

EGO Top mit AU

Selbstständige Berufsunfähigkeits-Versicherung

Tarif: BVZ22

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung
2. Besondere Bedingungen für die Leistungen wegen Krankschreibung
3. Besondere Bedingungen für die Leistung bei Berufsunfähigkeit bei Infektionsgefahr
4. Besondere Bedingungen für die Nachversicherungsgarantie auf Erhöhung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente
5. Versicherungsschutz bei Berufsunfähigkeit - Erläuterungen und Hinweise zum Versicherungsschutz und zu den Bedingungen
6. Besondere Bedingungen für die planmäßige Erhöhung der Prämie und Leistungen ohne Gesundheitsprüfung
7. Kostenübersicht für zusätzlichen Verwaltungsaufwand

Vertragsvorschlag

D. Versicherungsbedingungen

- Seite 1 von 9 -



AVB: Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung

(LV_AVB_BV.2301)

Sehr geehrter Kunde,

in den Versicherungsbedingungen sprechen wir mit unserer persönlichen Anrede ("Sie") grundsätzlich den Versicherungsnehmer als denjenigen an, der die Versicherung beantragt hat und somit unser unmittelbarer Vertragspartner ist.

Im Text nehmen wir Bezug auf einige Gesetze. Die Abkürzungen bezeichnen im Einzelnen:

BGB: Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

VAG: Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz - VAG)

VVG: Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz - VVG)

Im Bedingungstext verwenden wir die Bezeichnung ERL-BU. Damit sind die Erläuterungen und Hinweise zum Versicherungsschutz und zu den Bedingungen gemeint.

Im Text schreiben wir an diversen Stellen, dass wir z. B. Ihre Willenserklärungen oder Unterlagen in Textform benötigen. Das bedeutet, dass Sie mit uns sowohl in Papierform (z. B. Brief) als auch elektronisch (z. B. E-Mail) kommunizieren können.

Gliederung

I. Leistungsbeschreibung

§ 1 Was ist versichert?

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

II. Leistungsauszahlung

§ 4 Wer erhält die Versicherungsleistung?

§ 5 Welche Obliegenheiten bestehen, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird?

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

§ 7 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

§ 8 Wann erhalten Sie eine Einmalzahlung zum Ende der Leistungspflicht?

§ 9 Was gilt bei einer Verletzung der Obliegenheiten?

§ 10 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

III. Überschussbeteiligung

§ 11 Wie sind Sie grundsätzlich an den Überschüssen beteiligt?

§ 12 Welche Besonderheiten gelten vor Leistungsbeginn?

§ 13 Welche Besonderheiten gelten ab Leistungsbeginn?

IV. Prämienzahlung

§ 14 Was haben Sie bei der Prämienzahlung zu beachten?

§ 15 Welche Kosten sind bei der Kalkulation Ihrer Versicherung berücksichtigt?

§ 16 Welche anlassbezogenen Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

§ 17 Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig zahlen?

§ 18 Wann können Sie Ihre Versicherung prämienfrei stellen?

V. Vorzeitige Beendigung

§ 19 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?

VI. Sonstiges

§ 20 Wann können Sie die vereinbarte Dauer Ihrer Versicherung verlängern?

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

§ 22 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?
§ 23 Wo ist der Gerichtsstand?

§ 24 Wie können Sie ein außergerichtliches Verfahren zur Streitschlichtung in Anspruch nehmen oder sich beschweren?

I. Leistungsbeschreibung

§ 1 Was ist versichert?

(1) Wird die versicherte Person während der Dauer dieser Berufsunfähigkeits-Versicherung berufsunfähig im Sinne des § 2, so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

a) Vollständige Befreiung von der Verpflichtung zur weiteren Prämienzahlung für die gesamte Versicherung, soweit eine solche Verpflichtung bei Beginn des Leistungsanspruchs noch besteht;

b) Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente.

Diese Rente zahlen wir jeweils zu den vereinbarten Rentenzahlungsterminen an den Bezugsberechtigten. Wenn der Rentenbeginn nicht mit dem vereinbarten Rentenzahlungstermin zusammenfällt, zahlen wir die erste Rente anteilig bis zum nächsten Rentenzahlungstermin.

Sofern Sie mit uns vereinbart haben, dass sich nach Eintritt der Berufsunfähigkeit die Zahlung der zu diesem Zeitpunkt versicherten Berufsunfähigkeitsrente jährlich um einen fest vereinbarten Prozentsatz erhöht (garantierte Rentensteigerung), erfolgt diese Erhöhung erstmals zum nächsten auf den Beginn der Berufsunfähigkeitsrente folgenden Versicherungstichtag (Beginn eines Versicherungsjahres). In der Kundeninformation nennen wir Ihnen den vereinbarten Prozentsatz der Erhöhung. Tritt nach einem Wegfall der Berufsunfähigkeit erneut Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen ein, so bleiben bereits erfolgte Erhöhungen aus der vorherigen Leistungspflicht erhalten.

(2) Der Anspruch auf Prämienbefreiung und Rente entsteht frühestens an dem Tag, an dem die Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen eingetreten ist.

(3) Ist eine Karenzzeit vereinbart, entsteht der Anspruch auf die Versicherungsleistungen erst, wenn sämtliche der nachfolgenden Voraussetzungen vorliegen:

a) Die vereinbarte Karenzzeit ist abgelaufen. Karenzzeit ist der in Monaten vereinbarte Zeitraum von dem Tag an, an dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist, bis zum Beginn der Leistungen wegen Berufsunfähigkeit.

b) Die Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen hat bis zum Ablauf der Karenzzeit ununterbrochen bestanden.

c) Die Berufsunfähigkeit dauert bei Ablauf der Karenzzeit noch an.

Endet die Berufsunfähigkeit bereits vor Ablauf der Karenzzeit, wird keine Leistung wegen Berufsunfähigkeit fällig. Dies teilen wir dem Anspruchsberechtigten mit.

(4) Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Prämien in voller Höhe weiter entrichten, wir werden jedoch die über den Leistungsbeginn hinaus gezahlten Prämien bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen. Bei einer vereinbarten Karenzzeit besteht auch bei Anerkennung einer Berufsunfähigkeit bis zum

Ende der Karenzzeit die Verpflichtung zur Prämienzahlung, so dass eine Prämienerrstattung oder eine Prämienstundung für diesen Zeitraum nicht erfolgen kann.

Wenn Sie es in Textform beantragen, werden wir Ihnen die noch zu zahlenden Prämien bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht stunden, ohne hierfür Stundungszinsen zu erheben.

Sollten wir Ihren Leistungsanspruch nicht anerkennen können und sollten Sie hiergegen gerichtlich vorgehen, sind wir auf Antrag in Textform bereit, Ihnen die aus einer etwaigen zinslosen Prämienstundung angewachsenen Prämienrückstände und die weiter fälligen Prämien zu stunden, ohne hierfür Stundungszinsen zu erheben. Die zinslose Stundung gewähren wir bis zur rechtskräftigen Entscheidung über Ihren vermeintlichen Leistungsanspruch.

Die gestundeten Prämien sind zum Ablauf des Stundungszeitraums nachzuzahlen. Auf Wunsch kann vereinbart werden, dass der nachzuzahlende Betrag innerhalb eines Zeitraumes von maximal 12 Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten geleistet wird.

Wenn Sie die gestundeten Prämien nach Ablauf des Stundungszeitraums nicht nachzahlen, verrechnen wir sie mit dem Deckungskapital, sofern dies in ausreichender Höhe vorhanden ist. Dadurch verringern sich die versicherten Leistungen.

(5) Der Anspruch auf Prämienbefreiung und Rente erlischt, wenn eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt (siehe hierzu auch die Regelungen gemäß § 7 über die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit). Der Anspruch erlischt ferner mit dem Tod der versicherten Person und spätestens bei Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer.

(6) Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Als Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen gilt

a) Berufsunfähigkeit infolge von Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall (Absätze 2 bis 7)

b) Berufsunfähigkeit infolge von voller Erwerbsminderung (Absatz 8)

c) Berufsunfähigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit (Absätze 9 bis 13)

d) Berufsunfähigkeit infolge von Demenz (Absatz 14).

Der in diesen Bedingungen verwendete Begriff der Berufsunfähigkeit stimmt nicht mit dem Begriff der Berufsunfähigkeit oder der Erwerbsminderung bzw. der Pflegebedürftigkeit im sozialrechtlichen Sinne oder dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeldversicherung überein. Der Bescheid eines Sozialversicherungsträgers führt daher nicht automatisch zu einem Leistungsanspruch aus dieser Berufsunfähigkeits-Versicherung.

(2) Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn Art, Schwere und Ausmaß einer Krankheit, einer Körperverletzung oder eines Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, nach allgemein anerkannten medizinischen Erkenntnissen erwarten lassen, dass die versicherte Person ununterbrochen wenigstens sechs Monate mindestens zu 50 % außer Stande sein wird, ihrem zuletzt bei Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, nachzugehen.

Bitte beachten Sie: Nach Eintritt unserer Leistungspflicht gilt:

Vertragsvorschlag

D. Versicherungsbedingungen

- Seite 2 von 9 -



- Wir überprüfen nicht nur, ob die versicherte Person weiterhin mindestens zu 50 % außer Stande ist, ihrem Beruf nachzugehen. Dabei legen wir den zuletzt bei Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübten Beruf zugrunde, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war.

- Zusätzlich prüfen wir auch, ob die versicherte Person konkret auf eine andere Tätigkeit verwiesen werden kann. Eine konkrete Verweisung ist nur dann möglich, wenn die versicherte Person nach dem Eintritt ihrer Berufsunfähigkeit neue berufliche Fähigkeiten und Kenntnisse erworben hat und diese einsetzt.

