätigkeit Hausfrau/-mann.

(14) Teilzeitregelung

Wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit von Vollzeit auf Teilzeit reduziert, gilt in den nächsten 12 Monaten Folgendes: Wenn Sie einen Antrag auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit stellen, legen wir die berufliche Tätigkeit in Art und Umfang vor Reduzierung der Arbeitszeit zugrunde. Dafür müssen Sie uns Nachweise über die jeweiligen Arbeitszeiten vorlegen. Alle anderen Regelungen dieser Versicherungsbedingungen bleiben hier-

von unberührt. Dies gilt insbesondere für die Prüfung auf die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit, so wie diese ohne die gesundheitlichen Beeinträchtigungen ausgestaltet war.

§ 3 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn mindestens
- die Voraussetzungen des Pflegegrades 2 nach Absatz (2) erfüllt sind oder
- die Voraussetzungen des Hilfebedarfs bei 3 von 9 Aktivitäten des täglichen Lebens nach Absatz (3) erfüllt sind oder
- eine mittelschwere oder schwere Demenz vorliegt. Die Demenz muss mindestens den Schweregrad 5 haben. Dieser wird über die Global Deterioration Scale nach Reisberg ermittelt.

Zusätzlich müssen alle folgenden Voraussetzungen für diesen Zustand erfüllt sein:
- Er muss ärztlich nachgewiesen sein.
- Er muss mindestens seit 6 Monaten ununterbrochen bestanden haben oder voraussichtlich für mindestens 6 Monate bestehen. Als Eintritt der Pflegebedürftigkeit sehen wir dabei den Beginn dieses Zeitraums an.

Vorübergehende Besserungen bleiben bei der Einstufung unberücksichtigt. Eine Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach 3 Monaten noch anhält.

(2) Pflegegrad 2

Es besteht mindestens Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 2 in der deutschen sozialen Pflegeversicherung. Die Ermittlung des Pflegegrades erfolgt nach der gesetzlichen Definition der Pflegebedürftigkeit in den §§ 14 und 15 SGB XI mit Stand vom 01.01.2019. Diesen Gesetzestext haben wir im Anhang abgedruckt. Der abgedruckte Stand vom 01.01.2019 bleibt auch nach einer Gesetzesänderung maßgeblich. Eine Gesetzesänderung wirkt sich nicht auf Ihren Vertrag aus.

(3) Hilfebedarf bei 3 von 9 Aktivitäten des täglichen Lebens

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person für mindestens 3 der unter a) bis i) genannten 9 Verrichtungen des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich die Hilfe einer anderen Person benötigt. Die Hilfe wird auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel benötigt.

Die nachstehend genannten Kriterien entsprechen nicht dem vom Gesetzgeber im Sozialgesetzbuch definierten Begriff der Pflegebedürftigkeit und der gesetzlichen Abstufung in einzelne Pflegegrade. Sie sind hiervon unabhängig.

a) Aufstehen und Positionswechsel

Hilfebedarf liegt vor, wenn alle folgenden Einschränkungen vorliegen:
- Die versicherte Person kann auch mit Einsatz von Hilfsmitteln nur mit Hilfe einer anderen Person von einer erhöhten Sitzfläche wie Bettkante, Stuhl, Sessel, Bank oder Toilette aufstehen und sich auf einen Rollstuhl, Toilettenstuhl, Sessel oder Ähnliches umsetzen.
- Die versicherte Person kann sich nicht oder nur kurz selbstständig in einer Sitzposition halten.
- Die versicherte Person kann nur durch Hilfsmittel oder Reichen der Hand ihre Lage im Bett verändern.

Hilfsmittel können beispielsweise Krücken oder spezielle Griffe sein.

b) Fortbewegen

Hilfebedarf liegt vor, wenn alle folgenden Einschränkungen vorliegen:
- Die versicherte Person kann sich auch mit Einsatz von Hilfsmitteln nur mit Hilfe einer anderen Person auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortbewegen.
- Die versicherte Person kann nur Treppen steigen, wenn sie gestützt oder festgehalten wird.

Hilfsmittel können beispielsweise eine Gehhilfe oder ein Rollstuhl sein.

c) Waschen

Hilfebedarf liegt vor, wenn sich die versicherte Person auch bei Einsatz von Hilfsmitteln nur mit Hilfe einer anderen Person so waschen kann, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt.

Das bedeutet, dass die versicherte Person nur einen geringen Teil der Aktivitäten beim Waschen, Duschen, Baden und Abtrocknen selbstständig durchführen kann. Hilfsmittel können beispielsweise ein Wannengriff oder ein Wannenlift sein.

Die Unfähigkeit, ins Badezimmer zu gelangen, fällt nicht unter diesen Punkt.

d) An- und Auskleiden

Hilfebedarf liegt vor, wenn sich die versicherte Person auch bei Einsatz von Hilfsmitteln nur mit Hilfe einer anderen Person den Ober- und Unterkörper an- und auskleiden kann.

Hilfsmittel können beispielsweise ein Schuhlöffel oder eine Knöpfhilfe sein.

Das Reichen der Kleidung und die Kontrolle des Sitzes der Kleidung gelten nicht als Hilfebedarf.

e) Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Einsatz von Hilfsmitteln nur mit Hilfe einer anderen Person bereitstehende Getränke aufnehmen und bereitgestellte, mundgerecht zubereitete Speisen essen kann. Dies beinhaltet das Aufnehmen, zum Mund Führen, gegebenenfalls Abbeißen, Kauen und Schlucken von Speisen, die üblicherweise mit den Fingern gegessen werden.

Hilfsmittel können beispielsweise krankengerechte Essbestecke oder Trinkgefäße sein.

f) Verrichten der Notdurft

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Einsatz von Hilfsmitteln nur mit Hilfe einer anderen Person die Toilette benutzen kann, weil
- sie sich nach dem Stuhlgang nicht alleine säubern kann oder
- sie ihre Notdurft nur mit einer Bettschüssel verrichten kann.

Hilfsmittel können beispielsweise spezielle Griffe oder eine Toilette mit Duschfunktion sein.

Besteht eine Inkontinenz der Blase oder des Darms, liegt Hilfebedarf vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person Hilfsmittel wie beispielsweise saugende Inkontinenzversorgung, Katheter oder Stomabeutel verwenden kann.

g) Kommunizieren

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist mit anderen Personen zu kommunizieren. Alle folgenden Einschränkungen müssen vorliegen:
- Die versicherte Person äußert von sich aus keine elementaren Bedürfnisse.

- Die versicherte Person antwortet auf Fragen lediglich mit wenigen Worten oder weicht im Gespräch in aller Regel vom Gesprächsinhalt ab.
- Die versicherte Person zeigt keine eigene Initiative zur Kontaktaufnahme zu Personen innerhalb und außerhalb des direkten Umfeldes. Zusätzlich benötigt sie personelle Unterstützung während der Kontaktaufnahme. Beispiele hierfür sind die Nutzung von Kommunikationshilfen, wie Telefon bedienen/halten und Brief- oder Mailkontakt.

h) Denkvermögen

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person sich ihrer selbst und ihrer Umgebung nicht mehr bewusst ist.

Das heißt, sie benötigt den ganzen Tag Hilfe in Form von Erinnern und Auffordern. Dies ist der Fall, wenn alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
- Die versicherte Person benötigt Hilfe beim Treffen geeigneter Entscheidungen zur eigenen Sicherheit und zum Wohlbefinden.
- Die versicherte Person benötigt Hilfe beim Ausführen und Steuern von Alltagshandlungen, da sie die Reihenfolge einzelner Handlungsschritte oder einzelne, notwendige Schritte regelmäßig vergisst.
- Die versicherte Person benötigt Hilfe beim Planen und Strukturieren des Tagesablaufs und über den Tag hinaus.
- Die versicherte Person benötigt Hilfe bei der Auswahl und Durchführung von Freizeitaktivitäten.

Oder bei der versicherten Person liegen alle folgenden Einschränkungen vor:
- Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage Personen aus dem näheren Umfeld wie Familienangehörige zu erkennen.
- Die versicherte Person kann sich an kurz zurückliegende Ereignisse oder Beobachtungen nicht mehr erinnern.
- Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage sich in ihrer gewohnten häuslichen und außerhäuslichen Umgebung zurecht zu finden und dortige Risiken und Gefahren zu erkennen.
- Die versicherte Person ist auch unter Nutzung äußerer Orientierungshilfen nicht mehr in der Lage sich zeitlich zu orientieren und Tageszeiten mit regelmäßigen Ereignissen wie Mittagessen zu erkennen.
- Die versicherte Person kann einfache Sachverhalte, Informationen sowie Aufforderungen nicht mehr verstehen, wenn diese nicht wiederholt und erläutert werden.

i) Umgang mit Emotionen

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr alleine mit Emotionen, Wahrnehmungen, Gefühlen sowie Risiken und Gefahren umgehen kann.

Dies ist der Fall, wenn die versicherte Person mindestens zweimal wöchentlich
- Hilfe einer anderen Person beim Einschlafen, Weiterschlafen und bei der Bewältigung von motorisch geprägten Auffälligkeiten des Verhaltens wie beispielsweise ständigem Aufstehen oder ziellosem Umhergehen benötigt oder
- verbal oder physisch aggressiv gegenüber sich selbst, anderen Personen oder Gegenständen wird und Unterstützung beispielsweise bei der Körperpflege oder Nahrungsaufnahme ablehnt oder
- unter Angstattacken und Wahnvorstellungen leidet, das heißt sie fühlt sich verfolgt, bedroht oder bestohlen und hat starke Ängste oder Sorgen oder
- antriebslos und schwer depressiv ist, das heißt keine Eigeninitiative für Aktivitäten oder Kommunikation aufbringt, traurig oder apathisch wirkt.

§ 4 Wann liegt der Verlust einer Grundfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor?

Wenn Sie mit uns die Absicherung der Alltagsfähigkeiten vereinbart haben, gilt Folgendes:

(1) Verlust einer Grundfähigkeit

Der Verlust einer Grundfähigkeit liegt vor, wenn alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
- Es handelt sich um eine versicherte Grundfähigkeit nach Absatz (2).
- Die versicherte Person besaß die Grundfähigkeit bei Versicherungsbeginn.
- Die versicherte Person verliert die Grundfähigkeit durch Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall.
- Der Verlust ist fachärztlich nachgewiesen.
- Der Verlust besteht voraussichtlich für einen ununterbrochenen Zeitraum von mindestens 6 Monaten oder bestand seit 6 Monaten ununterbrochen. Als Eintritt des Verlustes sehen wir dabei den Beginn dieses Zeitraums an.
- Die versicherte Person kann die Grundfähigkeit auch unter Verwendung eines geeigneten Hilfsmittels nicht im vorgegebenen Umfang ausüben.

Ein Hilfsmittel ist geeignet, wenn
- es von anderen Personen mit ähnlichen Einschränkungen üblicherweise genutzt wird oder
- es von Ärzten oder sonstigen Stellen (zum Beispiel Medizinischer Dienst der Krankenkassen) bei Vorliegen des Verlustes der jeweiligen Grundfähigkeit empfohlen wird oder
- es von der versicherten Person verwendet wird oder wurde.

(2) Versicherte Grundfähigkeiten

Im Folgenden wird beschrieben, welche Grundfähigkeiten versichert sind und wann die jeweilige Grundfähigkeit als verloren gilt.

a) Sehen

Auf dem besseren Auge der versicherten Person
- beträgt das Restsehvermögen höchstens 5 % oder
- beträgt das Gesichtsfeld für die Schwarz-Weiß-Wahrnehmung höchstens 15 Grad vom Zentrum in alle Richtungen. Das gesamte Gesichtsfeld beträgt somit höchstens 30 Grad.

Geeignete Hilfsmittel nach Absatz (1) sind beispielsweise eine Brille oder Kontaktlinsen.

b) Hören

Das bessere Ohr der versicherten Person weist im Bereich des gesprochenen Wortes (1.000 bis 3.000 Hertz) einen Hörverlust von mindestens 60 Dezibel auf.

Ein geeignetes Hilfsmittel nach Absatz (1) ist beispielsweise ein Hörgerät.

c) Sprechen

Die versicherte Person ist nicht in der Lage, sich gegenüber einer unabhängigen Person mit gemeinsamer Sprachbasis in Worten verständlich zu machen.
Dies bedeutet, dass die versicherte Person
- keine Worte mehr formen oder aussprechen kann oder
- die gesprochenen Worte keinen Sinn mehr ergeben (zum Beispiel Wernicke-Aphasie).

Stottern alleine gilt nicht als Verlust der Grundfähigkeit.

Zum Nachweis der sprachlichen Beeinträchtigung muss ein Aachener Aphasie-Test oder ein ähnlicher, anerkannter Test verwendet werden.

d) Gebrauch der Arme

Die versicherte Person ist

- mit einem der beiden Arme nicht in der Lage, diesen auf Schulterhöhe zu heben und dort 10 Sekunden zu halten oder
- nicht in der Lage, beide Hände gleichzeitig hinter den Kopf zu bewegen und den Nacken zu berühren (Nackengriff).

e) Gebrauch der Hände

Die versicherte Person ist nicht in der Lage,
- mit einer der beiden Hände eine in ein gedübeltes Loch angesetzte 6 x 50 Millimeter Schraube vollständig hinein- und wieder herauszudrehen oder
- mit einer der beiden Hände eine geöffnete Flasche mit Schraubverschluss zu schließen und wieder aufzudrehen oder
- mit einer der beiden Hände 5 Wörter mit jeweils 10 Buchstaben auf einer Tastatur oder einem Touchscreen zu tippen oder
- mit ihrer bisher zum Schreiben verwendeten Hand 5 Wörter auf Papier zu schreiben, die für eine unbeteiligte dritte Person lesbar sind. Die Wörter haben jeweils 10 Buchstaben.

Geeignete Hilfsmittel nach Absatz (1) sind beispielsweise ergonomisch geformte Computertastaturen.

f) Heben und Tragen

Die versicherte Person ist mit keinem Arm in der Lage, einen 2 Kilogramm schweren Gegenstand von einem Tisch zu heben und 5 Meter weit zu tragen.

g) Stehen

Die versicherte Person ist nicht in der Lage, 10 Minuten wie folgt zu stehen:
- frei und ohne sich abzustützen
- barfuß auf einem festen ebenen Untergrund

Die Notwendigkeit, die Körperhaltung durch Gewichtsverlagerungen von einem auf das andere Bein zu verändern, gilt nicht als Verlust der Grundfähigkeit.