In beiden Fällen können wir die Leistungen einstellen. Die gesamte Regelung finden Sie in § 7.

(3) Hat ein Zustand der in Absatz 2 beschriebenen Art und Auswirkung mindestens sechs Monate ununterbrochen ange dauert, so gilt dieser Zustand von Beginn an als Berufsunfähigkeit.

(4) Bei den folgenden beruflichen Ausprägungen ist zusätzlich Folgendes zu beachten:

a) bei Auszubildenden wird für die Feststellung der Berufsunfähigkeit als ausgeübter Beruf das der Ausbildung entsprechende Berufsbild zu Grunde gelegt;

b) bei Selbständigen ist die berufliche Tätigkeit als "Selbständiger" dadurch geprägt,

- dass diese in ihren unternehmerischen Gestaltungsrechten grundsätzlich keiner Fremdbestimmung unterworfen sind und

- dass ihnen das betriebliche Direktionsrecht zukommt, wonach sie allein darüber bestimmen können, welches betriebliche Arbeitsfeld, in welchem Umfang und für welche Zeit sie durch eigene Arbeit ausfüllen und das ihnen gegenüber ihren Mitarbeitern die Weisungsbefugnis einräumt.

Auf der Grundlage dieser rechtlichen Ausgestaltung der beruflichen Tätigkeit entspricht daher der Beruf "der Leistung des Betriebes unter eigener Mitarbeit an einer von dem Selbständigen bestimmten Stelle."

Wenn Selbständige ihren Arbeitsplatz sowie ihren Tätigkeitsbereich und ggf. ihren Betrieb in zumutbarer Weise umorganisieren können und dadurch keine wesentliche Beeinträchtigung ihrer bisherigen Lebensstellung eintritt, da der Beruf auch dann noch gemäß dieser Bedingungen ausgeübt wird, liegen die Voraussetzungen für eine Berufsunfähigkeit nicht vor. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie wirtschaftlich zweckmäßig ist, von der versicherten Person auf Grund ihres unternehmerischen Frei raumes realisiert werden kann und keinen erheblichen Kapitalaufwand erfordert. Weitere Informationen finden Sie im Paragraphen "Welche Bedeutung hat die Umorganisation Ihres Betriebes auf die BU-Feststellung?" der ERL-BU.

Wenn Sie uns nachweisen, dass einer der folgenden Fälle vorliegt, verzichten wir auf eine Prüfung der Umorganisation:

- Die versicherte Person hat in ihrem Betrieb in den letzten zwei Jahren vor Eintritt der Berufsunfähigkeit durchgehend weniger als fünf Mitarbeiter beschäftigt. Zu den fünf Mitarbeitern zählen nur aus- oder ange lernte Angestellte. Praktikanten oder Werkstudenten bleiben dabei unberücksichtigt.

- Die versicherte Person hat eine abgeschlossene akademische Ausbildung. Sie hat mindestens zu 90 % kaufmännische oder organisatorische Tätigkeiten in ihrer täglichen Arbeitszeit vor Eintritt der Berufsunfähigkeit ausgeübt.

- Die versicherte Person war zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit in einem der folgenden Kammerberufe tätig: Rechts- oder Patentanwalt, Notar, Wirtschaftsprüfer, vereidigter Buchprüfer, Steuerberater

oder Steuerbevollmächtigter. Die versicherte Person hat zu diesem Zeitpunkt weniger als fünf Mitarbeiter beschäftigt. Zu den fünf Mitarbeitern zählen nur aus- oder ange lernte Angestellte. Praktikanten oder Werkstudenten bleiben dabei unberücksichtigt.

- Die versicherte Person war zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit als niedergelassener Arzt, Zahnarzt oder Tierarzt in einer Einzelpraxis oder einer Praxisgemeinschaft beziehungsweise Praxisorganisationsgemeinschaft tätig. Sie beschäftigt keine weiteren approbierten Mitarbeiter.

- Die versicherte Person war zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit als niedergelassener Arzt, Zahnarzt oder Tierarzt in einer Gemeinschaftspraxis beziehungsweise Berufsausübungsgemeinschaft tätig. Kein weiterer Partner oder angestellter approbierter Mitarbeiter der Gemeinschaftspraxis beziehungsweise Berufsausübungsgemeinschaft ist auf dem Fachgebiet der versicherten Person - auch nicht teilweise - tätig.

Bei Ärzten, Zahnärzten und Tierärzten gilt unabhängig von der Anzahl der beschäftigten Mitarbeiter: Wir berufen uns nicht auf eine Umorganisation, wenn und solange Sie uns nachweisen, dass eine konkrete Umorganisation nicht erfolgt ist.

c) bei Schülern orientiert sich die Feststellung der Berufsunfähigkeit an den bei Eintritt der Berufsunfähigkeit als Schüler konkret ausgeübten Aufgaben- und Tätigkeitsfeldern.

d) bei hauptberuflich tätigen Studenten wird für die Feststellung der Berufsunfähigkeit als ausgeübter Beruf das Mindestanforderungsprofil des Berufes zu Grunde gelegt, der dem angestrebten Studienabschluss entspricht. Können mit dem Studienabschluss verschiedene Berufe ausgeübt werden, erfolgt die Feststellung der Berufsunfähigkeit auf der Basis beruflicher Anforderungen mit hohen geistig-mental en Ansprüchen und mit überwiegend an einem festen Arbeitsplatz auszuübenden geringen bis leichten körperlichen Tätigkeiten.

e) bei Hausfrauen/-männern orientiert sich die Feststellung der Berufsunfähigkeit allein an den von ihr/ihm bei Eintritt der Berufsunfähigkeit als Hausfrau/-mann in ihrem/seinem Haushalt konkret ausgeübten Aufgaben- und Tätigkeitsfeldern. Voraussetzung für die Zugrundelegung dieses Berufsbildes ist, dass der Versicherungsschutz für den Fall der Berufsunfähigkeit als Hausfrau/-mann ohne anderweitige Berufsausübung abgeschlossen wurde und dieser Status bis zum Eintritt der Berufsunfähigkeit ununterbrochen vorgelegen hat. Hat die Hausfrau/der Hausmann nach Abschluss der Versicherung eine anderweitige Berufstätigkeit ausgeübt oder übt sie/er eine solche noch bei Eintritt der Berufsunfähigkeit aus, so erfolgt die Prüfung der Berufsunfähigkeit auf Basis dieses Berufes.

(5) Reduziert die versicherte Person während der Versicherungsdauer die Arbeitszeit ihres zuletzt ausgeübten Berufs aus gesundheitlichen Gründen, gilt: Zur Beurteilung der Berufsunfähigkeit legen wir die Arbeitszeit und den ausgeübten Beruf, so wie sie vor der Reduzierung der Arbeitszeit ausgestaltet waren, zugrunde.

(6) Reduziert die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit

- aus nicht gesundheitlichen Gründen,

- auf weniger als 30 Arbeitsstunden wöchentlich

und sind seit der Reduzierung bis zum Eintritt der Berufsunfähigkeit

- weniger als 5 Jahre vergangen sowie

- 30 Arbeitsstunden wöchentlich nicht überschritten worden,

gilt: Zur Beurteilung der Berufsunfähigkeit legen wir die Arbeitszeit und Ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie sie vor der Reduzierung ausgestaltet waren, zugrunde.

Reduziert die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit

- aus nicht gesundheitlichen Gründen,

- auf weniger als 30 Arbeitsstunden wöchentlich

und sind seit der Reduzierung bis zum Eintritt der Berufsunfähigkeit

- mehr als 5 Jahre vergangen

gilt: Zur Beurteilung der Berufsunfähigkeit legen wir die Arbeitszeit und Ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie sie zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit ausgestaltet sind, zugrunde.

(7) Scheidet die versicherte Person aus dem Berufsleben aus und werden später Leistungen wegen einer nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben eingetretenen Berufsunfähigkeit beantragt, so ist für die Frage, ob eine Berufsunfähigkeit im Sinne der Absätze 2 bis 6 vorliegt, der beim Ausscheiden aus dem Berufsleben ausgeübte Beruf mit dessen Lebensstellung maßgebend.

(8) Berufsunfähigkeit liegt auch vor, wenn die versicherte Person eine unbefristete Rente der Deutschen Rentenversicherung wegen voller Erwerbsminderung ausschließlich aus medizinischen Gründen erhält.

Dies gilt nur, wenn

- der Vertrag bei Eintritt der vollen Erwerbsminderung mindestens seit 10 Jahren bestand und

- bei Vertragsabschluss kein individueller Leistungsabschluss vereinbart wurde.

Für den Begriff der vollen Erwerbsminderung gilt die Definition gemäß § 43 Absatz 2 Sozialgesetzbuch (SGB) VI in der Fassung vom 20.04.2007.

(9) Berufsunfähigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn Art, Schwere und Ausmaß einer Krankheit, einer Körperverletzung oder eines Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, nach allgemein anerkannten medizinischen Erkenntnissen erwarten lassen, dass die versicherte Person ununterbrochen wenigstens sechs Monate im Umfange von mindestens einem Pflegepunkt nach den Absätzen 11 bis 13 pflegebedürftig sein wird.

(10) Hat ein Zustand der in Absatz 9 beschriebenen Art und Auswirkung mindestens sechs Monate ununterbrochen ange dauert, so gilt dieser Zustand von Beginn an als Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit.

(11) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, so hilflos ist, dass sie für die in der folgenden Punktetabelle genannten Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf und diese Hilfe auch täglich erfolgt.

Bewertungsmaßstab für die Einstufung des Pflegefalles ist die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung wird die nachstehende Punktetabelle zu Grunde gelegt:

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

a) Fortbewegen im Zimmer: 1 Punkt

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

b) Aufstehen und Zubettgehen: 1 Punkt

Vertragsvorschlag

D. Versicherungsbedingungen

- Seite 3 von 9 -



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

c) An- und Auskleiden: 1 Punkt

Hilfbedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.

d) Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken: 1 Punkt

Hilfbedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann.

e) Waschen, Kämmen oder Rasieren: 1 Punkt

Hilfbedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung von Wannengriff oder Wannenslift - von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.

f) Verrichten der Notdurft: 1 Punkt

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

- sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
- ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil

- der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

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

(12) Unabhängig von der Bewertung auf Grund der Punktetabelle gemäß Absatz 11 ist mehr als ein Pflegepunkt erreicht, wenn die versicherte Person

a) wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf oder

b) wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann (Bewahrung) oder

c) dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann.

(13) Bei der Bewertung der Pflegebedürftigkeit führen vorübergehende akute Erkrankungen zu keiner höheren Einstufung. Vorübergehende Besserungen bleiben ebenfalls unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

(14) Die versicherte Person ist berufsunfähig infolge von Demenz, wenn eine Demenz mit mittelschweren Leistungseinbußen

- ab einem Schweregrad 5, ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg oder

- ab einem entsprechenden Schweregrad einer alternativen, anerkannten Demenzbeurteilungsskala

vorliegt.

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht und wo er eintritt. Bei folgenden Ursachen gilt

jedoch ein Ausschluss der Leistungspflicht. Der Nachweis des Leistungsausschlusses ist von uns zu führen.

(2) Wir leisten nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:

a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig wird, denen sie während eines Aufenthaltes im Ausland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war (z. B. im Rahmen von humanitären Hilfeleistungen, wie beispielsweise Ärzte ohne Grenzen);

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

c) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person. Dieser Ausschluss gilt nicht bei fahrlässigen und grob fahrlässigen Verstößen. Er gilt ebenfalls nicht bei allen Delikten im Straßenverkehr;

d) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung, es sei denn, dass uns der Anspruchserhebende nachweist, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind;

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

f) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass es zu deren Abwehr und Bekämpfung des Einsatzes der Katastrophenschutzbehörde der Bundesrepublik Deutschland oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf.

II. Leistungsauszahlung

§ 4 Wer erhält die Versicherungsleistung?

(1) Die Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer oder an Ihre Erben, falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die bei Eintritt des Versicherungsfalles die Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag erwerben soll (Bezugsberechtigter).

Neben der versicherten Person können Sie nur einen der im Folgenden genannten Angehörigen der versicherten Person als Bezugsberechtigten benennen:

- Ehepartner, eingetragener Lebenspartner oder Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerähnlichen Gemeinschaft

- Verwandter in gerader Linie: Das sind Personen, von denen der eine vom anderen abstammt. Dazu gehören insbesondere Eltern, Kinder und Adoptivkinder, Großeltern und Enkelkinder.

- Schwägerter in gerader Linie: Das sind Personen, mit denen der Ehepartner oder eingetragene Lebenspartner in gerader Linie verwandt ist.

- Stiefmutter oder Stiefvater

- Schwiegertochter oder Schwiegersohn

- Schwester oder Bruder

- Nichte oder Neffe

- Ehepartner oder eingetragener Lebenspartner einer Schwester oder eines Bruders

- Schwester oder Bruder des Ehepartners oder eingetragenen Lebenspartners

- Tante oder Onkel

Einen abweichenden Bezugsberechtigten können Sie nicht benennen.

Ein widerrufliches oder unwiderrufliches Bezugsrecht endet

- mit dem Tod des Bezugsberechtigten oder

- mit dem Ende der eheähnlichen oder lebenspartnerähnlichen Gemeinschaft.

Bei allen anderen Änderungen der Lebenssituation, beispielsweise nach einer Scheidung, bleibt das Bezugsrecht bestehen.

Gegebenenfalls bedarf es zur Benennung des Bezugsberechtigten zusätzlich einer Zustimmung Dritter. Bis zur jeweiligen Fälligkeit können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen. Nach dem Tod der versicherten Person kann das Bezugsrecht nicht mehr widerrufen werden.

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

(3) Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts sowie die Abtretung oder Verpfändung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns von bisherigen Berechtigten in Textform angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie; es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits vorher Verfügungen (z. B. unwiderrufliche Bezugsberechtigung, Abtretung, Verpfändung) vorgenommen haben.

(4) Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag unwiderruflich und damit sofort erwerben soll. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.

(5) Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf das von ihm angegebene Konto auf seine Kosten und Gefahr.

§ 5 Welche Obliegenheiten bestehen, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird?

(1) Werden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt, können wir von dem Anspruchserhebenden verlangen, dass er uns jede Auskunft erteilt, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), dass er uns alle Angaben macht, die zur Aufklärung des Sachverhalts dienlich sind, um uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht zu ermöglichen (Aufklärungsobliegenheit), und dass er die Auskünfte nach § 22 erteilt. Darüber hinaus ist uns von dem Anspruchserhebenden die Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 nachzuweisen. Hierfür sind uns folgende Unterlagen einzureichen:

a) bei einer Berufsunfähigkeit nach § 2 Absätze 2 bis 7:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit und

- ausführliche Berichte der Ärzte, Psychologen und Psychotherapeuten, die die versicherte Person behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art und Verlauf der Gesundheitsstörungen, deren Auswirkungen auf die körperlichen, geistigen oder seelischen Funktionen, die bisherige bzw. voraussichtliche Dauer der Gesundheitsstörungen sowie über den Grad der Beeinträchtigung, dem zuletzt bei Eintritt des

Vertragsvorschlag

D. Versicherungsbedingungen

- Seite 4 von 9 -



Versicherungsfalles ausgeübten Beruf nachgehen zu können, und

- Unterlagen über die von der versicherten Person durch Ausbildung und Erfahrung erworbenen beruflichen Fähigkeiten und Kenntnisse, über ihren Beruf, ihre Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen, und

- sofern die versicherte Person selbständig ist, Nachweise über die Betriebsstruktur vor Eintritt der Berufsunfähigkeit und zum Zeitpunkt des Eintritts sowie über die nach Eintritt der Berufsunfähigkeit eingetretenen Veränderungen der betrieblichen und wirtschaftlichen Verhältnisse und der Mitarbeitersituation des Betriebes.

b) bei einer Berufsunfähigkeit infolge von voller Erwerbsminderung nach § 2 Absatz 8:

- den Bewilligungsbescheid für die unbefristete Rente wegen voller Erwerbsminderung.

c) bei einer Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit nach § 2 Absätze 9 bis 13:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit und

- ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art und Verlauf der Gesundheitsstörungen, deren Auswirkungen auf die körperlichen, geistigen oder seelischen Funktionen, die bisherige bzw. voraussichtliche Dauer der Gesundheitsstörungen sowie über den Umfang der Pflegebedürftigkeit und

- eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Beginn, Art, Umfang und Dauer der bisherigen bzw. zu erwartenden künftigen Pflege.

d) bei einer Berufsunfähigkeit infolge von Demenz nach § 2 Absatz 14:

- Unterlagen und Testungen der behandelnden Fachärzte und Psychologen, die eine Demenz mit mittelschweren Leistungseinbußen nach § 2 Absatz 14 belegen.

Die einzureichenden Unterlagen gemäß Absatz 1 a), 1 b), 1 c) bzw. 1 d) erkennen wir nur an, wenn sie in deutscher Sprache verfasst sind oder in amtlich beglaubigter Übersetzung vorliegen.

Die entstehenden Kosten für die Nachweise gemäß Absatz 1 a), 1 b), 1 c) bzw. 1 d) hat der Anspruchserhebende zu tragen.

(2) Darüber hinaus können wir zur Beurteilung unserer Leistungspflicht auf unsere Kosten weitere Auskünfte und Aufklärungen sowie Nachweise verlangen über

a) die beruflichen und wirtschaftlichen Verhältnisse der versicherten Person und über die eingetretenen Veränderungen sowie

b) Beginn, Ursache, Art, Umfang und Verlauf der zur Berufsunfähigkeit bzw. zur Pflegebedürftigkeit führenden Gesundheitsstörungen und

c) die gesundheitlichen Verhältnisse der versicherten Person vor Abgabe der Erklärung über ihre Gesundheitsverhältnisse oder etwaiger Nacherklärungen vor Abschluss des Vertrages.

Hierzu sind auf unser Verlangen Auskünfte und Unterlagen von Ärzten und Behandlern (z. B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten, Psychologen, Physiotherapeuten, Masseur oder Krankengymnasten), Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, anderen Personenversicherern und gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden beizubringen.

(3) Wir können außerdem zur Beurteilung unserer Leistungspflicht auf unsere Kosten weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte verlangen. Auf dem Gebiet der Psyche können wir zusätzlich Testungen durch von uns beauftragte Psychologen verlangen.

Hierfür können wir von der versicherten Person verlangen, dass sie sich in Deutschland oder bei einem Arzt einer deutschen Botschaft untersuchen lässt. Wenn die versicherte Person für die geforderte Untersuchung aus dem Ausland nach Deutschland reisen muss, übernehmen wir neben den Untersuchungskosten auch die üblichen Reise- und Unterbringungskosten. Unter den üblichen Reise- und Unterbringungskosten verstehen wir die Anreisekosten gemäß Bahnfahrt 2. Klasse und - falls erforderlich - Flug in der economy class und Unterbringung in einem 4-Sterne-Hotel. Auf Untersuchungen in Deutschland können wir verzichten, wenn die vor Ort angewendeten Untersuchungsverfahren und -methoden den Grundlagen und Leitlinien zur Beurteilung der sozialmedizinischen Leistungsfähigkeit der deutschen Rentenversicherung entsprechen.