Geeignete Hilfsmittel nach Absatz (1) sind beispielsweise Prothesen, Orthesen oder Stützbandagen.

h) Gehen

Die versicherte Person ist nicht in der Lage, auf einem ebenen und asphaltierten Bürgersteig 400 Meter zurückzulegen. Die Notwendigkeit, eine oder mehrere Pausen einzulegen, gilt nicht als Verlust der Grundfähigkeit. Jedoch darf die Dauer der Pausen insgesamt eine Minute nicht überschreiten.

Geeignete Hilfsmittel nach Absatz (1) sind beispielsweise Prothesen, Orthesen oder Stützbandagen. Auf einen Rollator oder Unterarmgehstützen als geeignetes Hilfsmittel bestehen wir nicht.

i) Treppensteigen

Die versicherte Person ist nicht in der Lage, eine Treppe unter Verwendung des Geländers hinauf- und wieder hinabzusteigen.
Die Treppe erfüllt folgende Voraussetzungen:
- Die Treppe besteht aus 12 Treppenstufen.
- Die Treppenstufen haben eine maximale Höhe von 20 Zentimetern.

Die Notwendigkeit, eine oder mehrere Pausen einzulegen, gilt nicht als Verlust der Grundfähigkeit. Jedoch darf die Dauer der Pausen insgesamt eine Minute nicht überschreiten.

Geeignete Hilfsmittel nach Absatz (1) sind beispielsweise ein Gehstock, Prothesen oder Orthesen.

j) Knien und Bücken

Die versicherte Person ist nicht in der Lage, sich aus eigener Kraft
- mit beiden Knien auf einen festen ebenen Untergrund zu knien und anschließend wieder aufzurichten oder
- mit gebeugten oder gestreckten Knien zu bücken und anschließend wieder aufzurichten, um einen auf dem Boden liegenden Bleistift aufzuheben.

Geeignete Hilfsmittel nach Absatz (1) sind beispielsweise Prothesen, Orthesen oder Stützbandagen. Auf Hilfsmittel, die den Gebrauch der Arme voraussetzen, bestehen wir nicht.

(3) Verlust mehrerer Grundfähigkeiten

Auch beim Verlust mehrerer Grundfähigkeiten zahlen wir die Berufsunfähigkeitsrente nur in einfacher Höhe.

§ 5 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt mit dem Vertragsabschluss, frühestens jedoch zum vereinbarten Versicherungsbeginn. Dieser ist im Versicherungsschein dokumentiert. Bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Einlösungsbeitrages (siehe § 16 Absatz (2)) kann unsere Leistungspflicht entfallen (siehe § 17).

§ 6 Wann beginnen und enden unsere Leistungen bei Berufsunfähigkeit?

Beginn der Leistungen bei Berufsunfähigkeit

(1) Entstehung des Anspruchs

Der Anspruch auf Leistungen bei Berufsunfähigkeit entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Das bedeutet, dass wir für den nachgewiesenen Zeitraum der Berufsunfähigkeit auch rückwirkend leisten. Bitte beachten Sie, dass es hierzu **Einschränkungen** gibt, wenn Sie mit uns
- einen Ausschluss rückwirkende Anerkennung nach Absatz (3) oder
- eine Karenzzeit nach Absatz (4)

vereinbart haben.

Sie müssen uns die Berufsunfähigkeit der versicherten Person in Textform mitteilen.

(2) Befreiung von der Beitragszahlungspflicht

Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge weiterzahlen. Wir werden Ihnen diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen.

Auf Ihren Wunsch hin werden wir Ihnen bis zur endgültigen Entscheidung über unsere Leistungspflicht fällig werdende Beiträge zinslos stunden.
Die gestundeten Beiträge sind zinsfrei nachzuzahlen, wenn unsere Prüfung ergeben hat, dass die versicherte Person nicht berufsunfähig ist. Auf Nachfrage werden wir Ihnen Vorschläge machen, wie diese Nachzahlung in Ihrem Fall erleichtert werden kann. Mögliche Vorschläge sind zum Beispiel:
- Ratenzahlung bis zu 12 Monate
- Verrechnung mit vorhandenen Überschüssen
- Herabsetzung der garantierten Berufsunfähigkeitsrente

(3) Ausschluss rückwirkende Anerkennung

Wenn Sie mit uns den Ausschluss der rückwirkenden Anerkennung vereinbart haben, beginnt der Anspruch auf Leistungen erst mit Ablauf des Monats, in dem Sie uns die Berufsunfähigkeit in Textform mitgeteilt haben. Melden Sie uns die Berufsunfähigkeit jedoch bereits innerhalb von 3 Monaten ab Eintritt, beginnt der Anspruch abweichend dazu bereits mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist.
Ging die Meldung ohne Ihr Verschulden verspätet ein, gilt sie als rechtzeitig erfolgt. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn Sie im Koma lagen.

(4) Karenzzeit

Wenn Sie mit uns eine Karenzzeit vereinbart haben, zahlen wir während der Karenzzeit keine Berufsunfähigkeitsrente. Beiträge müssen Sie während der Karenzzeit nicht zahlen.

Die Karenzzeit beginnt, sobald der Anspruch auf Leistungen entsteht. Bitte beachten Sie hierzu die Absätze (1) und (3). Die Karenzzeit endet mit dem Ablauf der vereinbarten Dauer. Voraussetzung hierfür ist, dass die versicherte Person vom Beginn bis zum Ablauf der Karenzzeit ununterbrochen berufsunfähig war.

Nach Ablauf der Karenzzeit zahlen wir die Berufsunfähigkeitsrente.

Zurückgelegte Karenzzeiten aus vorherigen Berufsunfähigkeiten werden angerechnet.

Ende der Leistungen bei Berufsunfähigkeit

(5) Ende des Anspruchs

Der Anspruch auf Leistungen bei Berufsunfähigkeit endet,
- wenn die versicherte Person nicht mehr berufsunfähig nach § 2 bis § 4 ist oder
- wenn die versicherte Person stirbt oder
- bei Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer.

II. Überschussbeteiligung

§ 7 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

(1) Überschussbeteiligung

Bei Vertragsabschluss garantieren wir Versicherungsleistungen für viele Jahre. Deshalb müssen wir vorsichtig kalkulieren. Dadurch entstehen in der Regel Überschüsse. Wir beteiligen Sie gemäß § 153 VVG an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung).

Nachfolgend erläutern wir Ihnen
- wie Überschüsse allgemein entstehen und wie wir diese verwenden.
- wie wir Ihren Vertrag am Überschuss beteiligen.
- wie Bewertungsreserven entstehen.
- wie wir Ihrem Vertrag Bewertungsreserven zuordnen.

Die Höhe der Überschussbeteiligung ist nicht vorhersehbar. Sie hängt von vielen Faktoren ab und kann von uns nur begrenzt beeinflusst werden. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann daher nicht garantiert werden. **Sie kann auch 0 EUR betragen.**
Die Höhe der Überschüsse und Bewertungsreserven veröffentlichen wir jährlich in unserem Geschäftsbericht.

(2) Allgemeine Entstehung und Verwendung von Überschüssen

Den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens nennen wir Rohüberschuss. Diesen ermitteln wir nach handels- und aufsichtsrechtlichen Vorschriften. Der Rohüberschuss entsteht aus folgenden 3 Quellen:
- Kapitalerträge
- Risikoergebnis
  Risikoüberschüsse entstehen beispielsweise, wenn unsere erbrachten Leistungen bei Berufsunfähigkeit geringer sind als bei der Tarifkalkulation angenommen.
- Übriges Ergebnis
  Überschüsse entstehen hier, wenn beispielsweise die angefallenen Kosten niedriger sind als bei der Tarifkalkulation angenommen.

Wir beteiligen die Gemeinschaft der Versicherungsnehmer an diesen Überschüssen. Dabei beachten wir die aufsichtsrechtlichen Vorgaben, insbesondere die MindZV in der jeweils geltenden Fassung.

Den für die Versicherungsnehmer bestimmten Überschuss können wir
- als Direktgutschrift unmittelbar den überschussberechtigten Verträgen gutschreiben oder
- der Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) zuführen.

Sinn der RfB ist es, Schwankungen über die Jahre auszugleichen. Die RfB darf von uns grundsätzlich nur für die Überschussanteile der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in gesetzlich festgelegten Ausnahmefällen dürfen wir hiervon mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde abweichen (§ 140 Absatz 1 VAG).

Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrages am Überschuss ergeben sich aus der Zuführung zur RfB nicht.

(3) Jährliche Festlegung der Höhe der Überschussanteile

Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir fassen deshalb gleichartige Versicherungen zu Bestandsgruppen zusammen. Zum Beispiel ordnen wir Berufsunfähigkeitsversicherungen einer anderen Bestandsgruppe zu als Rentenversicherungen. Wir unterscheiden hierbei zwischen Einzelversicherungen und Kollektivversicherungen mit Tarifzusatz „K“.

Innerhalb einer Bestandsgruppe können wir weitere Überschussgruppen bilden, um ähnliche Risiken zusammenzufassen.

Die Verteilung der Überschüsse auf die Überschussgruppen nehmen wir nach einem verursachungsorientierten Verfahren vor. Dabei richten wir uns danach, in welchem Umfang die jeweilige Überschussgruppe zur Entstehung der Überschüsse beigetragen hat.

Der Vorstand legt jedes Jahr auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars Überschussanteilsätze für alle Überschussgruppen fest. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten werden diese der RfB entnommen.

Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht oder teilen sie Ihnen in der Jahresinformation mit. Den Überschussanteil teilen wir Ihnen jährlich laufend zu, erstmals bei Versicherungsbeginn.

(4) Überschussanteile vor Eintritt der Berufsunfähigkeit

Die Überschussanteile bemessen sich in Prozent des überschussberechtigten Beitrages.
Der überschussberechtigte Beitrag wird dabei wie folgt ermittelt: Grundsätzlich entspricht der überschussberechtigte Beitrag dem Jahresbeitrag abzüglich Stückkosten. Ist die Beitragszahlungsdauer kürzer als die Versicherungsdauer, dann gilt: Der überschussberechtigte Beitrag entspricht dem aktuellen Jahresbeitrag abzüglich Stückkosten, multipliziert mit der Beitragszahlungsdauer, geteilt durch die Versicherungsdauer und aufgezinst mit dem Rechnungszins um die Anzahl der Jahre vom Ablauf der Beitragszahlungsdauer bis zum Ablauf der Versicherungsdauer. Nach Ablauf der Beitragszahlungsdauer ersetzt die Summe der Jahresbeiträge den mit der Beitragszahlungsdauer multiplizierten aktuellen Jahresbeitrag.

Nach außerplanmäßiger Beitragsfreistellung Ihres Vertrages bemessen sich die Überschussanteile abweichend davon in Prozent des Risikobeitrages.

Die Verwendung der Überschussanteile erfolgt gemäß dem vereinbarten Überschuss-System:

- Beitragsverrechnung
  Die jährlichen Überschussanteile werden mit dem Beitrag verrechnet. Bei beitragsfreien Versicherungen werden die jährlichen Überschussanteile verzinslich angesammelt.
- Fondsanlage
  Die jährlichen Überschussanteile werden am Ende des Versicherungsjahres in Fondsanteile des vereinbarten Fonds umgewandelt und zu einem Fondsguthaben angesammelt. Einzelheiten zur Entwicklung und Berechnung des Werts des Fondsguthabens entnehmen Sie bitte § 8.

  Das erreichte Fondsguthaben werden wir ausschließlich bei
  - Eintritt des Versicherungsfalls oder
  - Kündigung oder Beitragsfreistellung der Versicherung oder
  - Tod der versicherten Person oder
  - Ablauf der Versicherungsdauer

  auszahlen. Auszahlungen erbringen wir als Geldleistung.

Während der Vertragslaufzeit ist ein Wechsel zwischen den Überschuss-Systemen jeweils zum Ende der Versicherungsperiode möglich.

(5) Überschussanteile nach Eintritt der Berufsunfähigkeit

Wenn Anspruch auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit besteht, ordnen wir Ihrem Vertrag jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres Überschussanteile zu. Diese bemessen sich in Prozent der Vorjahresrente.

Wir verwenden diese Überschussanteile für eine jährliche Rentenerhöhung zum Versicherungsjahrestag. Die erste Rentenerhöhung erfolgt, wenn mindestens für ein Jahr Anspruch auf Leistungen bestanden hat. Die so erreichte Gesamt-Rente ist bis zum Ende der Berufsunfähigkeit garantiert. Danach entfällt die Rente aus der Überschussbeteiligung.

(6) Entstehung und Zuordnung von Bewertungsreserven

Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem handelsrechtlichen Buchwert liegt. Marktwerte können sich laufend ändern. Deshalb ermitteln wir die Bewertungsreserven mindestens einmal im Monat neu. Dabei erfolgt die Bewertung auf Basis des letzten Arbeitstages des Vormonats.
Aufgrund gesetzlicher Vorschriften ist nur ein Teil dieser Bewertungsreserven verteilungsfähig. Die verteilungsfähigen Bewertungsreserven ordnen wir nach einem verursachungsorientierten Verfahren monatlich den einzelnen Verträgen anteilig rechnerisch zu.

Sollten zwischen dem Bewertungsstichtag und dem Ende Ihres Vertrages unvorhergesehene Ereignisse eintreten, die sich auf die verteilungsfähigen Bewertungsreserven auswirken können, sind wir berechtigt, deren Höhe neu zu ermitteln.

(7) Beteiligung an den Bewertungsreserven für Ihren Vertrag

Wir beteiligen Ihren Vertrag an den Bewertungsreserven

- bei Beendigung Ihres Vertrages, falls wir zu diesem Zeitpunkt keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erbringen oder
- bei Entstehung eines Anspruchs auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit.

Dies erfolgt gemäß den gesetzlichen Regelungen. Derzeit sieht § 153 Absatz 3 VVG eine Zuteilung in Höhe der Hälfte der zugeordneten Bewertungsreserven vor.

Während wir Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erbringen, erfolgt die Beteiligung an den Bewertungsreserven durch angemessen erhöhte Überschussanteile. Hierzu wird bei der Festlegung der Überschussanteilsätze insbesondere die aktuelle Situation der Bewertungsreserven berücksichtigt.
Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt. Weitere Informationen zu Ihrer Beteiligung an den Bewertungsreserven entnehmen Sie bitte unserem Geschäftsbericht.

§ 8 Welche Besonderheiten hat das Überschuss-System Fondsanlage?

(1) Entwicklung von Fondsguthaben

Die Entwicklung der Werte von Fonds ist nicht vorhersehbar. Deshalb können wir die Höhe des Fondsguthabens nicht garantieren. Sie haben die Chance, insbesondere bei Kurssteigerungen der Fonds einen Wertzuwachs zu erzielen. Bei Kursrückgängen tragen Sie das Risiko der Wertminderung. Das bedeutet, dass das Fondsguthaben je nach Fondsentwicklung höher oder niedriger sein wird.