(4) Sie sind nicht verpflichtet, uns von sich aus eine Besserung Ihres Gesundheitszustandes bzw. die Minderung der Berufsunfähigkeit nach BU-Eintritt anzuzeigen. Sie sind zudem nicht verpflichtet, den Eintritt der Berufsunfähigkeit unverzüglich anzuzeigen.

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

(1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen und Untersuchungsergebnisse erklären wir in Textform innerhalb von zehn Arbeitstagen, ob wir eine Leistungspflicht anerkennen. Während der Prüfung werden wir Sie mindestens alle vier Wochen über den Sachstand informieren.

(2) Wir verzichten auf das Recht nach § 173 Absatz 2 VVG, ein einmalig befristetes Anerkenntnis auszusprechen.

(3) Auf Ihren Antrag hin werden wir jedoch in Textform ein einmalig auf 15 Monate befristetes Anerkenntnis aussprechen, sofern bei der versicherten Person

- eine Krebserkrankung gemäß Absatz 4,

- eine vollständige Erblindung gemäß Absatz 5 oder

- vollständige Taubheit gemäß Absatz 6

vorliegt.

Voraussetzung für die befristete Anerkennung ist, dass der Vertrag zum Zeitpunkt der ersten Diagnose bzw. des ersten Befundes mindestens seit sechs Monaten prämiempflichtig bestand.

Den Antrag müssen Sie in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) stellen. Wird der Antrag später als sechs Monate nach

- der Erstdiagnose der Krebserkrankung bzw.

- dem Erstuntersuchungsbefund der vollständigen Erblindung bzw.

- dem Erstuntersuchungsbefund der vollständigen Taubheit

gestellt, besteht kein Anspruch auf ein befristetes Anerkenntnis. Diese Einschränkung gilt nicht, wenn die verspätete Meldung nicht verschuldet worden ist.

Bis zum Ablauf der Frist sind wir an dieses Anerkenntnis gebunden. Dies bedeutet, dass unsere Leistungen nicht enden, wenn sich die Gesundheit der versicherten Person vor Ablauf der 15 Monate verbessern sollte.

Im Anschluss an unsere Erklärung zum befristeten Anerkenntnis führen wir die Leistungsprüfung fort. Spätestens zum Ende des auf 15 Monate befristeten Aner-

kenntnisses geben wir gemäß Absatz 1 endgültig eine Erklärung ab, ob wir die Leistungspflicht unbefristet anerkennen.

Unabhängig davon erkennen wir unsere Leistungspflicht unbefristet an, wenn dies nach Aktenlage sachlich geboten ist.

(4) Eine Krebserkrankung liegt vor, wenn die versicherte Person

- eine Chemotherapie oder eine Strahlentherapie begonnen hat oder diese unmittelbar bevorsteht und mindestens ein Tochtergeschwulst, entstanden durch die Absiedlung bösartiger Tumorzellen aus dem Ursprungstumor (Metastase), beispielsweise in Lymphknoten, Knochen oder Lunge, festgestellt wurde oder

- sich wegen der Schwere der Erkrankung in einer palliativen Therapie befindet.

Den Nachweis müssen Sie durch Vorlage eines onkologischen Facharztberichtes führen. Dieser Bericht muss den Zeitpunkt der Erstdiagnose, Art und Ausbreitung der Krebserkrankung mit Angabe des Krankheitsstadiums sowie den Behandlungs- bzw. Therapieplan enthalten.

(5) Vollständige Erblindung liegt vor, wenn das Sehvermögen auch nach Einsatz von Hilfsmitteln so stark eingeschränkt ist, dass auf jedem Auge

- nur noch ein Restsehvermögen von höchstens 5 % oder

- eine Einschränkung des Gesichtsfeldes auf höchstens 15 Grad Abstand vom Zentrum besteht.

Geeignete Hilfsmittel sind z. B. eine Brille oder Kontaktlinsen.

Den Nachweis müssen Sie über einen augenärztlich bescheinigten Sehtest bzw. das Ergebnis einer Gesichtsfelduntersuchung erbringen.

(6) Vollständige Taubheit liegt vor, wenn

- auch unter Nutzung von Hilfsmitteln eine Schallempfindungsschwerhörigkeit auf beiden Ohren besteht und

- Sie uns mittels Tonaudiogramm (Knochenleitung) eines Hals-Nasen-Ohrenarztes einen Hörverlust von jeweils mindestens 60 Dezibel nachweisen.

Ein geeignetes Hilfsmittel ist z. B. ein Hörgerät.

§ 7 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

(1) Nach Eintritt unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 bzw. den Wegfall der Leistungspflicht nach § 1 Absatz 5 nachzuprüfen; insbesondere können wir auch einen Nachweis verlangen, dass die versicherte Person noch lebt.

Wir können auch prüfen, ob die versicherte Person nach Eintritt ihrer Berufsunfähigkeit neue berufliche Fähigkeiten und Kenntnisse erworben hat. Dies kann beispielsweise durch Umschulung, Einarbeitung (Training on the Job) oder Fortbildungen jeglicher Art wie Besuch von Kursen, Seminaren oder Vorträgen erfolgt sein. In diesem Fall liegt eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vor, wenn alle nachfolgenden Voraussetzungen zutreffen (konkrete Verweisung):

a) Die versicherte Person übt eine neue berufliche Tätigkeit aus und setzt hierbei diese neu erworbenen Fähigkeiten und Kenntnisse ein.

b) Die versicherte Person kann auf Grund ihrer gesundheitlichen Verhältnisse diese Tätigkeit ausüben.

c) Diese ausgeübte berufliche Tätigkeit entspricht der Lebensstellung der versicherten Person zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit in wirtschaftlicher und

sozialer Hinsicht. In wirtschaftlicher Hinsicht ist das dann der Fall, wenn die Vergütung für die neue berufliche Tätigkeit nicht spürbar unter dem Niveau der Vergütung für die berufliche Tätigkeit zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit liegt. Bei diesem Vergleich entsprechen sich beide Lebensstellungen noch, wenn der Beruf zu einer Einkommensminderung von weniger als 20 % des Einkommens aus Erwerbstätigkeit (vor Abzug von Steuern) führt. Sollte die künftige Rechtsprechung geringere Zumutbarkeitsgrenzen festlegen, würden diese Grenzen zu beachten sein. Im begründeten Einzelfall kann eine geringere Zumutbarkeitsgrenze berücksichtigt werden.

Liegen die vorgenannten Voraussetzungen vor, ist es unerheblich, ob die Berufsunfähigkeit in dem Beruf, zu dem unsere Leistungspflicht anerkannt oder festgestellt wurde, fortdauern würde.

(2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte im Sinne des § 5 und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Auf dem Gebiet der Psyche können wir zusätzlich Testungen durch von uns zu beauftragende Psychologen verlangen. Die Regelungen des § 5 Absätze 2 bis 3 gelten entsprechend.

(3) Liegt eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vor, so werden wir unsere Leistungen einstellen. Die Einstellung teilen wir dem Anspruchsberechtigten in Textform mit; sie wird nicht vor Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Prämienzahlung - in gleicher Höhe wie vor Eintritt der Berufsunfähigkeit - wieder aufgenommen werden.

(4) Bei Berufsunfähigkeit infolge von voller Erwerbsminderung, Pflegebedürftigkeit und Demenz beschränken wir unsere Nachprüfungen auf einen Nachweis, dass die versicherte Person noch lebt.

(5) Sofern eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen bei Anspruchserhebung oder bei unserer Erklärung gemäß § 6 bereits nicht mehr besteht, gilt die in Absatz 3 genannte Frist für die Einstellung der Leistungen nicht. In diesem Fall bestehen Ansprüche längstens für den Zeitraum vom Eintritt bis zum Wegfall der Berufsunfähigkeit.

§ 8 Wann erhalten Sie eine Einmalzahlung zum Ende der Leistungspflicht?

(1) Wenn unsere Leistungspflicht im Rahmen der Nachprüfung endet, weil die versicherte Person aufgrund neu erworbener Fähigkeiten und Kenntnisse wieder eine Tätigkeit gemäß § 7 konkret ausübt, zahlen wir zum Ende der Leistungspflicht eine Wiedereingliederungshilfe.

(2) Wenn unsere Leistungspflicht im Rahmen der Nachprüfung endet, weil die versicherte Person ihren Betrieb erstmals zumutbar umorganisiert hat oder umorganisieren könnte, zahlen wir zum Ende der Leistungspflicht eine Umorganisationshilfe.

(3) Als Wiedereingliederungs- bzw. Umorganisationshilfe zahlen wir einen einmaligen Betrag in Höhe von sechs Monatsrenten, insgesamt aber höchstens 12.000 EUR. Eine Monatsrente entspricht dabei der zuletzt vor Leistungseinstellung gezahlten Monatsrente.

(4) Voraussetzung für die Zahlung der Wiedereingliederungs- bzw. Umorganisationshilfe ist, dass bei Entstehen des Anspruchs die verbleibende Leistungsdauer für die Rente noch mindestens zwölf Monate beträgt.

(5) Wenn bei der versicherten Person innerhalb von sechs Monaten erneut Berufsunfähigkeit aufgrund derselben medizinischen Ursache eintritt, verrechnen wir im Fall der Anerkennung unserer Leistungspflicht die Einmalzahlung mit den Berufsunfähigkeitsrenten.

(6) Die Wiedereingliederungshilfe und die Umorganisationshilfe können während der Dauer dieser Versicherung mehrmals geleistet werden. Sie können aber nicht gleichzeitig für denselben Leistungsfall geleistet werden.

(7) Wenn unsere Leistungspflicht durch eine medizinische oder berufliche Rehabilitationsmaßnahme endet, so beteiligen wir uns an den Kosten der Rehabilitationsmaßnahme bis zu einer Höhe von drei Monatsrenten, höchstens jedoch 3.000 EUR, soweit die Kosten nicht von Dritten übernommen werden. Diese Leistung kann während der Dauer der Versicherung nur einmal in Anspruch genommen werden. Den Nachweis, dass die Kosten nicht von einem Dritten übernommen wurden, haben Sie als Versicherungsnehmer zu erbringen.

§ 9 Was gilt bei einer Verletzung der Obliegenheiten?

(1) Solange eine Obliegenheit nach § 5 oder § 7 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich oder arglistig nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen, es sei denn, Sie weisen uns nach, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

(2) Die Ansprüche auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit bleiben abweichend von Absatz 1 insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist; dies gilt nicht, wenn die Obliegenheit arglistig verletzt wurde.

(3) Wenn die Obliegenheit später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet, jedoch frühestens nach Ablauf einer vereinbarten Karenzzeit.

§ 10 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

(1) Den Inhaber des Versicherungsscheines können wir als berechtigt ansehen, Leistungen aus dem Versicherungsvertrag in Empfang zu nehmen.

(2) Wir können verlangen, dass der Inhaber des Versicherungsscheines seine Berechtigung nachweist. In den Fällen des § 4 Absatz 3 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die Anzeige des bisherigen Berechtigten oder dessen Zustimmung in Textform vorliegt.

III. Überschussbeteiligung

§ 11 Wie sind Sie grundsätzlich an den Überschüssen beteiligt?

(1) Die garantierten Versicherungsleistungen können sich um Leistungen aus der Überschussbeteiligung erhöhen. An den entstehenden Überschüssen und an den Bewertungsreserven werden wir Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 VVG nach folgenden Grundsätzen und Maßstäben beteiligen.

(2) Bei der Prämienkalkulation und bei der Berechnung der Rentenhöhe müssen wir vorsichtige Annahmen über die künftige Entwicklung der Kapitalanlagen (Zinsen), des Risikoverlaufs und der Kosten zugrunde legen, damit wir jederzeit die garantierten Leistungen erbringen können. Aus dem Unterschied zwischen den tatsächlichen und den bei der Prämienkalkulation bzw. Berechnung der Rentenhöhe angenommenen

a) Aufwendungen für Versicherungsfälle (Risikoegebnis),

b) Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb (Kostenergebnis) und

c) Nettoerträgen der Kapitalanlagen (Zinsergebnis)

können Überschüsse entstehen. Allerdings ist nicht ausgeschlossen, dass die einzelnen Ergebnisse auch negativ (Verlust) sein können.

Ob und in welcher Höhe Überschüsse entstehen, hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also von uns nicht garantiert werden.

(3) Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist bei unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

An den sich daraus ergebenden Überschüssen werden die Versicherungsnehmer auf der Grundlage der Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) angemessen beteiligt.

(4) Die verschiedenen Versicherungsarten (wie z. B. Risiko-, Renten-, Kapitalversicherungen) tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Gewinnverbänden zusammengefasst. Gewinnverbände bilden wir beispielsweise, um das versicherte Risiko zu berücksichtigen. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Gewinnverbände (ggf. können auch mehrere zusammengefasst werden) orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der so genannten Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf abzuschwächen. Die Verwendung der der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugewiesenen Beträge richtet sich nach der jeweils gültigen gesetzlichen Regelung. Gemäß § 140 Absatz 1 VAG darf diese Rückstellung grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden; mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde ist auch eine anderweitige Verwendung (derzeit z. B. zur Abwendung eines drohenden Notstandes im Interesse der Versicherungsnehmer, oder zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste auf Grund von allgemeinen Änderungen der Verhältnisse, oder zur Erhöhung der Deckungsrückstellung, sofern die Rechnungsgrundlagen auf Grund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen) möglich.

(5) Die Versicherungsnehmer werden bei Rentenbeginn sowie während eines Rentenbezugs an den Bewertungsreserven, die nach aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, gemäß § 153 VVG beteiligt.

(6) Die Bewertungsreserven sorgen für Sicherheit und dienen dazu, kurzfristige Ausschläge an den Kapitalmärkten auszugleichen.

Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert unserer Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem diese Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind.

(7) Die Prämien Ihrer Versicherung sind so kalkuliert, dass sie für die Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle und Kosten benötigt werden. Für die Bildung weiterer Kapitalerträge stehen deshalb keine oder

Vertragsvorschlag

D. Versicherungsbedingungen

- Seite 6 von 9 -



allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung. Daher entstehen keine oder nur geringe Bewertungsreserven.

(8) Die Höhe der Bewertungsreserven wird zu monatlichen Stichtagen ermittelt, die für jeweils ein Kalenderjahr im Voraus festgelegt werden.

Die Höhe der Bewertungsreserven zum Bilanzstichtag sowie die maßgeblichen Stichtage für die Ermittlung der Bewertungsreserven werden im Geschäftsbericht veröffentlicht, den Sie jederzeit bei uns anfordern können.

(9) Während des Rentenbezugs erfolgt die Beteiligung an den Bewertungsreserven entsprechend der Regelungen, die vertraglich für die Verwendung der Überschüsse vereinbart wurden.

(10) Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen desjenigen Gewinnverbands, der in Ihrem Versicherungsschein genannt ist (Gewinnanteile). Die Mittel für die Gewinnanteile werden bei der Direktgutschrift aus dem Ergebnis des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Gewinnanteilsätze wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Gewinnanteilsätze in unserem Geschäftsbericht.

Den Geschäftsbericht können Sie bei uns jederzeit anfordern.

(11) Die Gewinnanteile ergeben sich aus der Multiplikation von Gewinnanteilsätzen mit bestimmten Bezugsgrößen.

Weitere Erläuterungen zu den einzelnen Gewinnanteilen, den Bezugsgrößen und zur Verwendung der Gewinnanteile vor und ab Leistungsbeginn enthalten die beiden nachfolgenden Paragraphen.

Soweit die Gewinnanteile zur Leistungserhöhung aus der Überschussbeteiligung verwendet werden, sind hierfür die bei Zuteilung für Ihren Vertrag geltenden Kalkulationsgrundlagen für Erhöhungsleistungen maßgeblich. Zu den Kalkulationsgrundlagen gehören unsere Annahmen über Kapitalerträge (Rechnungszins), Risikoverlauf und Kosten.

§ 12 Welche Besonderheiten gelten vor Leistungsbeginn?

(1) In dem vorangehenden Paragraphen haben wir beschrieben, welche Arten von Überschüssen wann entstehen können (Zins-, Risiko- und Kostenergebnis) und wodurch deren Höhe beeinflusst wird.

Vor Leistungsbeginn können jährlich Risikogewinne anfallen, die sich je nach der gemäß Absatz 2 gewählten Gewinnzuteilungsform in Prozent der Prämie ohne Berücksichtigung von Gewinnanteilen (prämienpflichtige Versicherungen mit Gewinnzuteilungsform A) bzw. der Risikoprämie zu Beginn des jeweiligen Versicherungsjahres (in allen anderen Fällen) bemisst. Dieser Gewinnanteil berücksichtigt neben den Risikogewinnen auch Kosten- und bei prämienpflichtigen Versicherungen zusätzlich Zinsgewinne oder -verluste.

(2) Diese Risikogewinne werden entsprechend der im Rahmen der tariflichen Möglichkeiten von Ihnen gewählten und in der Kundeninformation dokumentierten Gewinnzuteilungsform verwendet.

Bei Ihrer Versicherung können die folgenden Gewinnzuteilungsformen vereinbart werden:

a) Gewinnzuteilungsform A: Wir verrechnen die Risikogewinne mit den fälligen Prämien. Im Falle der Prämienfreistellung verwenden wir, sofern die Berufsunfähigkeits-Versicherung prämienfrei fortgesetzt werden kann, danach die Gewinnanteile wie die Zinsgewinnanteile gemäß Absatz 3.

b) Gewinnzuteilungsform B: Wir erhöhen bei Eintritt des Versicherungsfalles die Berufsunfähigkeitsrente um einen Bonus, der in Prozent der versicherten jährlichen Berufsunfähigkeitsrente festgesetzt wird. Der Bonus wird zusammen mit der versicherten Leistung fällig.

Führt eine Neufestsetzung der Gewinnanteile zu einer Reduzierung des Bonus, so können Sie - sofern noch keine Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 eingetreten ist - die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung innerhalb von drei Monaten nach Zugang unserer Mitteilung beantragen. Wir teilen Ihnen schriftlich mit, ab wann die Reduzierung des Bonus wirksam wird und wie hoch die Erhöhungsbeträge für Rente und Prämie sind.

(3) Bei prämienfreien Versicherungen können außerdem Zinsgewinne in Prozent des Deckungskapitals für die versicherte Leistung und des Deckungskapitals für den Rentenzuwachs entstehen.

Wir werden diese Zinsgewinne zum Ende eines jeden Versicherungsjahres zuteilen und als Prämie für einen Rentenzuwachs zur Erhöhung der versicherten Leistungen verwenden. Diese Erhöhung wird nach den allgemein anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnet und ist für die Zukunft garantiert.

(4) Die jährlichen Verwaltungskosten, die bei der Berechnung des Rentenzuwachses berücksichtigt werden, betragen 0,1 % des gebildeten Rentenzuwachses.