(2) Ermittlung des Wertes Ihres Fondsguthabens

Der Wert eines Fondsanteils wird als Rücknahmepreis bezeichnet. Er wird dadurch ermittelt, dass der Geldwert des Fonds durch die Anzahl der zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Fondsanteile geteilt wird. Der Rücknahmepreis wird zu jedem Börsentag bestimmt. Deshalb ist wichtig, zu welchem Stichtag der Wert für Ihren Vertrag jeweils ermittelt wird.

Den EUR-Wert Ihres Fondsguthabens ermitteln wir, indem wir die Anzahl der Fondsanteile Ihrer Versicherung mit dem Rücknahmepreis der Fondsanteile multiplizieren. Dabei legen wir die nachfolgend beschriebenen Stichtage zugrunde:

- Erwerb von Fondsanteilen aus Überschüssen
  Diesen Stichtag legen wir zwischen dem ersten Börsentag des Monats vor dem Zuweisungstermin und dem Zuweisungstermin fest.
- Eintritt des Versicherungsfalls
  Stichtag ist der Termin der Entstehung des Anspruchs auf Leistung (siehe § 6 Absatz (1)). Wurde der Anspruch nach diesem Termin gemeldet, dann ist das Meldedatum der Stichtag.
- Kündigung oder Beitragsfreistellung
  Stichtag ist der auf den Tag des Eingangs der Meldung folgende Tag, frühestens jedoch der letzte Börsentag des Monats vor dem Kündigungs- oder Beitragsfreistellungstermin.
- Tod der versicherten Person
  Stichtag ist der auf den Tag des Eingangs der Todesfallmeldung folgende Tag.
- Ablauf der Versicherungsdauer
  Stichtag ist der letzte Börsentag des Vormonats vor dem Ablauftermin.

Ist der Stichtag kein Börsentag, so wird als Stichtag der darauffolgende Börsentag verwendet.

(3) Regelung für Ausnahmefälle

Es kann in Ausnahmefällen vorkommen, dass zum Stichtag eine Feststellung der Rücknahmepreise oder eine Rücknahme der Fondsanteile nicht möglich ist. Für solche Fälle behalten wir uns vor, die Festlegung der Rücknahmepreise zum nächstmöglichen Zeitpunkt vorzunehmen. Auszahlungen aus betroffenen Fondsanteilen werden dann erst entsprechend später fällig.

Alternativ können wir den Wert der Fondsanteile anhand des aktuellen Preises am Kapitalmarkt bestimmen und diesen Wert anstelle des Rücknahmepreises zugrunde legen. Wünschen Sie keine Bewertung Ihres Fondsguthabens anhand des aktuellen Preises am Kapitalmarkt, können Sie auch verlangen, dass wir die betreffenden Fondsanteile auf ein Depot Ihrer Wahl übertragen.

Diese Maßnahmen erfolgen unverzüglich durch uns unter Wahrung der Interessen aller Versicherungsnehmer.

Was geschieht, wenn ein Fonds geschlossen oder aufgelöst wird?

(4) Veranlassung durch Kapitalverwaltungsgesellschaft

Es kann passieren, dass durch die mit der Verwaltung des Fonds beauftragte Kapitalverwaltungsgesellschaft
- ein Fonds geschlossen wird oder
- ein Fonds mit anderen Fonds verschmolzen wird oder
- der An- beziehungsweise Verkauf von Fondsanteilen eingestellt oder eingeschränkt wird.

Wir sind dann berechtigt, einen Ersatzfonds nach Absatz (6) zu bestimmen.

(5) Veranlassung durch uns

Wir können, wenn der Verantwortliche Aktuar dies vorschlägt, einen Fonds aus dem Fondsangebot streichen oder durch einen anderen Fonds ersetzen. Hierzu sind wir nur berechtigt, wenn wir an dieser Maßnahme ein schutzwürdiges Interesse haben und die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt werden. Mögliche Beispiele für schutzwürdiges Interesse sind die Folgenden:
- Die gesetzlichen oder aufsichtsrechtlichen Rahmenbedingungen bezüglich des Kaufs, Verkaufs oder Haltens von Fondsanteilen ändern sich.
- Die vertragliche Grundlage zwischen uns und der Kapitalverwaltungsgesellschaft hat sich nachhaltig verändert.

Ebenso sind wir berechtigt, einen Fonds aus dem Fondsangebot herauszunehmen oder durch einen anderen Fonds zu ersetzen, wenn der Fonds die Anlagegrundsätze, das ursprüngliche Risikoprofil oder unsere Qualitätskriterien nicht mehr erfüllt. Dies kann beispielsweise in folgenden Situationen der Fall sein:
- Die Fondsperformance eines Fonds unterschreitet den Marktdurchschnitt erheblich oder das Rating des Fonds verschlechtert sich oder entfällt.
- Das von uns verwaltete Volumen eines Fonds beträgt länger als 2 Jahre weniger als 1.000.000 EUR.
- Wir werden durch die nachträgliche Erhebung oder Erhöhung von Kosten beim Fondskauf oder Fondsverkauf belastet.

(6) Ersatzfonds

Falls ein Ereignis im Sinne der Absätze (4) oder (5) eintritt, sind wir berechtigt, für den Neuerwerb von Fondsanteilen einen Ersatzfonds zu bestimmen. Dabei wählen wir einen Ersatzfonds aus, der in seiner Zusammensetzung dem Anlageprofil des bisherigen Fonds weitgehend entspricht.
Wir werden Sie hierüber informieren und Sie erhalten über den neuen Fonds ausführliche Informationen.

Die erforderlichen Maßnahmen erfolgen unverzüglich durch uns unter Wahrung der Interessen aller Versicherungsnehmer.

(7) Regelung für Ausnahmefälle

Es kann in Ausnahmefällen vorkommen, dass eine Rücknahme der Fondsanteile nicht möglich ist. Dann können wir auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars den Wert der zu übertragenden Fondsanteile anhand des aktuellen Preises am Kapitalmarkt bestimmen und diesen Wert anstelle des Rücknahmepreises zugrunde legen. Hierzu sind wir nur berechtigt, wenn wir an dieser Maßnahme ein schutzwürdiges Interesse haben und die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt werden. Wünschen Sie keine Bewertung Ihres Fondsguthabens anhand des aktuellen Preises am Kapitalmarkt, können Sie auch verlangen, dass wir die betreffenden Fondsanteile auf ein Depot Ihrer Wahl übertragen.

III. Leistungsauszahlung

§ 9 Was ist von Ihnen zu beachten, wenn Sie Leistungen beantragen?

(1) Nachweispflicht

Werden Leistungen aus dieser Versicherung verlangt, müssen Sie uns Auskunft erteilen und erforderliche Nachweise in deutscher Sprache vorlegen. Die Beschaffung muss Ihnen zumutbar sein. Hierbei entstehende Kosten hat der Anspruchserhebende zu tragen.

(2) Erforderliche Nachweise

Für die Prüfung der Berufsunfähigkeit müssen Sie uns immer alle folgenden Nachweise einreichen:

a) Einen Nachweis über den Tag der Geburt der versicherten Person.

b) Eine Darstellung über die Ursache sowie den Verlauf der Berufsunfähigkeit.

c) Ausführliche Berichte der Ärzte und sonstiger Behandler, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln beziehungsweise behandelt oder untersucht haben, mit Auskunft über folgende Punkte:
   - Ursache des Leidens
   - Beginn des Leidens
   - Art des Leidens
   - Verlauf des Leidens
   - Voraussichtliche Dauer des Leidens
   - Grad der Berufsunfähigkeit oder Pflegegrad

d) Folgende Unterlagen über die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit der versicherten Person:
   - Beschreibung der Tätigkeit
   - Unterlagen zu Stellung und Tätigkeit zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit
   - Beschreibung der eingetretenen Veränderungen
   - Unterlagen über das Einkommen
     Zum Beispiel Gehaltsnachweise, Gewinn- und Verlustrechnungen und betriebswirtschaftliche Unterlagen.
   - Falls vorhanden: Rentenbescheide
     Beispielsweise von der Deutschen Rentenversicherung, von Versorgungswerken oder Berufsgenossenschaften.

e) Eine Aufstellung
   - der Ärzte, Heilpraktiker, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war, ist oder voraussichtlich sein wird.
   - der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger oder sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, sonstiger Invalidität oder Pflegebedürftigkeit geltend machen könnte.
   - über derzeitige und frühere Arbeitgeber der versicherten Person.

f) Bei Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit das für die soziale Pflege oder private Pflegepflichtversicherung erstellte Gutachten sowie die Leistungszusage der sozialen Pflege- oder privaten Pflegepflichtversicherung.
   Wird die Pflegebedürftigkeit über die Aktivitäten des täglichen Lebens geprüft, ist zusätzlich eine Bescheinigung über Art und Umfang der Pflege erforderlich. Diese muss von der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege der versicherten Person betraut ist, ausgestellt sein.

g) Bei Berufsunfähigkeit wegen Infektionsgefahr die Benennung der gesetzlichen Vorschrift oder einen beglaubigten Nachweis der behördlichen Verfügung über das Verbot, die bisherige berufliche Tätigkeit fortzuführen.

h) Bei Berufsunfähigkeit wegen Erwerbsminderung den Bescheid der Deutschen Rentenversicherung über die unbefristete Rente wegen voller Erwerbsminderung.

i) Bei Berufsunfähigkeit wegen Krebserkrankung einen onkologischen Facharztbericht. Dieser muss Folgendes enthalten:
   - Zeitpunkt der Erstdiagnose
   - Art und Ausbreitung der Krebserkrankung mit Angabe des Krankheitsstadiums
   - Ursache und Verlauf der Krebserkrankung
   - Behandlungs- oder Therapieplan

Bitte beachten Sie auch die weiteren Auskunftspflichten aufgrund gesetzlicher Regelungen nach § 28.

(3) Weitere Nachweise auf unsere Kosten

Wir können außerdem auf unsere Kosten weitere Nachweise und Auskünfte verlangen:
- Ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte
  Hierbei werden die Kosten der Bahnfahrt 2. Klasse falls erforderlich von uns übernommen.
- Nachweise über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen
- Zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen
  Das sind beispielsweise Krankenkassenauskünfte, Arbeitszeugnisse oder Umschulungsbescheide.

Dies gilt auch für den Zeitraum, zu dem wir im Antrag Fragen zum Gesundheitszustand der versicherten Person gestellt haben.

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 Kosten der Untersuchungen.
- die Kosten der Bahnfahrt 2. Klasse beziehungsweise Flugkosten für Flüge in der Economyklasse falls erforderlich.
- die Übernachtungskosten bis zu einem Betrag von 100 EUR pro Übernachtung falls erforderlich.

Auf Untersuchungen in Deutschland können wir verzichten, wenn diese Untersuchungen vor Ort nach den von uns in Deutschland angewendeten Grundsätzen erfolgen.

(4) Ärztliche Anordnungen

Die versicherte Person muss nicht jede von einem Arzt angeordnete Maßnahme befolgen. Sie kann beispielsweise Operationen ablehnen. Dies steht einer Anerkennung unserer Leistungspflicht nicht entgegen.

Die versicherte Person ist jedoch verpflichtet, zumutbaren Empfehlungen ihrer Ärzte zur Besserung ihrer gesundheitlichen Verhältnisse zu folgen.

Maßnahmen sind zumutbar, wenn sie alle folgenden Voraussetzungen erfüllen:
- Sie sind gefahrlos.
- Sie sind nicht mit besonderen Schmerzen verbunden.
- Sie bieten sichere Aussicht auf Besserung des Gesamtzustandes.

Dabei handelt es sich beispielsweise um Maßnahmen wie die Verwendung von orthopädischen oder anderen Heil- und Hilfsmitteln (beispielsweise das Tragen von Prothesen, Verwendung von Seh- und Hörhilfen), die Durchführung von logopädischen Maßnahmen, Psychotherapie oder das Tragen von Stützstrümpfen.

§ 10 Welche Unterstützung können Sie in Anspruch nehmen?

Wir unterstützen und beraten Sie während der gesamten Laufzeit des Vertrages. Dies gilt insbesondere, wenn Sie Leistungen beantragen. Wir sind gerne auch telefonisch für Sie da. Dabei können Sie beispielsweise Fragen zu den Leistungen Ihrer Versicherung, zur Beantragung von Leistungen oder zur Prüfung unserer Leistungspflicht klären. Gerne geben wir Ihnen Auskunft zu den erforderlichen Unterlagen, angeforderten Nachweisen sowie über die Beschreibung der beruflichen Tätigkeit.
Wenn Sie es wünschen, beraten wir Sie über Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation und beruflichen Wiedereingliederung. Zusätzlich prüfen wir auf Ihren Wunsch hin, ob wir uns an den Kosten von solchen Maßnahmen beteiligen.

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

(1) Erklärung binnen 10 Arbeitstagen

Wenn Sie Leistungen beantragen, informieren wir Sie innerhalb von 10 Arbeitstagen, falls noch Unterlagen fehlen. Solange Sie uns noch nicht alle Auskünfte und Nachweise gemäß § 9 gegeben haben, informieren wir Sie alle 4 Wochen über den aktuellen Bearbeitungsstand.

Nach Eingang aller Auskünfte und Nachweise entscheiden wir innerhalb von 10 Arbeitstagen, ob, in welchem Umfang und für welchen Zeitraum wir leisten. Falls wir hierfür länger benötigen und Ihnen dadurch ein nachgewiesener Schaden entsteht, werden wir diesen ersetzen.

(2) Einmalige Befristung der Leistungszusage

Grundsätzlich erfolgt die Entscheidung über unsere Leistungspflicht unbefristet.

In Ausnahmefällen ist eine einmalige Befristung zulässig, wenn wichtige Gründe vorliegen. Die Befristung darf 12 Monate ab dem Zeitpunkt unserer Anerkennung der Leistungspflicht nicht überschreiten. Danach entscheiden wir, ob wir unsere Leistungspflicht unbefristet anerkennen.

Folgende Beispiele können wichtige Gründe darstellen:
- Eine Feststellung der Berufsunfähigkeit konnte aufgrund fehlender Untersuchungen oder Begutachtungen noch nicht abschließend erfolgen.
- Ein Ende der Berufsunfähigkeit ist zu erwarten, beispielsweise aufgrund des Ausheilens von Unfallfolgen oder betrieblicher Umorganisation.

Die Anerkennung der Leistungspflicht ist bis zum Ablauf der Frist für uns bindend. Während dieses Zeitraums findet keine Nachprüfung nach § 12 statt. Wenn uns nachgewiesen wird, dass die Voraussetzungen für eine unbefristete Anerkennung vorliegen, werden wir diese auch vor Ablauf der Frist erklären.