§ 13 Welche Besonderheiten gelten ab Leistungsbeginn?

(1) Während der Fälligkeit der Berufsunfähigkeitsrente bilden wir jährlich einen Rentenzuwachs, der in Prozent der Berufsunfähigkeitsrente einschließlich des Bonus und des erreichten Rentenzuwachses bemessen wird. Die Leistungserhöhung finanziert sich aus dem Ihrer Versicherung zugeteilten Gewinnanteil, der entsprechend den Regelungen des § 11 sowohl die Zins- als auch die Risiko- und Kostengewinne oder -verluste berücksichtigt. Daher können der Gewinnanteil und der Rentenzuwachs den Wert Null annehmen. Diese Erhöhung erfolgt erstmals zum nächsten auf den Beginn der Berufsunfähigkeitsrente folgenden Versicherungsstichtag (Beginn eines Versicherungsjahres), wird nach den allgemein anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnet und ist für die Zukunft garantiert.

Haben Sie mit uns eine garantierte Rentensteigerung gemäß § 1 Absatz 1 b) vereinbart, bemisst sich der jährliche Rentenzuwachs in Prozent der um den vereinbarten Prozentsatz erhöhten Berufsunfähigkeitsrente einschließlich des Bonus, der erreichten garantierten Rentensteigerungen und des erreichten Rentenzuwachses. Diese Erhöhung erfolgt erstmals zum nächsten auf den Beginn der Berufsunfähigkeitsrente folgenden Versicherungsstichtag, wird nach den allgemein anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnet und ist für die Zukunft garantiert. Der Rentenzuwachs erhöht sich nach dem Zuteilungszeitpunkt zu jedem folgenden Versicherungsstichtag garantiert um den vereinbarten Prozentsatz seines Vorjahreswertes.

(2) Die jährlichen Verwaltungskosten, die bei der Berechnung des Rentenzuwachses berücksichtigt werden, betragen 3 % des gebildeten Rentenzuwachses.

IV. Prämienzahlung

§ 14 Was haben Sie bei der Prämienzahlung zu beachten?

(1) Die Prämien zu Ihrer Versicherung können Sie je nach Vereinbarung durch jährliche, halbjährliche, vierteljährliche oder monatliche Prämienzahlung (laufende Prämien) entrichten. Die Wahl der Prämienzahlweise hat auch Auswirkungen auf die Summe der Prämien,

die Sie insgesamt für Ihren Versicherungsschutz zahlen; das heißt, dass bei gleicher versicherter Rente zum Beispiel eine jährliche Prämienzahlweise in der Summe insgesamt einen geringeren Prämienaufwand erfordert als eine monatliche Prämienzahlweise.

(2) Die Prämie müssen Sie wie vertraglich vereinbart zu Beginn einer jeden Versicherungsperiode zahlen. Die Versicherungsperiode entspricht der vereinbarten Prämienzahlungsperiode.

(3) Zahlungen der Prämie an uns können nur wirksam auf ein von uns benanntes Konto entrichtet werden. Ein Versicherungsvermittler ist nicht zur Entgegennahme von Zahlungen bevollmächtigt.

(4) Die Übermittlung der Prämien erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

(5) Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung werden wir etwaige Prämienrückstände verrechnen.

(6) Sie können mit uns eine Vereinbarung in Textform über eine zinslose Stundung der Prämienzahlung für einen Zeitraum von maximal 24 Monaten schließen, wenn die nach Ablauf der Stundung verbleibende Prämienzahlungsdauer noch mindestens ein Jahr beträgt und Ihr Vertrag mindestens ein Deckungskapital in Höhe der zu stundenden Prämien aufweist.

Die gestundeten Prämien sind zum Ablauf des Stundungszeitraums nachzuzahlen. Auf Wunsch kann vereinbart werden, dass der nachzuzahlende Betrag innerhalb eines Zeitraumes von maximal 12 Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten geleistet wird.

Wenn Sie die gestundeten Prämien nach Ablauf des Stundungszeitraums nicht nachzahlen, verrechnen wir sie mit dem Deckungskapital. Dadurch verringern sich die versicherten Leistungen.

Sie können Ihren Versicherungsschutz nach der Verrechnung ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen. Dabei darf die Höhe der Berufsunfähigkeitsrente nach der Erhöhung höchstens so hoch sein wie vor der Stundung. Die Erhöhung ist prämienpflichtig. Sie müssen die Erhöhung mit einer Frist von fünf Werktagen zum Ende der Stundung in Textform (beispielsweise Brief, Fax, E-Mail) beantragen.

(7) Die Prämien Ihrer Versicherung sind insbesondere gemäß der Risikoeinstufung bei Vertragsabschluss auf Basis des angegebenen Berufes der versicherten Person festgelegt worden. Wenn die versicherte Person bis zur Vollendung des 37. Lebensjahres ihren Beruf wechselt oder durch Weiterbildung einen Abschluss erwirbt, der in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union staatlich anerkannt ist, können Sie innerhalb von zwölf Monaten nach dem Berufswechsel oder dem Abschluss die Einstufung in eine günstigere Risikogruppe für die restliche Vertragslaufzeit überprüfen lassen. Bei Schülern gilt auch ein Wechsel der Schulart oder der Beginn einer Ausbildung oder eines Studiums als Berufswechsel.

Die Überprüfung erfolgt anhand

- einer dann gültigen vereinfachten Gesundheitsprüfung,

- mit Verzicht auf die Prüfung gefährlicher Sportarten und Hobbies sowie auf die Frage nach geplanten Auslandsaufenthalten,

- den Rechnungsgrundlagen und der Einteilung der Risikogruppen zu Vertragsabschluss.

- der für den neuen Beruf zum ursprünglichen Vertragsabschluss geltenden maximal zulässigen Endalter für die Versicherungs- bzw. Leistungsdauer, wenn diese niedriger sind als im bestehenden Vertrag. Das heißt, dass die Versicherungs- bzw. Leistungsdauer in diesem

Vertragsvorschlag

D. Versicherungsbedingungen

- Seite 7 von 9 -



Fall auf diese für den neuen Beruf geltenden Maximalwerte reduziert werden.

Vereinbarte Zuschläge oder Leistungsausschlüsse bleiben bestehen. Ergibt die Überprüfung eine niedrigere Prämie bei unveränderter Versicherungs- bzw. Leistungsdauer und keine neuen Leistungsausschlüsse, setzen wir die Prämie zum nächsten Prämienzahlungstermin nach Eingang Ihres Antrages herab. Andernfalls oder wenn Sie der Änderung widersprechen, führen wir Ihren Vertrag unverändert fort.

§ 15 Welche Kosten sind bei der Kalkulation Ihrer Versicherung berücksichtigt?

(1) Die Kalkulation einer Versicherung geschieht unter Berücksichtigung der Tatsache, dass eine Vielzahl von Verträgen, die gleichartige Risiken absichern, gemeinsam verwaltet wird. Kosten werden daher nach für alle Verträge gleichmäßig geltenden Prinzipien pauschal erhoben.

(2) Durch den Abschluss von Versicherungsverträgen und die laufende Verwaltung des Versicherungsvertrages entstehen Kosten (Abschluss- und Vertriebskosten sowie Verwaltungskosten). Diese Kosten sind bereits bei der Tarifkalkulation berücksichtigt und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt. Angaben zur Höhe dieser Kosten finden Sie in der Kundeninformation.

(3) Die Abschluss- und Vertriebskosten umfassen insbesondere Abschlussprovisionen und Courtagen an die Versicherungsvermittler sowie Aufwendungen für die Aufnahme des Versicherungsvertrages in den Versicherungsbestand und für die ärztlichen Untersuchungen im Zusammenhang mit dem Abschluss von Versicherungsverträgen.

Für die Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung maßgebend. Hierbei werden die ersten Prämien zur Tilgung der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit die Prämien nicht für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung der Deckungsrückstellung auf Grund von § 25 Absatz 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen (RechVersV) in Verbindung mit § 169 Absatz 3 VVG bestimmt sind. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Prämien beschränkt.

(4) Die Verwaltungskosten umfassen insbesondere die Aufwendungen für die laufende Bearbeitung Ihres Versicherungsvertrages, für die technische Bestandsführung, für laufende Provisionszahlungen und die jährliche schriftliche Information.

Die Verwaltungskosten werden, soweit sie nicht mit der Prämie verrechnet werden, dem Deckungskapital entnommen.

(5) Bei einer Prämienfreistellung (§ 18) ändert sich die Höhe der Verwaltungskosten. Die Änderung hängt von der Summe der tatsächlich gezahlten Prämien ab und kann sowohl eine Absenkung als auch eine Erhöhung der Verwaltungskosten bewirken. Wir werden Ihnen die Höhe der ab Prämienfreistellung von uns erhobenen Verwaltungskosten mitteilen.

(6) Die beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung nur geringe Beträge zur Bildung der prämienfreien Versicherungsleistung vorhanden sind.

§ 16 Welche anlassbezogenen Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

(1) Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht

wird, können wir Ihnen die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag gesondert in Rechnung stellen, nämlich bei:

- Durchführung von Vertragsänderungen,
- Erhebung von Mahngebühren aufgrund des Verzugs der Prämienzahlung,
- Rücktritt vom Vertrag aufgrund Nichtzahlung der Einlöschungsprämie,
- Ausstellung eines Ersatzversicherungsscheines sowie Abschriften des Versicherungsscheines bzw. von Erklärungen des Versicherungsnehmers,
- Ermittlung einer geänderten Postanschrift, sofern die Änderung uns nicht mitgeteilt wurde (vgl. § 21),
- Einholung individueller Erklärungen zur Entbindung von der Schweigepflicht,
- Geldtransfer in ein oder aus einem Land außerhalb des SEPA-Zahlungsraums,
- Ausstellung einer Prämienbescheinigung (ab 2. Anforderung im Kalenderjahr),
- Bearbeitung von Lastschriftrückläufern.

(2) Die Höhe der aus den in Absatz 1 genannten Gründen veranlassten Kosten können Sie unserer beiliegenden Kostenübersicht für zusätzlichen Verwaltungsaufwand entnehmen. Die Höhe der Kosten kann von uns nach billigem Ermessen (§ 315 BGB) für die Zukunft angepasst werden. Die jeweils aktuelle Kostenübersicht können Sie jederzeit bei uns auf der Internetseite www.hdi.de/lv-kostenuebersicht einsehen oder bei uns anfordern.

Wir behalten uns vor, für besondere Anlässe, die nicht in der Kostenübersicht stehen, Kostenpauschalen zu nehmen. Diese Anlässe müssen zusätzlichen Aufwand in der Verwaltung verursachen. Wir stellen Ihnen dann die durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag gesondert in Rechnung. Die Kosten erheben wir nur, wenn wir sie weder nach dem Gesetz noch weil wir es mit Ihnen vereinbart haben, tragen müssen.

Wir haben uns bei der Bemessung der Pauschalen an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand orientiert und sehen die Kosten als angemessen an. Die Angemessenheit müssen wir darlegen und beweisen. Wenn Sie uns dann nachweisen, dass die Kosten in Ihrem Fall überhaupt nicht angemessen sind, entfallen die Kosten. Wenn Sie uns nachweisen, dass die Kosten in Ihrem Fall nur in geringerer Höhe angemessen sind, setzen wir die Kosten entsprechend herab.

(3) Uns werden beispielsweise in folgenden Fällen von dritter Seite Kosten in Rechnung gestellt:

- Rückläufer im Lastschriftverfahren,
- Ermittlung einer geänderten Postanschrift, sofern die Änderung uns nicht mitgeteilt wurde (vgl. § 21).

Fallen solche Kosten für Ihren Vertrag an, werden wir Ihnen diese in angefallener Höhe in Rechnung stellen.

§ 17 Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig zahlen?

(1) Für die Rechtzeitigkeit der Prämienzahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit die Prämie bei uns eingeht. Ist die Einziehung der Prämie von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn die Prämie zu dem in der Kundeninformation angegebenen Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte die fällige Prämie ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich -

d. h. ohne schuldhaftes Zögern - nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass die Prämie nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

(2) Wird die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt und haben Sie dies zu vertreten, können wir - solange die Zahlung nicht bewirkt ist - vom Vertrag zurücktreten.

(3) Ist die Erstprämie bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben; dies gilt nicht, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

(4) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform mit einer Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Wird der Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist beglichen und haben Sie dies zu vertreten, entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Auf diese und alle weiteren Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

§ 18 Wann können Sie Ihre Versicherung prämienfrei stellen?

(1) Sie können

a) jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode

b) sowie innerhalb der Versicherungsperiode mit Frist von einem Monat zum Schluss eines jeden Monats, frühestens jedoch zum Schluss der ersten Versicherungsperiode

in Textform verlangen, dass Ihre Versicherung vollständig oder teilweise in eine prämienfreie Versicherung umgewandelt wird. Bei einer Prämienfreistellung setzen wir die versicherte Berufsunfähigkeitsrente auf eine prämienfreie Rente herab. Der für die Prämienfreistellung erforderliche Mindestbetrag für die versicherte jährliche garantierte Berufsunfähigkeitsrente nach Prämienfreistellung beträgt 300 EUR. Ist eine Prämienfreistellung nicht möglich, erlischt die Versicherung ohne Wert.

Eine teilweise Prämienfreistellung ist nur möglich, sofern die jährliche garantierte Berufsunfähigkeitsrente nach der teilweisen Prämienfreistellung mindestens 300 EUR beträgt. Nach einer teilweisen Prämienfreistellung reduzieren sich die Prämie und die versicherten Leistungen.

(2) Die Prämienfreistellung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden.

Bei der Berufsunfähigkeits-Versicherung handelt es sich um eine Risikoversicherung, bei der prinzipiell in jeder Versicherungsperiode die zu entrichtenden Prämien zur Deckung der eintretenden Versicherungsfälle und der Kosten voll verbraucht werden. Daher steht eine prämienfreie Versicherungsleistung in der Regel nicht zur Verfügung und die Versicherung erlischt ohne Wert, wenn Sie die Prämienzahlung einstellen.

Eine Prämienfreistellung ist allenfalls möglich, sofern dennoch nicht verbrauchte Prämienteile zur Verfügung stehen. Die wirtschaftlichen Auswirkungen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (§ 15), der Verwaltungskosten (§ 15) sowie des in § 19 Absatz 2 beschriebenen Stornoabschlags können Sie der Tabelle der prämienfreien Leistungen in B. II. 4 "Rückkaufswerte und prämienfreie Leistungen" der Kundeninformation entnehmen.

(3) Wir berechnen die prämienfreien Versicherungsleistungen gemäß § 165 Absatz 2 VVG nach den allgemein anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation aus

Vertragsvorschlag

D. Versicherungsbedingungen

- Seite 8 von 9 -



dem Deckungskapital der Versicherung nach Abzug eines Stornoabschlags. Für den Stornoabschlag gilt § 19 Absatz 2.

(4) Etwaige Prämienrückstände werden mit dem Deckungskapital verrechnet.

(5) Bei Prämienfreistellung wird der Rentenzuwachs (§ 13) auf Basis seines Deckungskapitals mit den für Ihren Vertrag geltenden Kalkulationsgrundlagen für Erhöhungsleistungen (§ 11 Absatz 11) neu berechnet. Nach der Prämienfreistellung entwickelt sich die Überschussbeteiligung gemäß den Regelungen des § 12 weiter.

(6) Sie können innerhalb von zwölf Monaten nach dem Prämienfreistellungstermin in Textform verlangen, dass der Versicherungsschutz ohne Gesundheitsprüfung unter folgenden Voraussetzungen wieder hergestellt wird (Wiederinkraftsetzung):

a) die Prämienzahlung wird in der ursprünglich vereinbarten Höhe zum nächsten Monatsersten nach Eingang Ihrer Erklärung wieder aufgenommen,

b) die Prämienzahlungsdauer beträgt ab dem Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung noch mindestens ein Jahr, und

c) zwischen dem Prämienfreistellungstermin und dem Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung ist nicht der Versicherungsfall nach § 2 eingetreten.

Bei Wiederinkraftsetzung innerhalb von sechs Monaten nach einer Prämienfreistellung können Sie die Prämien für den Zeitraum von der Prämienfreistellung bis zum Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung nachzahlen.

Darüber hinaus können Sie eine Wiederinkraftsetzung mit Gesundheitsprüfung innerhalb von 36 Monaten nach dem Prämienfreistellungstermin in Textform verlangen, wenn die vorgenannten Voraussetzungen unter b) und c) erfüllt sind und die Prämienzahlung zum nächsten Monatsersten nach Eingang Ihrer Erklärung wieder aufgenommen wird. Eine Nachzahlung der Prämien ist in diesem Fall nicht möglich.

Bei Wiederinkraftsetzung ohne Nachzahlung werden Prämie und Leistung mit den zu Vertragsbeginn gültigen Kalkulationsgrundlagen neu berechnet. Dies kann bedeuten, dass sich Ihre versicherte Leistung reduziert, wenn Sie die Prämienzahlung in der ursprünglich vereinbarten Höhe wieder aufnehmen, oder sich Ihre Prämie erhöht, wenn Sie die ursprünglich vereinbarte Leistung wiederherstellen.

Auf das Recht der Wiederinkraftsetzung werden wir im Rahmen der Prämienfreistellung hinweisen.

(7) Abweichend von Absatz 6 verzichten wir nach einer Prämienfreistellung aufgrund von

- Arbeitslosigkeit,

- behördlich bewilligtem Kurzarbeitergeld,

- beruflicher Auszeit von mehr als 12 Monaten (Absatz 8) oder

- Elternzeit

der versicherten Person bei Wiederinkraftsetzung innerhalb von

- 24 Monaten bei Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit oder beruflicher Auszeit oder

- 36 Monaten bei Elternzeit

auf eine Gesundheitsprüfung.

Voraussetzungen für die Abweichung von Absatz 6:

- Sie haben uns bei Prämienfreistellung den Beginn der Arbeitslosigkeit, der Kurzarbeit, der beruflichen Auszeit oder der Elternzeit nachgewiesen.

- Ihr Vertrag bestand bei Beginn der Arbeitslosigkeit, der Kurzarbeit, der beruflichen Auszeit oder der Elternzeit seit mindestens einem Jahr prämienpflichtig.

- Sie weisen uns nach, dass die versicherte Person zum Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung in einem ungekündigten Arbeitsverhältnis steht oder als Selbständiger oder Freiberufler tätig ist.

- Sie nehmen die Prämienzahlung zum nächsten Monatsersten nach Eingang Ihrer Erklärung bei uns wieder auf.

- Die Prämienzahlungsdauer beträgt nach Wiederinkraftsetzung noch mindestens ein Jahr.

- Zwischen dem Prämienfreistellungstermin und dem Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung ist der Versicherungsfall nach § 2 nicht eingetreten.