§ 12 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

(1) Nachprüfung

Wir dürfen nach Beginn unserer Leistungspflicht regelmäßig nachprüfen, ob die versicherte Person noch berufsunfähig nach § 2 bis § 4 ist.

Dabei können wir auch erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere berufliche Tätigkeit nach § 2 ausübt, mit der die in der bisher ausgeübten Tätigkeit erreichte Lebensstellung gewahrt wird. Hierbei berücksichtigen wir neu erworbene berufliche Fähigkeiten, beispielsweise durch eine Umschulung.

(2) Mitwirkungspflicht

Die Aufnahme oder Änderung einer beruflichen Tätigkeit der versicherten Person müssen Sie uns unaufgefordert mitteilen.

Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person verlangen. Hierunter fallen insbesondere Unterlagen über das Einkommen und betriebswirtschaftliche Unterlagen der letzten 3 Jahre sowie medizinische Unterlagen. Wir dürfen dazu Ärzte unserer Wahl beauftragen. Dabei anfallende Kosten übernehmen wir. Die Bestimmungen nach § 9 Absatz (3) gelten entsprechend. **Wenn Sie diese Mitwirkungspflicht verletzen, kann das dazu führen, dass wir nicht leisten**. Näheres hierzu finden Sie in § 30.

(3) Leistungsfreiheit

Wenn wir feststellen, dass keine Berufsunfähigkeit nach § 2 bis § 4 mehr vorliegt, teilen wir Ihnen diese Veränderung in Textform mit. Dann können wir unsere Leistungen mit Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung einstellen. Ab diesem Zeitpunkt müssen Sie auch die Beiträge wieder zahlen, sofern die Beitragszahlungsdauer noch nicht abgelaufen ist.

§ 13 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

(1) Übermittlung in Textform

Wir können Ihnen den Versicherungsschein in Textform übermitteln. Stellen wir diesen als Dokument in Papierform aus, liegt eine Urkunde vor. Sie können die Ausstellung als Urkunde verlangen.

(2) Rechte des Inhabers

Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen. Das gilt besonders dafür, Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.

§ 14 Wer erhält die Versicherungsleistung?

(1) Festlegung Bezugsrecht

Als Versicherungsnehmer legen Sie bei Vertragsabschluss fest, wer die Leistungen erhalten soll. Wenn Sie uns eine andere Person benennen, ist diese bezugsberechtigt. Bei der Festlegung des Bezugsrechts sind die Vorschriften des Versicherungsteuergesetzes bezüglich der Steuerfreiheit der Beiträge zu dieser Versicherung zu berücksichtigen. Ist nicht die versicherte Person bezugsberechtigt, so können wir weitere Unterlagen oder Nachweise anfordern. Diese benötigen wir, um zu prüfen, ob die Beiträge steuerfrei sind. Eine Änderung des Bezugsrechts nach Absatz (2) oder (3) ist nur wirksam, wenn wir Ihnen dies in Textform bestätigt haben. Durch den Wechsel des Bezugsrechts kann sich der Beitrag zu dieser Versicherung um die dann fällig werdende Versicherungsteuer erhöhen.

(2) Widerrufliches Bezugsrecht

Wenn Sie ein Bezugsrecht widerruflich festlegen, erwirbt der Bezugsberechtigte das Recht auf die Leistung jeweils mit der Fälligkeit der Leistung. Sie können das Bezugsrecht für zukünftige Leistungen jederzeit ändern. Wir können die Zustimmung der versicherten Person dafür verlangen.

(3) Unwiderrufliches Bezugsrecht

Sie können ausdrücklich festlegen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich das Recht auf die Leistung erhält. Sobald uns Ihre Festlegung zugegangen ist, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des unwiderruflich Bezugsberechtigten geändert werden. Wir können zusätzlich die Zustimmung der versicherten Person dafür verlangen.

(4) Abtretung und Verpfändung

Ansprüche aus dieser Versicherung können weder abgetreten noch verpfändet werden.

(5) Anzeige

Die Einräumung und den Widerruf eines Bezugsrechts müssen Sie uns in Textform mitteilen. Besteht ein unwiderrufliches Bezugsrecht, so benötigen wir auch die Zustimmung des bisher unwiderruflich Bezugsberechtigten in Textform. Zusätzlich können wir die Zustimmung der versicherten Person in Textform verlangen.
Für die nachträgliche Eintragung oder Änderung eines Bezugsberechtigten können wir Kosten erheben. Wir bieten Ihnen jedoch immer eine kostenfreie Möglichkeit an. Näheres hierzu wird in der Kostenübersicht zu den Versicherungsbedingungen geregelt.

§ 15 Was gilt für die Verjährung von Ansprüchen?

(1) Verjährungsfristen

Fällige Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag verjähren gemäß § 195 BGB in 3 Jahren. Die Frist beginnt gemäß § 199 BGB mit dem Schluss des Jahres, in dem die entsprechenden Ansprüche entstanden sind und Sie Kenntnis hiervon erlangen oder ohne grobe Fahrlässigkeit hätten erlangen müssen. Die Ansprüche verjähren jedoch ohne Rücksicht auf Ihre Kenntnis oder eine grob fahrlässige Unkenntnis in 10 Jahren von ihrer jeweiligen Entstehung an.

(2) Besonderheit bei Leistungsprüfung

Wenn ein Antrag auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit in Textform gestellt wurde, ist die Verjährung gemäß § 203 BGB gehemmt. Dies gilt, solange wir unsere Leistungspflicht prüfen. Der Zeitraum zwischen der Stellung des Antrags bis zum Zugang unserer Entscheidung über die Leistungspflicht wird damit bei der Berechnung der Verjährungsfrist nicht berücksichtigt.

IV. Beitragszahlung

§ 16 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

(1) Zahlungsweise

Die Zahlungsweise der Beiträge können Sie monatlich, viertel-, halbjährlich oder jährlich mit uns vereinbaren.

(2) Fälligkeit der Beiträge

Den ersten Beitrag nennen wir Einlösungsbeitrag. Diesen müssen Sie unverzüglich nach Abschluss der Versicherung zahlen, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

Die Folgebeiträge werden jeweils zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.

(3) Übermittlung der Beiträge

Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

(4) Beitragsrückstände

Bei Fälligkeit einer Versicherungsleistung sowie bei Beitragsfreistellung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

(5) Einsteiger-Berufsunfähigkeitsversicherung

Bei einer Einsteiger-Berufsunfähigkeitsversicherung startet Ihre Versicherung mit einem reduzierten Anfangsbeitrag. Dieser wird in den ersten 10 Jahren jährlich erhöht. Das nennen wir Staffelphase. Nach dem Ende der Staffelphase bleibt Ihr Beitrag konstant. Die Höhe der Leistungen ändert sich dadurch nicht.

Sie können zu jeder Beitragsfälligkeit die Staffelphase vorzeitig beenden. Dazu vereinbaren Sie mit uns die Umstellung auf einen konstanten Beitrag. Die Höhe der Leistungen ändert sich dadurch nicht.

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

(1) Rechtzeitige Beitragszahlung

Sie haben den Beitrag rechtzeitig gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag (siehe § 16 Absatz (2)) alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht.

Ist die Einziehung des Beitrages von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig erfolgt, wenn alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
- Der Beitrag kann am Fälligkeitstag eingezogen werden.
- Sie widersprechen einer berechtigten Einziehung nicht.

Konnten wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn diese 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.

Einlösungsbeitrag

(2) Rücktrittsrecht

Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten. Das gilt, solange wir diesen Beitrag nicht erhalten haben. In diesem Fall können wir Kosten erheben. Die aktuelle Höhe der hierfür erhobenen Kosten können Sie der Kostenübersicht zu den Versicherungsbedingungen entnehmen. Wenn Sie uns nachweisen, dass Sie das Ausbleiben der Zahlung nicht zu vertreten haben, können wir nicht vom Vertrag zurücktreten.

(3) Leistungsfreiheit

Ist der erste Beitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Auf diese Rechtsfolge weisen wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein hin. Wenn Sie uns nachweisen, dass Sie das Ausbleiben der Zahlung nicht zu vertreten haben, sind wir zur Leistung verpflichtet.

Folgebeitrag

(4) Zahlungsfrist

Zahlen Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, können wir Ihnen gemäß § 38 VVG in Textform auf Ihre Kosten eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens 2 Wochen betragen.

(5) Wegfall des Versicherungsschutzes

Ihr Versicherungsschutz entfällt oder vermindert sich, wenn alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
- Es tritt ein Versicherungsfall nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist ein.
- Sie sind bei Eintritt des Versicherungsfalls mit der Zahlung noch in Verzug.
- Wir haben Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen.

(6) Kündigungsrecht

Nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
- Sie befinden sich noch immer mit den Beiträgen oder Zinsen in Verzug.
- Wir haben Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen.

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.

(7) Beitragsnachzahlung nach Wirksamkeit der Kündigung

Sie können den angeforderten Betrag auch dann noch nachzahlen, wenn unsere Kündigung wirksam geworden ist.

Die Nachzahlung kann nur
- innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder
- innerhalb eines Monats nach Fristablauf erfolgen, wenn die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden worden ist.

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

§ 18 Welche Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?

(1) Möglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten

Wenn Sie ihre Beiträge vorübergehend nicht zahlen können, bieten wir Ihnen folgende Möglichkeiten an:
- BU-Retter
- Stundung der Beiträge
- Befristete Beitragsfreistellung
- Reduzierung der Beiträge
- Wechsel des Überschuss-Systems

(2) BU-Retter

a) Vorübergehende Verringerung des Beitrages

Sie können eine vorübergehende Verringerung des Beitrages in folgenden Situationen beantragen:
- Arbeitslosigkeit
- Kurzarbeit
- Weiterbildung in Vollzeit
  Dies ist beispielsweise der Besuch einer Meisterschule.
- Mutterschutz und Elternzeit
- Nach Scheidung oder Tod des Ehepartners
  Die Beantragung muss innerhalb von 6 Monaten erfolgen.
- Pflegebedürftigkeit eines Kindes

Der verringerte Beitrag beträgt
- bei monatlicher Zahlungsweise 5 EUR.
- bei vierteljährlicher Zahlungsweise 15 EUR.
- bei halbjährlicher Zahlungsweise 30 EUR.
- bei jährlicher Zahlungsweise 60 EUR.

Ist das Überschuss-System Beitragsverrechnung vereinbart, reduziert sich der zu zahlende Beitrag um die Überschussbeteiligung.

Diese vorübergehende Verringerung des Beitrages bezeichnen wir als BU-Retter.

Sie können zu Beginn des BU-Retters bestimmen, ob der Zeitraum 1 Jahr, 2 Jahre oder 3 Jahre betragen soll. Sie können den BU-Retter mehrmals nutzen, insgesamt aber maximal für 3 Jahre.

b) Voraussetzungen für den BU-Retter

Einen Anspruch auf den BU-Retter haben Sie, wenn alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
- Sie erbringen einen Nachweis über einen der Umstände nach Absatz (2) a).
- Ihr Vertrag wurde vor dem 35. Geburtstag der versicherten Person abgeschlossen.
- Ihr Vertrag besteht beitragspflichtig seit mindestens 2 Jahren.
- Die Versicherungsdauer Ihres Vertrages ist mindestens bis zum 62. Geburtstag der versicherten Person vereinbart.
- Die verbleibende Beitragszahlungsdauer Ihres Vertrages beträgt noch mindestens 12 Jahre.
- Bei der Einsteiger-Berufsunfähigkeitsversicherung muss die Staffelphase bereits beendet sein.

Sollten die Voraussetzungen nicht alle erfüllt sein, prüfen wir gerne individuell Ihre Möglichkeiten.

c) Anpassung Berufsunfähigkeitsrente durch BU-Retter

Durch den BU-Retter verringert sich die garantierte Berufsunfähigkeitsrente. Haben Sie bis dahin keine Vertragsänderungen vorgenommen, beträgt die reduzierte Rente mindestens 70 % und bis zu 95 % der zuvor garantierten Rente. Die Durchführung einer vereinbarten planmäßigen Erhöhung der Beiträge und Leistungen ist keine Vertragsänderung in diesem Sinne.

Wir berechnen die verringerte Berufsunfähigkeitsrente nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation. Dabei berücksichtigen wir den vorübergehend reduzierten Beitrag und die anschließende Wiedererhöhung auf den zuvor gezahlten Beitrag. Die für Sie individuell berechnete neue Höhe der Rente teilen wir Ihnen in einem Nachtrag zum Versicherungsschein mit.

Das vereinbarte Überschuss-System kann während der Dauer des BU-Retters nicht geändert werden.

d) Ende des BU-Retters

Nach dem Ende des BU-Retters wird Ihr Vertrag mit der reduzierten Berufsunfähigkeitsrente und dem Beitrag vor Beginn des BU-Retters weitergeführt. Eine erneute Gesundheitsprüfung ist nicht erforderlich.

Sie können die Beendigung des BU-Retters auch früher beantragen.

e) Recht auf Wiedererhöhung

Sie können eine Wiedererhöhung auf die zuvor garantierte Berufsunfähigkeitsrente beantragen. Dadurch erhöht sich der Beitrag.

Sie haben Anspruch auf die Wiedererhöhung ohne erneute Gesundheitsprüfung, wenn alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
- Die Beantragung erfolgt innerhalb von 6 Monaten nach Ende des BU-Retters.
- Es wurden keine Leistungen aus diesem Vertrag beantragt oder erbracht.
- Es ist bei der versicherten Person bisher keine Berufsunfähigkeit, sonstige Invalidität oder Pflegebedürftigkeit eingetreten und es wurden auch keine derartigen Leistungen beantragt.
- Die versicherte Person bezieht kein Krankengeld aus der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung und ist weder arbeitsunfähig noch schul- oder studierunfähig.

(3) Stundung der Beiträge

Sie können eine Stundung der Beiträge für bis zu 12 Monate verlangen. Voraussetzung ist, dass die Beiträge für das erste Jahr gezahlt wurden. Bei mehrmaliger Beitragsstundung ist diese auf insgesamt 24 Monate begrenzt. Für die Stundung können wir zusätzlich zu den Stundungszinsen Kosten erheben. Die aktuelle Höhe der hierfür erhobenen Kosten können Sie der Kostenübersicht zu den Versicherungsbedingungen entnehmen. Der Versicherungsschutz bleibt während der Stundung in vollem Umfang bestehen.

Ihr Vertrag besteht ohne erneute Gesundheitsprüfung fort, wenn Sie nach Ablauf der Beitragsstundung die gestundeten Beiträge einschließlich der darauf entfallenen Zinsen nachzahlen. Die Zinsen für die Stundung betragen nach § 288 BGB derzeit 5 Prozentpunkte über dem Basiszinssatz nach § 247 BGB. Die Nachzahlung kann in einem Betrag erfolgen oder neben der laufenden Beitragszahlung in maximal 6 Monatsraten. Wenn Sie das Überschuss-System Fondsanlage gewählt haben, können Sie die gestundeten Beiträge auch durch Verrechnung mit dem vorhandenen Fondsguthaben tilgen.

(4) Befristete Beitragsfreistellung

Sie können eine befristete Beitragsfreistellung für bis zu 3 Jahre nach § 19 Absätze (1) und (2) beantragen. Voraussetzung ist, dass eine beitragsfreie garantierte jährliche Berufsunfähigkeitsrente von 600 EUR erreicht wird. Nach Ablauf der Befristung bieten wir Ihnen eine Wiederinkraftsetzung nach § 19 Absatz (4) an. Insbesondere verzichten wir dabei auf eine erneute Gesundheitsprüfung innerhalb von 6 Monaten ab Beitragsfreistellung. Bei einer späteren Wiederinkraftsetzung ist eine erneute Gesundheitsprüfung erforderlich.

(5) Reduzierung der Beiträge

Sie können die Reduzierung Ihrer Beiträge verlangen. Durch die Änderung Ihres Beitrages reduziert sich die Höhe Ihrer garantierten Berufsunfähigkeitsrente. Dies erfolgt im Sinne einer teilweisen Beitragsfreistellung nach § 19 Absätze (1) bis (4).

Dabei müssen alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:
- Es wird eine garantierte jährliche Berufsunfähigkeitsrente von 600 EUR erreicht.
- Es wird ein Mindestbeitrag von 20 EUR eingehalten.
- Bei einer Einsteiger-Berufsunfähigkeitsversicherung ist die Staffelphase beendet.

Hierfür können wir Kosten erheben. Wir bieten Ihnen jedoch immer eine kostenfreie Möglichkeit an. Näheres hierzu wird in der Kostenübersicht zu den Versicherungsbedingungen geregelt.

Sie können Ihre Versicherung bis zur Höhe des vor der Reduzierung geltenden Versicherungsschutzes wiedererhöhen. Dabei gelten die Regelungen der Wiederinkraftsetzung nach § 19 Absatz (4).

(6) Wechsel des Überschuss-Systems

Sie können zur Anpassung der Beiträge das Überschuss-System wechseln. Durch einen Wechsel vom Überschuss-System Fondsanlage in das der Beitragsverrechnung (siehe § 7 Absatz (4)) kann sich Ihr Beitrag reduzieren.

§ 19 Wann können Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen?

(1) Beitragsfreistellung

Sie können jederzeit zum Ende der Versicherungsperiode in Textform verlangen, zukünftig von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden.

In diesem Fall setzen wir die garantierte Berufsunfähigkeitsrente zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode auf eine beitragsfreie Rente herab, die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechnet wird. Der aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Rente zur Verfügung stehende Betrag (§ 165, § 169 VVG) mindert sich um einen Abzug.
Dieser Abzug beträgt 50 % des Betrages, der für die Bildung der herabgesetzten Leistung zur Verfügung steht. Die konkrete Höhe des Abzugs finden Sie in der Verlaufsdarstellung der garantierten Leistungen in Ihren vorvertraglichen Informationen sowie in Ihren Vertragsunterlagen.

Wenn Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung sind wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (siehe § 20) keine oder nur geringe Beträge zur Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen nur geringe oder keine Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente zur Verfügung. Nähere Informationen zur beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente und ihrer Höhe finden Sie in der Verlaufsdarstellung der garantierten Leistungen in Ihren vorvertraglichen Informationen sowie in Ihren Vertragsunterlagen.

Wenn Sie das Überschuss-System Fondsanlage mit uns vereinbart haben, wird das Fondsguthaben im beitragsfreien Vertrag weiter geführt. Alternativ können Sie bei vollständiger Beitragsfreistellung eine einmalige Auszahlung des Fondsguthabens zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung beantragen.

(2) Angemessenheit des Abzugs

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

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

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

Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, beispielsweise weil der in Ihrem konkreten Einzelfall ermittelte Abzug nur in geringerer Höhe angemessen ist, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er. Dies könnte beispielsweise sein, wenn die dem Abzug zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall dem Grunde nach nicht zutreffen.

(3) Mindestrente

Wenn die nach Absatz (1) berechnete beitragsfreie garantierte jährliche Berufsunfähigkeitsrente den Mindestbetrag von 600 EUR nicht erreicht, **endet der Vertrag**. Ein Rückkaufswert wird nicht fällig. Wir zahlen in diesem Fall
- vorhandene Überschussanteile. Das ist bei dem Überschuss-System Fondsanlage das vorhandene Fondsguthaben.
- die Beteiligung an den Bewertungsreserven, soweit solche vorhanden sind.

(4) Wiederinkraftsetzung des Versicherungsvertrages

Sie können eine beitragsfrei gestellte Versicherung bis zur Höhe des vor der Beitragsfreistellung geltenden Versicherungsschutzes beitragspflichtig weiterführen. Für diese Wiederinkraftsetzung entstehen Ihnen keine zusätzlichen Kosten. Für die Weiterführung des Vertrages müssen alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:
- Bei Beitragsfreistellung wurde die Mindestrente erreicht und der Vertrag wurde nicht beendet.
- Ein Versicherungsfall aus diesem Vertrag ist bislang nicht eingetreten.
- Seit Beginn der Beitragsfreistellung der Versicherung sind nicht mehr als 3 Jahre vergangen.
- Die Gesundheitsverhältnisse der versicherten Person zum Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung lassen es nach unseren Annahmerichtlinien zu, eine vergleichbare neue Versicherung abzuschließen. In den ersten 6 Monaten nach der Beitragsfreistellung verzichten wir auf eine erneute Gesundheitsprüfung.

Bei der Einsteiger-Berufsunfähigkeitsversicherung ist zusätzlich Folgendes zu beachten:
Erfolgt die Wiederinkraftsetzung während der Staffelphase, so wird diese fortgesetzt. Der bei Abschluss des Vertrages vereinbarte Endtermin der Staffelphase bleibt unverändert. Über den neuen Beitragsverlauf informieren wir Sie in Textform.
Eine Wiederinkraftsetzung nach der Staffelphase erfolgt mit einem konstanten Beitrag.

V. Kosten

§ 20 Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?

(1) Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten

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

Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören beispielsweise die Abschlussprovisionen für die Beratung durch den Vermittler sowie die Kosten für die Antragsprüfung und Vertragsausfertigung.

Zu den übrigen Kosten gehören insbesondere die Verwaltungskosten.

Die Höhe der Kosten können Sie dem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten entnehmen. Die dort angegebenen Kosten basieren auf der Annahme, dass Sie Ihre Versicherung, wie bei Abschluss des Vertrages vereinbart, fortführen. Durch Vertragsänderungen ändern sich die Kosten. Zum Beispiel erhöhen sich die Kosten bei einer Vertragsverlängerung und können sich bei einer Beitragsfreistellung verringern.

(2) Verrechnung der Kosten

Für Ihren Vertrag wenden wir das Verrechnungsverfahren nach § 4 DeckRV an. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen. Dies gilt nicht für den Teil der ersten Beiträge, der für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung einer Deckungsrückstellung bestimmt ist. Die auf diese Weise verrechneten Kosten sind nach der DeckRV auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu erbringenden Beiträge beschränkt.

Die übrigen Kosten werden über die gesamte Vertragslaufzeit verteilt.

(3) Auswirkung

Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung keine oder nur geringe Beträge zur Bildung einer beitragsfreien Rente vorhanden sind (siehe § 19 Absätze (1) bis (4)). Nähere Informationen zur beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente und ihrer konkreten Höhe finden Sie in der Verlaufsdarstellung der garantierten Leistungen in Ihren vorvertraglichen Informationen sowie in Ihren Vertragsunterlagen.

§ 21 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

Für besondere Ereignisse, die von Ihnen veranlasst oder verursacht werden, können weitere Kosten entstehen. Dafür können wir Ihnen die entstandenen Kosten jeweils gesondert in Rechnung stellen.

Derzeit erheben wir Kosten für nachstehende Ereignisse:
- Versand unserer Mitteilungen per Post
  Diese Kosten entfallen, sofern wir gesetzlich zum Postversand verpflichtet sind.
- Nachträgliche Eintragung oder Änderung des Bezugsberechtigten
- Änderung des Versicherungsnehmers
- Rückläufer im Lastschriftverfahren
- Verzug mit Beiträgen
- Ausstellung einer Ersatzurkunde für den Versicherungsschein
- Durchführung der internen Teilung im Rahmen des Versorgungsausgleichs
- Durchführung von Vertragsänderungen
- Beitragsstundung
  Dies gilt nur, sofern kein Recht auf zinslose Beitragsstundung besteht.
- Adressenrecherche
  Beispielsweise, wenn Sie uns die Änderung Ihrer Anschrift oder Ihres Namens nicht mitgeteilt haben.
- Beitragsübermittlung durch Sie aus einem Ort außerhalb des SEPA-Zahlungsraums oder Leistungsübermittlung durch uns an einen Ort außerhalb des SEPA-Zahlungsraums
- Nichtzahlung des Einlösungsbeitrages
- Durchführung von vertragsbezogenen Sonderberechnungen beziehungsweise Bearbeitung von Sonderanfragen

Teilweise hängt die Kostenerhebung vom Kommunikationsweg ab. Nähere Angaben zu den Kosten entnehmen Sie der Ihren Vertragsunterlagen beigefügten Kostenübersicht zu den Versicherungsbedingungen.

Wenn Sie uns nachweisen, dass diese Kosten im konkreten Einzelfall nicht gerechtfertigt oder wesentlich zu hoch sind, entfallen diese oder werden entsprechend herabgesetzt.

VI. Gestaltungsmöglichkeiten

§ 22 Welche Möglichkeiten bietet Ihnen die Nachversicherungsoption?

(1) Nachversicherungsoption

Sie können zu bestimmten Anlässen eine Erhöhung der garantierten Berufsunfähigkeitsrente beantragen. Innerhalb der Nachversicherungsgrenzen verzichten wir auf eine erneute Gesundheitsprüfung, sofern die Voraussetzungen erfüllt sind. Dies bezeichnen wir als Nachversicherung.

(2) Generelle Voraussetzungen

- Die Beantragung erfolgt vor dem 45. Geburtstag der versicherten Person.
- Es wurden keine Leistungen aus diesem Vertrag beantragt oder erbracht.
- Der Vertrag ist beitragspflichtig oder die vereinbarte Beitragszahlungsdauer ist planmäßig abgelaufen.
- Es ist bei der versicherten Person bisher keine Berufsunfähigkeit, sonstige Invalidität oder Pflegebedürftigkeit eingetreten und es wurden auch keine derartigen Leistungen beantragt.
- Die versicherte Person bezieht kein Krankengeld aus der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung und ist weder arbeitsunfähig noch schul- oder studierunfähig.
- Die zum Erhöhungszeitpunkt geltenden Annahmerichtlinien lassen eine Erhöhung der garantierten Rente zu.
- Der Vertrag ist nicht selbst im Rahmen einer Nachversicherungsoption zustande gekommen.
- Die versicherte Person sowie der Versicherungsnehmer haben ihren ständigen Wohnsitz zum Zeitpunkt der Beantragung in Deutschland.

(3) Anlässe

Sie haben in den ersten 3 Jahren ab Versicherungsbeginn einmalig Anspruch auf eine Nachversicherung ohne speziellen Anlass, wenn alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
- Die Beantragung erfolgt vor dem 35. Geburtstag der versicherten Person.
- Die versicherte Person war in den letzten 12 Monaten nicht länger als 14 Kalendertage durchgehend arbeits-, schul- oder studierunfähig.
- Der Abschluss des Vertrages erfolgte nicht mit vereinfachten Gesundheitsfragen.

Davon unabhängig können Sie eine Nachversicherung verlangen, wenn einer der folgenden Anlässe bei der versicherten Person eintritt:
- Erreichen der Volljährigkeit
- Heirat
- Geburt oder Adoption eines Kindes
- Scheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft
- Tod des Ehepartners oder eingetragenen Lebenspartners
- Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit nach erfolgreichem Abschluss einer Ausbildung oder eines Studiums. Die versicherte Person muss eine der Ausbildung oder dem Studium entsprechende berufliche Tätigkeit tatsächlich ausüben.
- Abschluss einer staatlich anerkannten beruflichen Fortbildung oder Qualifikation. Beispiele hierzu sind Meisterbrief, Fachhochschulstudium oder Promotion. Die versicherte Person muss eine der Fortbildung entsprechende berufliche Tätigkeit tatsächlich ausüben.
- Aufnahme einer selbstständigen hauptberuflichen Tätigkeit

- Berufsverbesserung nach § 25
- Erhöhung des Einkommens
  - bei Angestellten: Erhöhung des jährlichen Bruttoeinkommens um mindestens 10 % gegenüber dem Vorjahr. Variable Gehaltsbestandteile werden dabei nicht berücksichtigt.
  - bei Selbstständigen: Erhöhung des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern über die letzten 3 Geschäftsjahre um mindestens 30 % im Vergleich zum Gewinn vor Steuern der 3 davor liegenden Geschäftsjahre.
- Erstmaliges Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in der Deutschen Rentenversicherung.
- Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherungspflicht als selbstständiger Handwerker.
- Wegfall oder Reduzierung von Versorgungsansprüchen bei Invalidität aus der betrieblichen Altersversorgung, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:
  - Der Vertrag wird nicht als Privatvertrag mit eigenen Beiträgen fortgeführt.
  - Die versicherte Person befindet sich in einem neuen ungekündigten Arbeitsverhältnis oder hat eine selbstständige berufliche Tätigkeit aufgenommen, die die Mitgliedschaft in der für den Beruf zuständigen Kammer erfordert.
- Baubeginn, Kauf oder Darlehensaufnahme von mindestens 50.000 EUR für eine selbstgenutzte Wohnimmobilie durch die versicherte Person, ihren Ehepartner oder eingetragenen Lebenspartner.

Es sind mehrere Nachversicherungen möglich. Aus einem Ereignis ist dabei nur eine Nachversicherung möglich, auch wenn dadurch mehrere Anlässe eintreten. Zum Beispiel gilt die Geburt von Mehrlingen als ein Ereignis und somit ist nur eine Nachversicherung möglich. Gleiches gilt für die Erhöhung des Einkommens
- durch die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit oder
- zusammen mit einer Berufsverbesserung nach § 25 oder
- durch den Abschluss einer staatlich anerkannten beruflichen Fortbildung oder Qualifikation.

Die Erhöhung kann nur innerhalb von 6 Monaten nach Eintritt des Anlasses beantragt werden. Wir benötigen dafür die Vorlage entsprechender Nachweise. Bei Beantragung der Erhöhung oder Vorlage der dazugehörigen Nachweise nach Ablauf der Frist ist eine Erhöhung aufgrund dieses Anlasses nicht mehr möglich.

(4) Nachversicherungsgrenzen

Ein Recht auf Nachversicherung haben Sie nur, wenn folgende Grenzen eingehalten werden:

Untergrenze für die Erhöhung
Die Erhöhung der garantierten jährlichen Berufsunfähigkeitsrente muss mindestens 600 EUR betragen.

Allgemeine Obergrenzen für die Erhöhung
- Die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente darf höchstens 50 % der bis zum Erhöhungszeitpunkt versicherten Berufsunfähigkeitsrente betragen.
- Die Erhöhung der jährlichen Berufsunfähigkeitsrente darf höchstens 6.000 EUR betragen.
- Bei Wegfall oder Reduzierung der Leistungen aus der betrieblichen Altersversorgung darf die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente die wegfallende Invaliditätsrente nicht überschreiten.
- Die jährliche Berufsunfähigkeitsrente aller vorgenommenen Nachversicherungen zusammen darf höchstens 12.000 EUR betragen.
- Die Summe aus allen versicherten Berufsunfähigkeitsrenten und Grundfähigkeitsrenten für die versicherte Person bei der Württembergische Lebensversicherung AG und der Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG darf jährlich 36.000 EUR nicht übersteigen. Dabei werden Leistungen aus der Überschussbeteiligung mitberücksichtigt. Wenn eine doppelte Berufsunfähigkeitsrente bei Unfall vereinbart ist, dürfen die jährlichen Renten zusammen höchstens 24.000 EUR betragen. Sie haben jedoch die Möglichkeit, Ihre Berufsunfähigkeitsversicherung über die 24.000 EUR-Grenze hinaus um weitere 12.000 EUR in einem separaten Vertrag ohne „doppelte Berufsunfähigkeitsrente bei Unfall“ zu erhöhen.

Einkommens- und berufsbezogene Obergrenzen für die Erhöhung
Eine Nachversicherung ist nur möglich, wenn alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
- Es werden insgesamt nicht mehr als 80 % des Nettoeinkommens aus beruflicher Tätigkeit abgesichert. Ist eine doppelte Berufsunfähigkeitsrente bei Unfall vereinbart, beträgt diese Grenze 60 % des Nettoeinkommens. Bei Selbstständigen ist der durchschnittliche Nettogewinn über die letzten 3 Geschäftsjahre maßgeblich.
- Die berufsbezogenen Grenzen zur Absicherung gemäß unseren Annahmerichtlinien werden nicht überschritten.

Für diese Grenzen berücksichtigen wir
- alle privaten Berufsunfähigkeitsversicherungen und sonstigen Invaliditätsversicherungen inklusive Leistungen aus der Überschussbeteiligung.
- gleichartige Ansprüche aus gesetzlichen sowie betrieblichen Versorgungssystemen.
- Versorgungen bei berufsständischen Versorgungswerken mit 50 % ihrer aktuellen Berufsunfähigkeits- oder Invaliditätsrente.

(5) Neuer Nachversicherungsvertrag

Ihre Nachversicherung wird mit dem dann für das Neugeschäft gültigen Tarif abgeschlossen.

Jede Nachversicherung gilt als gesonderter Vertragsabschluss. Insbesondere gelten die Versicherungsbedingungen, Annahmerichtlinien und Kalkulationsgrundlagen des Tarifs der Nachversicherung. Den Beitrag für die Nachversicherung berechnen wir unter Berücksichtigung der dann ausgeübten beruflichen Tätigkeit sowie der dann aktuellen tariflichen Risikomerkmale der versicherten Person. Falls die versicherte Person nach den Annahmerichtlinien im dann gültigen Tarif nicht versicherbar ist, unterbreiten wir Ihnen ein individuelles Angebot.

Wenn nichts anderes vereinbart wird, gelten die für Ihre ursprüngliche Berufsunfähigkeitsversicherung (Ursprungsversicherung) getroffenen Vereinbarungen auch für die Nachversicherung.

Optionale Leistungen und Erweiterungen des Begriffes Berufsunfähigkeit sowie Leistungen aus Zusatzversicherungen können Sie nur nachversichern, falls der dann gültige Tarif diese in vergleichbarer Form beinhaltet.

Bei der Einsteiger-Berufsunfähigkeitsversicherung ist zusätzlich Folgendes zu beachten: Wenn Sie die Nachversicherung in der Staffelphase verlangen, haben wir das Recht, mit Ihnen einen ab dem Zeitpunkt der Erhöhung für die restliche Beitragszahlungsdauer konstanten Beitrag zu vereinbaren. Mit der Erhöhung endet die Staffelphase. Für die Nachversicherung wird ein Tarif ohne Staffelphase verwendet.

(6) Vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung

Ihr Recht auf die Nachversicherungsoption erlischt, wenn wir bei der Ursprungsversicherung eine vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung feststellen und unsere Rechte nach § 29 geltend machen.

Unsere Rechte bei vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung nach § 29 beziehen sich neben der Ursprungsversicherung auch auf bestehende Nachversicherungsverträge. Die Gültigkeitsdauer

unserer Rechte ist in § 29 Absatz (11) geregelt. Der Abschluss eines Nachversicherungsvertrages setzt diese Fristen für die Ursprungsversicherung nicht erneut in Gang.

§ 23 Welche Möglichkeiten bietet Ihnen die Verlängerungsoption?

(1) Verlängerungsoption

Wenn die Regelaltersgrenze in der Deutschen Rentenversicherung erhöht wird, können Sie eine Verlängerung Ihrer Versicherung beantragen. Wir verzichten für die Verlängerung auf eine erneute Gesundheitsprüfung. Das Recht auf Verlängerung besteht, wenn die Voraussetzungen nach Absatz (2) erfüllt sind.

Wir verlängern die Versicherungsdauer, Leistungsdauer und Beitragszahlungsdauer Ihres Vertrages. Durch die Verlängerung erhöht sich Ihr Beitrag. Die Berechnung des neuen Beitrages erfolgt nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation.

Die Verlängerung erfolgt um so viele ganze Jahre, wie sich die Regelaltersgrenze nach § 35 Satz 2 SGB VI verlängert. Hierzu ein Beispiel: Falls die aktuelle Regelaltersgrenze von 67 Jahren auf 70 Jahre angehoben wird, verlängern wir die Dauern Ihres Vertrages um 3 Jahre.

(2) Voraussetzungen für die Verlängerung

- Sie zahlen laufende Beiträge für den Vertrag.
- Sie beantragen die Verlängerung in Textform innerhalb von 12 Monaten nach der Erhöhung der Regelaltersgrenze.
- Die Beantragung erfolgt vor dem 50. Geburtstag der versicherten Person.
- Zum Ende der Versicherungsdauer beträgt das Alter der versicherten Person
  - mindestens 67 Jahre oder
  - mindestens 62 Jahre und unsere Annahmerichtlinien zum Zeitpunkt der Beantragung lassen eine Verlängerung Ihres Vertrages zu.
- Es wurden keine Leistungen aus diesem Vertrag beantragt oder erbracht.
- Es ist bei der versicherten Person bisher keine Berufsunfähigkeit, sonstige Invalidität oder Pflegebedürftigkeit eingetreten und es wurden auch keine derartigen Leistungen beantragt.
- Die versicherte Person bezieht kein Krankengeld aus der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung und ist weder arbeitsunfähig noch schul- oder studierunfähig.

§ 24 Welche Möglichkeiten bietet Ihnen die Wechseloption?

(1) Wechseloption

Die persönlichen Verhältnisse können sich während der Vertragslaufzeit ändern. In bestimmten Fällen kann es daher sinnvoll sein, das Berufsunfähigkeitsrisiko in einem anderen Tarif abzusichern. Sie können beispielsweise in eine BasisRente mit Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung wechseln.

Hierfür bieten wir Ihnen eine Wechseloption in einen anderen zu diesem Zeitpunkt verkaufsoffenen Tarif an. Wir führen keine erneute Gesundheitsprüfung durch. Das Recht auf einen Wechsel besteht, wenn die Voraussetzungen nach Absatz (2) erfüllt sind. Nur für den Fall, dass dies zu einer Ausweitung des Versicherungsschutzes führt, behalten wir uns eine Gesundheitsprüfung vor.

Für den Wechsel erstellen wir Ihnen ein individuelles Angebot. Dieses orientiert sich am bisher vorhandenen Versicherungsschutz. Den Beitrag für den neuen Tarif berechnen wir dabei unter Berücksichtigung der dann ausgeübten beruflichen Tätigkeit sowie der dann aktuellen tariflichen Risikomerkmale der versicherten Person.

(2) Voraussetzungen für den Wechsel

- Sie zahlen laufende Beiträge für den Vertrag.
- Die verbleibende Versicherungsdauer beträgt mindestens 5 Jahre.
- Es erfolgt ein Wechsel in einen Tarif mit einer anderen steuerlichen Behandlung oder in eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung.
- Unsere Annahmerichtlinien des neuen Vertrages lassen eine Annahme zu. Beispielsweise muss die Mindestrente erreicht und das maximale Eintrittsalter eingehalten werden.
- Die insgesamt abgesicherte Berufsunfähigkeitsrente erhöht sich durch den Wechsel nicht. Leistungen aus der Überschussbeteiligung sowie eine hinzukommende Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit werden hierbei berücksichtigt.
- Es wurden keine Leistungen aus diesem Vertrag beantragt oder erbracht.
- Es ist bei der versicherten Person bisher keine Berufsunfähigkeit, sonstige Invalidität oder Pflegebedürftigkeit eingetreten und es wurden auch keine derartigen Leistungen beantragt.
- Die versicherte Person bezieht kein Krankengeld aus der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung und ist weder arbeitsunfähig noch schul- oder studierunfähig.
- Sie beantragen den Wechsel in Textform.

(3) Vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung

Ihr Recht auf die Wechseloption erlischt, wenn wir eine vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung feststellen und unsere Rechte nach § 29 geltend machen.

Unsere Rechte bei vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung nach § 29 beziehen sich bei Ausübung der Wechseloption auch auf den neuen Vertrag. Die Gültigkeitsdauer unserer Rechte ist in § 29 Absatz (11) geregelt.

§ 25 Welche Möglichkeiten bieten wir Ihnen nach einem Berufswechsel?

(1) Prüfung auf Berufsverbesserung

Sie können eine Überprüfung Ihres Beitrages beantragen, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit gewechselt hat. Dies gilt auch für die Aufnahme eines Studiums oder einer Berufsausbildung nach Abschluss der Schule. Die Überprüfung nehmen wir vor, wenn die Voraussetzungen nach Absatz (2) erfüllt sind. Dabei verzichten wir dann auf eine erneute Gesundheitsprüfung. Bei der Überprüfung ermitteln wir den möglichen neuen Beitrag mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation. Vereinbarte Zuschläge oder Einschränkungen der Leistungen bleiben unverändert.

Ergibt die Überprüfung, dass der Beitrag durch Einstufung in eine andere Berufsklasse günstiger wird, reduzieren wir den künftig zu zahlenden Beitrag. Das bezeichnen wir als Berufsverbesserung. Sie haben dann die Möglichkeit zur Nachversicherung nach § 22. Wenn sich aus der Überprüfung kein günstigerer Beitrag ergibt, wird der Vertrag unverändert fortgeführt. Wir werden den Beitrag nicht erhöhen.

(2) Voraussetzungen

- Sie zahlen laufende Beiträge für den Vertrag.
- Die versicherte Person arbeitet mindestens seit 6 Monaten in der neuen Tätigkeit.
- Die versicherte Person hat uns den Wechsel sowie weitere erforderliche Angaben zur Tätigkeit in Textform mitgeteilt.
- Die Beantragung erfolgt vor dem 30. Geburtstag der versicherten Person.

- Der Vertrag besteht mindestens seit einem Jahr.
- Die neu ausgeübte Tätigkeit kann nach unseren Annahmerichtlinien im bisherigen Umfang versichert werden.
- Es wurden keine Leistungen aus diesem Vertrag beantragt oder erbracht.
- Es ist bei der versicherten Person bisher keine Berufsunfähigkeit, sonstige Invalidität oder Pflegebedürftigkeit eingetreten und es wurden auch keine derartigen Leistungen beantragt.
- Die versicherte Person bezieht kein Krankengeld aus der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung und ist weder arbeitsunfähig noch schul- oder studierunfähig.
- Der Vertrag befindet sich nicht im BU-Retter nach § 18 Absatz (2).

VII. Vorzeitige Beendigung

§ 26 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?

(1) Kündigung

Wenn Sie laufende Beiträge zahlen, können Sie Ihre Versicherung jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode kündigen. Sie müssen uns die Kündigung in Textform mitteilen.

Es gibt Alternativen zur Kündigung. Beachten Sie hierzu bitte insbesondere Ihre Möglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten nach § 18.

(2) Folgen der Kündigung

Wenn Sie Ihre Versicherung kündigen, führt dies zur Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung. Wird die beitragsfreie Mindestrente nicht erreicht, endet Ihr Vertrag. Näheres zur Beitragsfreistellung finden Sie in § 19 Absätze (1) bis (3).

(3) Keine Beitragsrückzahlung

Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

VIII. Ihre Obliegenheiten

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

(1) Textform

Mitteilungen zu dem bestehenden Vertrag müssen Sie uns immer in Textform übermitteln, beispielsweise über unser Kundenportal, als Brief oder per E-Mail.

(2) Änderung der Kontaktdaten

Bitte teilen Sie uns eine Änderung Ihrer Adresse oder Ihres Namens unverzüglich mit. Sie vermeiden dadurch Nachteile: Wir sind berechtigt, an Sie gerichtete Mitteilungen per Einschreiben an Ihre zuletzt genannte Adresse zu senden. Diese gelten dann 3 Tage nach Absendung als zugegangen. Für eine Adressenrecherche können wir Kosten erheben. Die aktuelle Höhe der hierfür erhobenen Kosten können Sie der Kostenübersicht zu den Versicherungsbedingungen entnehmen.

(3) Zustellungsbevollmächtigte Person

Wenn Sie Deutschland für längere Zeit verlassen wollen, nennen Sie uns bitte eine Person Ihres Vertrauens. Diese ist berechtigt, unsere Mitteilungen für Sie in Deutschland anzunehmen.

§ 28 Welche gesetzlichen Auskunftspflichten haben Sie zu berücksichtigen?

(1) Gesetzliche Auskunftspflichten

Wir können aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sein. Die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen dazu müssen Sie uns unverzüglich zur Verfügung stellen. Das gilt
- bei Abschluss des Vertrages oder
- bei Änderung des Vertrages oder
- auf Nachfrage.

Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, wenn Informationen zu Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, erforderlich sind.

(2) Notwendige Informationen

Notwendig im Sinne von Absatz (1) sind beispielsweise Informationen über
- Ihre persönliche steuerliche Ansässigkeit.
- die steuerliche Ansässigkeit dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben.
- die steuerliche Ansässigkeit des Leistungsempfängers.

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

(3) Meldung bei Steuerbehörden

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

(4) Vertragliche Folgen bei Verletzung Ihrer Auskunftspflichten

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

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

(1) Vorvertragliche Anzeigepflicht

Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass alle gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet werden. Sie haben hier eine vorvertragliche Anzeigepflicht. Dazu fragen wir Sie im Antrag nach gefahrerheblichen Umständen, die für das versicherte Risiko bedeutsam sind, zum Beispiel zur Gesundheit der versicherten Person.

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

Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, wesentlich sind.

Hierunter fallen insbesondere Fragen nach Angaben zu:
- gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen
- gesundheitlichen Störungen und Beschwerden
- Alter, Körpergröße und Gewicht
- dem Raucherstatus

- der beruflichen Tätigkeit und besonderen beruflichen Gefährdungen
- besonders gefährlichen Freizeit- oder Sporttätigkeiten

Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor der Vertragsannahme, in Textform stellen.

Soll eine andere Person als Sie versichert werden, ist diese ebenfalls für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

(2) Zurechnung der Kenntnis dritter Personen

Auch wenn eine andere Person die Fragen für Sie beantwortet, müssen diese wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet werden. Ansonsten wird auch in diesem Fall die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt.
Kennt diese dritte Person einen gefahrerheblichen Umstand oder handelt arglistig, werden Sie so behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

(3) Rechtsfolgen der Anzeigepflichtverletzung

Eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann für Sie gravierende Nachteile haben:

Wir können dann nach den gesetzlichen Regelungen
- vom Vertrag zurücktreten oder
- den Vertrag kündigen oder
- den Vertrag rückwirkend anpassen oder
- den Vertrag anfechten.

Nachfolgend informieren wir Sie hierzu genauer.

Rücktritt

(4) Voraussetzungen für einen Rücktritt

Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, können wir vom Vertrag zurücktreten. Das Rücktrittsrecht besteht nicht, wenn weder eine vorsätzliche noch eine grob fahrlässige Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

Selbst wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir trotzdem kein Rücktrittsrecht, falls wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten. Dies gilt auch, wenn wir den Vertrag dann zu anderen Bedingungen abgeschlossen hätten, beispielsweise zu erhöhtem Beitrag oder mit eingeschränktem Versicherungsschutz.

(5) Folgen eines Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Es wird keine Leistung fällig. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.
Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgenden Voraussetzungen trotzdem bestehen: Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der
- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Haben Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir auch in diesem Fall nicht zur Leistung verpflichtet.

Kündigung

(6) Voraussetzungen für eine Kündigung

Wir haben kein Rücktrittsrecht, wenn die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. In diesem Fall können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Wir verzichten auf das uns aus § 19 Absatz 3 VVG zustehende Recht zur Kündigung, sofern die Verletzung der Anzeigepflicht unverschuldet erfolgt ist.

Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände abgeschlossen hätten. Dies gilt auch, wenn wir den Vertrag dann zu anderen Bedingungen geschlossen hätten, beispielsweise zu erhöhtem Beitrag oder mit eingeschränktem Versicherungsschutz.

(7) Folgen einer Kündigung

Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich in eine beitragsfreie Versicherung nach § 19 Absätze (1) bis (3) um. Ein Recht auf Wiederinkraftsetzung nach § 19 Absatz (4) besteht in diesem Fall nicht.

Vertragsänderung

(8) Vertragsanpassung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände zu anderen Bedingungen geschlossen hätten, gilt Folgendes: Die anderen Bedingungen, mit denen wir den Vertrag abgeschlossen hätten, werden auf unser Verlangen rückwirkend Bestandteil des Vertrages.

Dies kann im Einzelfall ebenfalls zu einem Verlust des Versicherungsschutzes führen. Beispielsweise, wenn wir den Vertrag nur mit Ausschluss des Versicherungsschutzes für bestehende Vorerkrankungen abgeschlossen hätten.

Wir verzichten auf das uns aus § 19 Absatz 4 VVG zustehende Recht zur Vertragsanpassung, falls die Verletzung der Anzeigepflicht unverschuldet erfolgt ist.

(9) Ihr Recht zur Kündigung

Wenn sich durch die Vertragsanpassung
- der Beitrag um mehr als 10 % erhöht oder
- wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand ausschließen,

können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen. In unserer Mitteilung werden wir Sie auf dieses Recht hinweisen.

Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

(10) Ausübung unserer Rechte

Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung oder Vertragsanpassung stehen uns nur zu, wenn alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
- Wir haben Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen. Dieser Hinweis erfolgte, bevor Sie die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen beantwortet haben.
- Der nicht angezeigte Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige war uns bei Vertragsabschluss nicht bekannt.
- Wir haben unsere Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend gemacht. Diese Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von

uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt haben.
- Wir haben bei der Ausübung unserer Rechte die Umstände angegeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb eines Monats ab Kenntniserlangung dürfen wir weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben.

(11) Gültigkeitsdauer unserer Rechte

Die genannten Rechte können wir innerhalb von 5 Jahren seit Vertragsabschluss ausüben. Sofern der Versicherungsfall innerhalb von 5 Jahren seit Vertragsabschluss eingetreten ist, können wir diese Rechte auch noch nach dieser Frist ausüben. Haben Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist 10 Jahre.

Weitere Regelungen

(12) Anfechtung

Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrages Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären. Das gilt auch, wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten.

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

(13) Leistungserweiterung / Wiederinkraftsetzung

Die Absätze (1) bis (12) gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederinkraftsetzung des Vertrages entsprechend. Die Gültigkeitsdauer unserer Rechte nach Absatz (11) beginnt mit der Änderung oder Wiederinkraftsetzung des Vertrages bezüglich des geänderten oder wieder in Kraft gesetzten Teils neu zu laufen.

(14) Erklärungsempfänger

Die Ausübung unserer Rechte auf Rücktritt, Kündigung, Anpassung des Vertrages sowie auf Anfechtung erfolgt durch schriftliche Erklärung. Diese geben wir Ihnen gegenüber ab.

Haben Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten angegeben, gelten folgende Regelungen:

Nach Ihrem Ableben gilt ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist kein Bezugsberechtigter vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins als bevollmächtigt ansehen, die Erklärung entgegenzunehmen.

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

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 12 Absatz (2) von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, leisten wir nicht.

Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung zu kürzen. Die Kürzung erfolgt in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis.

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

Wenn Sie nachweisen, dass die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt worden ist, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen.

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

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

IX. Ausschlüsse

§ 31 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Grundsatz

Grundsätzlich leisten wir unabhängig davon, wie es zur Berufsunfähigkeit kam.

(2) Ausschlüsse

In folgenden Fällen ist eine Leistung ausgeschlossen:

a) Bei Berufsunfähigkeit unmittelbar oder mittelbar verursacht
   - durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat, oder
   - durch Kriegsereignisse.

   Wir leisten jedoch bei Berufsunfähigkeit durch kriegerische Ereignisse außerhalb der Bundesrepublik Deutschland, wenn die versicherte Person nicht aktiv daran beteiligt war.
   Wir leisten insbesondere auch bei Berufsunfähigkeit durch kriegerische Ereignisse, wenn alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
   - Die versicherte Person ist Mitglied der deutschen Bundeswehr oder Polizist.
   - Sie wurde mit Mandat der NATO oder UNO zur Friedenssicherung oder humanitären Hilfeleistung eingesetzt.
   - Der Einsatz erfolgte außerhalb der Staatsgrenzen der NATO-Mitgliedsstaaten.

b) Bei Berufsunfähigkeit durch vorsätzliche Ausführung oder strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person.
   Wir leisten jedoch bei fahrlässigen und grob fahrlässigen Verstößen und auch bei allen Ordnungswidrigkeiten im Straßenverkehr.

c) Bei Berufsunfähigkeit
   - durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall oder
   - durch absichtliche Selbstverletzung oder versuchter Selbsttötung.

   Wir leisten jedoch, wenn uns für diese Handlungen alle folgenden Voraussetzungen nachgewiesen werden:
   - Die freie, selbstbestimmte Willensbestimmung war ausgeschlossen.
   - Die Störung der Geistestätigkeit war krankhaft.

d) Bei Berufsunfähigkeit durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer die Berufsunfähigkeit der versicherten Person vorsätzlich verursachten.

e) Bei Berufsunfähigkeit unmittelbar oder mittelbar durch die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, deren Ziel die Gefährdung einer Vielzahl von Personen war.

f) Bei Berufsunfähigkeit durch Strahlung infolge Kernenergie. Dieser Ausschluss gilt nur, wenn alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
   - Das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen wird gefährdet.

- Es wurde eine Katastrophenschutzbehörde oder eine vergleichbare Einrichtung zur Abwehr tätig.

Wir leisten in den Fällen e) und f) uneingeschränkt, wenn durch das Ereignis höchstens 1.000 Menschen betroffen sind. Betroffen sind diese, wenn sie durch das Ereignis innerhalb von 5 Jahren sterben oder schwere Gesundheitsschäden erleiden. Ob wir leistungspflichtig sind, überprüft ein unabhängiger Gutachter innerhalb von 6 Monaten nach dem Ereignis.

X. Sonstiges

§ 32 Welche Rechnungsgrundlagen verwenden wir zur Berechnung Ihrer garantierten Beiträge und Leistungen?

Wir berechnen Ihre garantierten Beiträge und Leistungen nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. Dabei verwenden wir folgende Rechnungsgrundlagen:

- Kosten
  Nähere Informationen finden Sie in § 20.
- Rechnungszins
  Dieser beträgt 1,0 %.
- Sterbe-, Invalidisierungs- und Reaktivierungstafeln
  Diese sind die vom Geschlecht unabhängigen Sterbe-, Invalidisierungs- und Reaktivierungstafeln WL 2025 AT Unisex SBU, WL 2025 TI Unisex SBU, WL 2019 I Unisex und WL 2025 RI Unisex SBU. Für die Herleitung geschlechtsunabhängiger Sterbe-, Invalidisierungs- und Reaktivierungstafeln verwenden wir anerkannte aktuarielle Fachgrundsätze.

§ 33 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

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

(1) Unser Beschwerdemanagement

Wenn Sie Fragen zu Ihrem Versicherungsvertrag haben oder eine Beratung wünschen, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Sollten Sie einmal Grund zur Beschwerde haben, wenden Sie sich gerne an uns. Sie erreichen uns

- über unsere Internetseite www.wuerttembergische.de/beschwerde oder
- per Brief an unsere Geschäftsadresse oder
- per E-Mail (kundenservice@wuerttembergische.de).

(2) Außergerichtliche Streitschlichtung für Verbraucher

Wenn Sie Verbraucher sind, können Sie sich an den Ombudsmann für Versicherungen wenden. Verbraucher sind Privatpersonen, die Verträge für private Zwecke abschließen.

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfreie Schlichtungsstelle. Wir nehmen an dem Schlichtungsverfahren durch den Ombudsmann teil. Sie haben die Möglichkeit dieses in Anspruch zu nehmen. Voraussetzung dafür ist, dass der Wert Ihrer Beschwerde den Betrag von 100.000 EUR nicht übersteigt.

Den Ombudsmann erreichen Sie derzeit wie folgt:

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632
10006 Berlin
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Internet: www.versicherungsombudsmann.de
Wenn Sie diesen Vertrag bei uns über das Internet abgeschlossen haben, können Sie sich mit Ihrer Beschwerde auch online an die Plattform http://ec.europa.eu/consumers/odr/ wenden. Die Plattform leitet Ihre Beschwerde dann an den Ombudsmann weiter.

(3) Versicherungsaufsicht

Sie können sich auch an die für uns zuständige Aufsicht wenden. Wir unterliegen der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin).

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. Sie kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

(4) Rechtsweg

Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

§ 35 Wo ist der Gerichtsstand?

(1) Bei Klagen gegen uns

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk unser Sitz oder die für den Versicherungsvertrag zuständige Niederlassung liegt.
Zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz haben. Haben Sie keinen Wohnsitz, ist stattdessen maßgeblich, wo Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Für ein Unternehmen ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk es seinen Sitz oder seine Niederlassung hat.

(2) Bei Klagen gegen Sie

Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie müssen wir bei dem Gericht erheben, das für Ihren Wohnsitz zuständig ist. Haben Sie keinen Wohnsitz, ist stattdessen maßgeblich, wo Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Bei einem Unternehmen bestimmt sich das zuständige Gericht nach dessen Sitz oder Niederlassung.

(3) Bei Ihrem Sitz im Ausland

Verlegen Sie Ihren Wohnsitz ins Ausland, sind für Klagen aus dem Versicherungsvertrag die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben. Dies gilt auch für ein Unternehmen, das seinen Sitz ins Ausland verlegt.

§ 36 Was gilt bei Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen?

(1) Gültigkeit

Falls einzelne Regelungen dieser Versicherungsbedingungen unwirksam sind oder werden, bleiben die anderen gültig.

(2) Unwirksamkeit

Durch höchstrichterliche Entscheidung oder einen bestandskräftigen Verwaltungsakt können Regelungen in diesen Bedingungen für unwirksam erklärt werden.
Dann können wir sie durch neue ersetzen, wenn

- die neuen Regelungen zur Fortführung des Vertrages notwendig sind oder

- das Nichtersetzen eine unzumutbare Härte für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei wäre.

Die neuen Regelungen sind nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigen. Wir teilen Ihnen die neuen Regelungen und die hierfür maßgeblichen Gründe in Textform mit. Dann werden diese nach Ablauf von 2 Wochen Vertragsbestandteil.

C Abkürzungen für Gesetze und Verordnungen

Im Text der Versicherungsbedingungen nehmen wir Bezug auf einige Gesetze und Verordnungen. Dabei verwenden wir folgende Abkürzungen:

BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
DeckRV	Deckungsrückstellungsverordnung
EntgFG	Entgeltfortzahlungsgesetz
MindZV	Mindestzuführungsverordnung
SGB	Sozialgesetzbuch
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz
VVG	Versicherungsvertragsgesetz

D Gesetzesanhang

Hier finden Sie Auszüge aus dem SGB VI und XI (Stand 01.01.2019).

§ 43 SGB VI – Rente wegen Erwerbsminderung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 14 SGB XI – Begriff der Pflegebedürftigkeit

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

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

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

2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;
4. Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;
5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:

   a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
   b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
   c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
   d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;

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

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

§ 15 SGB XI – Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

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

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

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

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

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

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

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

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

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

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

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

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

Anlage 1 (zu § 15 SGB XI)

Einzelpunkte der Module 1 bis 6

Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Modul

Modul 1: Einzelpunkte im Bereich der Mobilität

Das Modul umfasst fünf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
1.1	Positionswechsel im Bett	0	1	2	3
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	0	1	2	3
1.3	Umsetzen	0	1	2	3
1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	0	1	2	3
1.5	Treppensteigen	0	1	2	3

Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten

Das Modul umfasst elf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	Fähigkeit vorhanden/ unbeeinträchtigt	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	0	1	2	3
2.2	Örtliche Orientierung	0	1	2	3
2.3	Zeitliche Orientierung	0	1	2	3
2.4	Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	0	1	2	3
2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	0	1	2	3
2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltag	0	1	2	3

2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	0	1	2	3
2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	0	1	2	3
2.9	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	0	1	2	3
2.10	Verstehen von Aufforderungen	0	1	2	3
2.11	Beteiligen an einem Gespräch	0	1	2	3

Modul 3: Einzelpunkte im Bereich der Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien, deren Häufigkeit des Auftretens in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet wird:

Ziffer	Kriterien	nie oder sehr selten	selten (ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen)	häufig (zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich)	täglich
3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	0	1	3	5
3.2	Nächtliche Unruhe	0	1	3	5
3.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	0	1	3	5
3.4	Beschädigen von Gegenständen	0	1	3	5
3.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	0	1	3	5
3.6	Verbale Aggression	0	1	3	5
3.7	Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	0	1	3	5
3.8	Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen	0	1	3	5
3.9	Wahnvorstellungen	0	1	3	5
3.10	Ängste	0	1	3	5
3.11	Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	0	1	3	5
3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	0	1	3	5
3.13	Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	0	1	3	5

Modul 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien:

<u>Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.12</u>

Die Ausprägungen der Kriterien 4.1 bis 4.12 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
4.1	Waschen des vorderen Oberkörpers	0	1	2	3
4.2	Körperpflege im Bereich des Kopfes (Kämmen, Zahnpflege/ Prothesenreinigung, Rasieren)	0	1	2	3
4.3	Waschen des Intimbereichs	0	1	2	3
4.4	Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare	0	1	2	3
4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	0	1	2	3
4.6	An- und Auskleiden des Unterkörpers	0	1	2	3
4.7	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	0	1	2	3
4.8	Essen	0	3	6	9

4.9	Trinken	0	2	4	6
4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	0	2	4	6
4.11	Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma	0	1	2	3
4.12	Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma	0	1	2	3

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.8 sowie die Ausprägung der Kriterien der Ziffern 4.9 und 4.10 werden wegen ihrer besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung stärker gewichtet.
Die Einzelpunkte der Kriterien der Ziffern 4.11 und 4.12 gehen in die Berechnung nur ein, wenn bei der Begutachtung beim Versicherten darüber hinaus die Feststellung „überwiegend inkontinent“ oder „vollständig inkontinent“ getroffen wird oder eine künstliche Ableitung von Stuhl und Harn erfolgt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.13

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.13 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterium	entfällt	teilweise	vollständig
4.13	Ernährung parenteral oder über Sonde	0	6	3

Das Kriterium ist mit „entfällt“ (0 Punkte) zu bewerten, wenn eine regelmäßige und tägliche parenterale Ernährung oder Sondenernährung auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nicht erforderlich ist. Kann die parenterale Ernährung oder Sondenernährung ohne Hilfe durch andere selbständig durchgeführt werden, werden ebenfalls keine Punkte vergeben.
Das Kriterium ist mit „teilweise“ (6 Punkte) zu bewerten, wenn eine parenterale Ernährung oder Sondenernährung zur Vermeidung von Mangelernährung mit Hilfe täglich und zusätzlich zur oralen Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit erfolgt.
Das Kriterium ist mit „vollständig“ (3 Punkte) zu bewerten, wenn die Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit ausschließlich oder nahezu ausschließlich parenteral oder über eine Sonde erfolgt.
Bei einer vollständigen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung werden weniger Punkte vergeben als bei einer teilweisen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung, da der oft hohe Aufwand zur Unterstützung bei der oralen Nahrungsaufnahme im Fall ausschließlich parenteraler oder Sondenernährung weitgehend entfällt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.K

Bei Kindern im Alter bis 18 Monate werden die Kriterien 4.1 bis 4.13 durch das Kriterium 4.K ersetzt:

Ziffer	Kriterium	Einzel-punkte
4.K	Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen	20

Modul 5: Einzelpunkte im Bereich der Bewältigung von und des selbständigen Umgangs mit krankheits oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Das Modul umfasst sechzehn Kriterien.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7

Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.1	Medikation	0			
5.2	Injektion (subcutan oder intramuskulär)	0			
5.3	Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	0			
5.4	Absaugen und Sauerstoffgabe	0			
5.5	Einreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen	0			
5.6	Messung und Deutung von Körperzuständen	0			
5.7	Körpernahe Hilfsmittel	0			
Summe der Maßnahmen aus 5.1 bis 5.7		0			
Umrechnung in Maßnahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7

Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal täglich	mindestens einmal bis maximal dreimal täglich	mehr als dreimal bis maximal achtmal täglich	mehr als achtmal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.1 bis 5.7 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbständig durchgeführt werden können.
Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.1 bis 5.7 summiert (erfolgt zum Beispiel täglich dreimal eine Medikamentengabe – Kriterium 5.1 – und einmal Blutzuckermessen – Kriterium 5.6 –, entspricht dies vier Maßnahmen pro Tag). Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11

Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.8	Verbandswechsel und Wundversorgung	0			
5.9	Versorgung mit Stoma	0			
5.10	Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden	0			
5.11	Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	0			
Summe der Maßnahmen aus 5.8 bis 5.11		0			
Umrechnung in Maßnahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11				
Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal wöchentlich	ein- bis mehrmals wöchentlich	ein- bis unter dreimal täglich	mindestens dreimal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.8 bis 5.11 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbständig durchgeführt werden können.
Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.8 bis 5.11 summiert. Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.K

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit von zeit- und technikintensiven Maßnahmen in häuslicher Umgebung, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterium in Bezug auf	entfällt oder selbständig	täglich	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.12	Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung	0	60	8,6	2

Für das Kriterium der Ziffer 5.12 wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die wöchentlich vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die monatlich vorkommen, erfasst. Kommen Maßnahmen regelmäßig täglich vor, werden 60 Punkte vergeben.
Jede regelmäßige wöchentliche Maßnahme wird mit 8,6 Punkten gewertet. Jede regelmäßige monatliche Maßnahme wird mit zwei Punkten gewertet.
Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.K wird wie folgt erhoben und mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbständig	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.13	Arztbesuche	0	4,3	1
5.14	Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu drei Stunden)	0	4,3	1
5.15	Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als drei Stunden)	0	8,6	2
5.K	Besucher von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern	0	4,3	1

Für jedes der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.K wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, erfasst. Jeder regelmäßige wöchentliche Besuch wird mit 4,3 Punkten gewertet. Handelt es sich um zeitlich ausgedehnte Arztbesuche oder Besuche von anderen medizinischen oder therapeutischen Einrichtungen, werden sie doppelt gewertet.
Die Punkte der Kriterien 5.12 bis 5.15 – bei Kindern bis 5.K – werden addiert. Die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.15 – bei Kindern bis 5.K – werden anhand der Summe der so erreichten Punkte mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Summe	Einzelpunkte
0 bis unter 4,3	0
4,3 bis unter 8,6	1
8,6 bis unter 12,9	2
12,9 bis unter 60	3
60 und mehr	6

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 5.16

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 5.16 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
5.16	Einhaltung einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften	0	1	2	3

Modul 6: Einzelpunkte im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Das Modul umfasst sechs Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
6.1	Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen	0	1	2	3
6.2	Ruhen und Schlafen	0	1	2	3
6.3	Sichbeschäftigen	0	1	2	3
6.4	Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen	0	1	2	3
6.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	0	1	2	3
6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	0	1	2	3

Anlage 2 (zu § 15 SGB XI)

Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte)
Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten im Modul

Module		Gewichtung	0 Keine	1 Geringe	2 Erhebliche	3 Schwere	4 Schwerste	
1	Mobilität		0 – 1	2 – 3	4 – 5	6 – 9	10 – 15	Summe der Einzelpunkte im Modul 1
		10 %	**0**	**2,5**	**5**	**7,5**	**10**	**Gewichtete Punkte im Modul 1**
2	Kognitive und kommunikative Fähigkeiten		0 – 1	2 – 5	6 – 10	11 – 16	17 – 33	Summer der Einzelpunkte im Modul 2
3	Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 – 65	Summe der Einzelpunkte im Modul 3
	Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3	**15 %**	**0**	**3,75**	**7,5**	**11,25**	**15**	**Gewichtete Punkte für die Module 2 und 3**
4	Selbstversorgung		0 – 2	3 – 7	8 – 18	19 – 36	37 – 54	Summe der Einzelpunkte im Modul 4
		40 %	**0**	**10**	**20**	**30**	**40**	**Gewichtete Punkte im Modul 4**
5	Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen		0	1	2 – 3	4 – 5	6 – 15	Summe der Einzelpunkte im Modul 5
		20 %	**0**	**5**	**10**	**15**	**20**	**Gewichtete Punkte im Modul 5**
6	Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte		0	1 – 3	4 – 6	7 – 11	12 – 18	Summe der Einzelpunkte im Modul 6
		15 %	**0**	**3,75**	**7,5**	**11,25**	**15**	**Gewichtete Punkte im Modul 6**
7	Außerhäusliche Aktivitäten		Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägungen bei den einzelnen Kriterien ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Versorgungs- und Pflegeplanung ableiten zu können.					
8	Haushaltsführung							

Sehr geehrte Kundin,
sehr geehrter Kunde,

falls Sie mit uns vereinbart haben, dass Sie Ihre Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung planmäßig erhöhen können, gelten folgende Versicherungsbedingungen.

Versicherungsbedingungen für die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen der Berufsunfähigkeitsversicherung

Inhaltsverzeichnis

§ 1 Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge?
§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich die Beiträge und Versicherungsleistungen?
§ 3 Wann können Erhöhungen ausgesetzt werden?
§ 4 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?
§ 5 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen?

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

Der Beitrag für diesen Vertrag erhöht sich jeweils um den vereinbarten Prozentsatz.

Es kann auch vereinbart werden, dass der Beitrag im gleichen Verhältnis wie der Höchstbeitrag in der gesetzlichen Rentenversicherung erhöht wird. In diesem Fall beträgt die jährliche Erhöhung jeweils mindestens 5 %.

Die Erhöhung des Beitrages bewirkt eine Erhöhung der garantierten Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung. Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge (siehe § 4).

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich die Beiträge und Versicherungsleistungen?

Die Erhöhungen des Beitrages und der garantierten Berufsunfähigkeitsrente erfolgen jeweils zum Jahrestag des Versicherungsbeginns.

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

Bei der Einsteiger-Berufsunfähigkeitsversicherung erhöhen sich Beitrag und Versicherungsleistungen zum ersten Mal am ersten Jahrestag nach dem Ende der Staffelphase.

§ 3 Wann können Erhöhungen ausgesetzt werden?

(1) Auf Ihren Wunsch

Sie können jeder Erhöhung bis zum Ende des zweiten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen. Dann entfällt diese rückwirkend. Die Erhöhung entfällt auch, wenn Sie den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von 2 Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen.
Unterbliebene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.

Auch wenn Sie mehreren Erhöhungen nacheinander widersprochen haben, bleibt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen bestehen. Dies gilt unabhängig davon, wie vielen Erhöhungen Sie widersprochen haben.

(2) Auf unsere Veranlassung

Ein Recht auf Erhöhung von Beitrag und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung besteht in folgenden Situationen nicht mehr:
- Sie haben Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit, Berufsunfähigkeit oder sonstiger Invalidität beantragt. Im Falle der Ablehnung oder Beendigung unserer Leistungspflicht können Sie innerhalb von 2 Jahren die Wiederaufnahme der Erhöhungen beantragen. Auf eine erneute Gesundheitsprüfung verzichten wir. Wir prüfen dann die Einhaltung der einkommensabhängigen Obergrenze nach Absatz (3).
- Sie nehmen den BU-Retter nach § 18 Absatz (2) in Anspruch.
- Die verbleibende Beitragszahlungsdauer beträgt weniger als 5 Jahre. Ist der Vertrag als Rückdeckungsversicherung für eine Pensionszusage abgeschlossen worden, so erfolgt die Erhöhung bis maximal 1 Jahr vor Ablauf der Beitragszahlungsdauer.
- Nach dem 62. Geburtstag der versicherten Person.
- Sie haben die doppelte Berufsunfähigkeitsrente bei Unfall mit uns vereinbart und die garantierte jährliche Berufsunfähigkeitsrente beträgt mindestens 24.000 EUR.
- Die einkommensbezogene Obergrenze nach Absatz (3) wird überschritten.

(3) Einkommensbezogene Obergrenzen für die Erhöhung

Eine Erhöhung ist nur möglich, wenn dadurch insgesamt nicht mehr als 80 % des Nettoeinkommens aus beruflicher Tätigkeit abgesichert wird. Ist eine doppelte Berufsunfähigkeitsrente bei Unfall vereinbart, beträgt diese Grenze 60 % des Nettoeinkommens. Bei Selbstständigen ist hierfür der durchschnittliche Nettogewinn über die letzten 3 Geschäftsjahre maßgeblich.

Wir berücksichtigen hierbei
- alle privaten Berufsunfähigkeitsversicherungen und sonstigen Invaliditätsversicherungen inklusive Leistungen aus der Überschussbeteiligung.
- gleichartige Ansprüche aus gesetzlichen sowie betrieblichen Versorgungssystemen.
- Versorgungen bei berufsständischen Versorgungswerken mit 50 % ihrer aktuellen Berufsunfähigkeits- oder Invaliditätsrente.

§ 4 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?

Die Berechnung der erhöhten Leistungen erfolgt nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation. Wir legen dabei die bisherigen tariflichen Risikomerkmale zugrunde, insbesondere die berufliche Tätigkeit.
Das in den Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung in § 20 beschriebene Verfahren zur Erhebung und Verrechnung von Kosten gilt auch für die Erhöhung. Dabei wird jeder Erhöhungsteil hinsichtlich der Kosten wie ein eigenständiger Vertrag behandelt.

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

Alle im Rahmen des Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen gelten auch für die Erhöhung der Versicherungsleistungen. Dies gilt insbesondere für die Versicherungsbedingungen und von Ihnen festgelegte Bezugsrechte.

Die Erhöhung der Versicherungsleistungen setzt die Fristen bei Verletzung der Anzeigepflicht nicht erneut in Gang.