Erreicht Ihre jährliche garantierte Berufsunfähigkeitsrente nach Prämienfreistellung nicht den Mindestbetrag von 300 EUR, verzichten wir bei einer Prämienfreistellung aufgrund von Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit, beruflicher Auszeit oder Elternzeit abweichend von Absatz 1 für die Dauer von 24 Monaten bei Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit, beruflicher Auszeit bzw. 36 Monaten bei Elternzeit auf diesen Mindestbetrag. Dies bedeutet, dass Ihre Versicherung gemäß Absatz 1 erlischt, wenn Sie Ihren Vertrag nicht innerhalb dieses Zeitraums wieder in Kraft setzen.

(8) Eine berufliche Auszeit setzt voraus, dass der Arbeitsvertrag weiter besteht. Ein Beispiel dafür ist das Sabbatical.

V. Vorzeitige Beendigung

§ 19 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?

(1) Sie können unter Beachtung der in § 18 Absatz 1 genannten Termine und Fristen Ihre Versicherung jederzeit bis zum Eintritt des Versicherungsfalles nach § 2 vollständig oder teilweise in Textform kündigen. Wenn Sie die Versicherung kündigen, prüfen wir, ob eine Prämienfreistellung möglich ist. Die Auszahlung eines Rückkaufwertes ist ausgeschlossen. Es gelten die Regelungen von § 18. Ist eine Prämienfreistellung nicht möglich, erlischt die Versicherung ohne Wert.

Wenn Sie die Versicherung teilweise kündigen, muss die versicherte jährliche garantierte Berufsunfähigkeitsrente für den nicht gekündigten Teil mindestens 300 EUR betragen. Andernfalls ist die Teilkündigung nicht möglich.

(2) Den bei der Berechnung der prämienfreien Leistung (§ 18 Absatz 3) berücksichtigten Stornoabschlag vereinbaren wir mit Ihnen aus den nachfolgend aufgeführten Gründen in der unter B. II. 4 "Rückkaufwerte und prämienfreie Leistungen" der Kundeninformation bezifferten Höhe.

Wir halten den Stornoabschlag für angemessen, da eine Kündigung für uns und den verbleibenden Versichertenbestand mit Nachteilen verbunden ist. Sie sollen verursachungsgerecht und nicht nur vom verbleibenden Versichertenbestand getragen werden. Diese Nachteile ergeben sich aus den folgenden Gründen:

- Bei einer vorzeitigen Kündigung entstehen erhöhte Verwaltungskosten, welche wir in der Prämienkalkulation nicht berücksichtigt haben. Diese werden mit dem Stornoabschlag ausgeglichen.

- Die Kündigung führt zu einer Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes. Der Stornoabschlag soll sicherstellen, dass der Risikogemeinschaft durch die vorzeitige Kündigung kein Nachteil entsteht.

- Sofern Sie die Gewinnzuteilungsform A im Rahmen der Überschussbeteiligung (§ 12) gewählt haben, beteiligen wir Sie im Voraus an Gewinnen, die zum Zeitpunkt Ihrer Kündigung noch nicht vollständig entstanden sind. Diese gegebenenfalls noch nicht entstandenen Gewinne werden mit dem Stornoabschlag ausgeglichen.

- Vorzeitige Vertragsauflösungen können je nach Kapitalmarktsituation zu einer Verringerung der Kapitalerträge des verbleibenden Versichertenbestandes führen, die in Abhängigkeit von der Laufzeit Ihres Vertrages durch den Stornoabschlag ausgeglichen werden.

- Wir bieten Ihnen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes Garantien und Optionen. Dies ist möglich, weil ein Teil des dafür erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) durch den vorhandenen Versichertenbestand zur Verfügung gestellt wird. Bei Neuabschluss Ihres Vertrages partizipieren Sie an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Während der Laufzeit stellt Ihr Vertrag seinerseits Solvenzmittel zur Verfügung. Bei Kündigung Ihres Vertrages gehen die Solvenzmittel dem verbleibenden Bestand vorzeitig verloren und werden deshalb im Rahmen des Stornoabschlags in Abhängigkeit von der Laufzeit Ihres Vertrages ausgeglichen.

Die Beweislast für die Angemessenheit des Stornoabschlags tragen wir. Haben wir im Streitfall diesen Nachweis erbracht und können Sie uns sodann nachweisen, dass die von uns zugrunde gelegten pauschalen Annahmen in Ihrem Einzelfall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder nur teilweise zutreffen bzw. der Abschlag in Ihrem Fall der Höhe nach niedriger zu beziffern ist, erheben wir keinen oder nur einen entsprechend reduzierten Stornoabschlag.

(3) Eventuelle Prämienrückstände werden bei der Berechnung der prämienfreien Leistung berücksichtigt.

(4) Die Rückzahlung der Prämien können Sie nicht verlangen.

VI. Sonstiges

§ 20 Wann können Sie die vereinbarte Dauer Ihrer Versicherung verlängern?

(1) Wenn die Regelaltersgrenze in der Deutschen Rentenversicherung erhöht wird, können Sie - unabhängig davon, ob die versicherte Person in der Deutschen Rentenversicherung versichert ist - in Textform beantragen, dass die Dauer Ihrer Versicherung verlängert wird. Eine Verlängerung ist auch möglich, wenn Sie in einem berufsständigen Versorgungswerk versichert sind und die Regelaltersgrenze hier erhöht wird. Die Verlängerung erfolgt um volle Jahre, höchstens um die auf volle Jahre aufgerundete Zeitspanne, um die sich die Regelaltersgrenze für die versicherte Person erhöht. Mit der Verlängerung der Versicherungsdauer verlängert sich die vereinbarte Leistungsdauer entsprechend. Sie können auch die Versicherungsdauer unverändert lassen und nur die Leistungsdauer verlängern.

Die Höhe der garantierten Berufsunfähigkeitsrente bleibt unverändert bestehen. Ab dem Zeitpunkt der Verlängerung legen wir die Prämie bezogen auf die neue Versicherungs- und Leistungsdauer nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu fest. Dabei können wir auch andere als bei Vertragsabschluss verwendete Kalkulationsgrundlagen zugrunde legen. Wir verzichten auf eine erneute Gesundheitsprüfung.

(2) Eine Verlängerung ist nur möglich, wenn die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Sie beantragen die Verlängerung der Dauer Ihrer Versicherung innerhalb von 12 Monaten nach Inkrafttreten der Erhöhung der Regelaltersgrenze.

Vertragsvorschlag

D. Versicherungsbedingungen

- Seite 9 von 9 -



- Die versicherte Person darf bei der Verlängerung der Dauer höchstens 50 Jahre alt sein.

- Bei Ihrer Versicherung ist die Dauer mindestens bis zum Alter 60 Jahre vereinbart.

- Die Versicherung ist nicht prämienfrei gestellt.

- Der Versicherungsfall ist noch nicht eingetreten. Stellt sich nach Wirksamkeit der Verlängerung heraus, dass ein Versicherungsfall bereits eingetreten war, entfällt die Verlängerung rückwirkend.

- Sie haben noch keine Leistungen aus dem Vertrag bezogen oder beantragt.

- Das Endalter der Versicherung darf nach dem Verlängern nicht über dem für Ihren versicherten Beruf versicherbaren Endalter liegen.

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

(1) Mitteilungen, die das bestehende Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets in Textform erfolgen, soweit nicht durch Gesetz eine strengere Form als die Textform vorgeschrieben ist.

Für uns bestimmte Mitteilungen werden nur und erst dann wirksam, sobald sie uns zugegangen sind.

(2) Eine Änderung Ihrer Anschrift müssen Sie uns unverzüglich - d. h. ohne schuldhaftes Zögern - mitteilen.

Ihnen können Nachteile entstehen, wenn Sie gegebenenfalls von wichtigen Mitteilungen nicht rechtzeitig Kenntnis erhalten, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden können. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

(3) Bei Änderung Ihres Namens gilt Absatz 2 entsprechend.

(4) Wenn Sie sich länger als sechs Monate außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums aufhalten, müssen Sie uns eine in der Bundesrepublik Deutschland ansässige Person benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen (Zustellungsbevollmächtigter).

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

§ 22 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?

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

- bei Vertragsabschluss,

- bei Änderung nach Vertragsabschluss oder

- auf Nachfrage

unverzüglich - d. h. ohne schuldhaftes Zögern - zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an

Ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.

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

- Ihrer persönlichen steuerlichen Ansässigkeit,

- der steuerlichen Ansässigkeit dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben und

- der steuerlichen Ansässigkeit des Leistungsempfängers

maßgebend sein können.

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

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

§ 23 Wo ist der Gerichtsstand?

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder der für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zurzeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

(2) Sind Sie eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.

(3) Verlegen Sie nach Abschluss des Vertrags Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland, sind für Klagen aus dem Vertrag die Gerichte des Staats zuständig, in dem wir unseren Sitz haben. Wenn Sie eine juristische Person sind und Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung ins Ausland verlegen, gilt dies ebenso.

§ 24 Wie können Sie ein außergerichtliches Verfahren zur Streitschlichtung in Anspruch nehmen oder sich beschweren?

(1) Sollten Sie mit einer unserer Leistungen oder Entscheidungen nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte zunächst direkt an uns.

(2) Wir haben uns als Mitglied des Versicherungsombudsmann e. V. dazu verpflichtet, an einem Verfahren zur Streitbeilegung vor einer Verbraucherschlichtungsstelle teilzunehmen. Die zuständige Verbraucherschlichtungsstelle ist:

Versicherungsombudsmann e. V.

Postfach 080632

10006 Berlin

www.versicherungsombudsmann.de

(3) Für Streitigkeiten aus Online-Dienstleistungsverträgen (beispielsweise Online-Versicherungsverträge) hat die Europäische Kommission eine Online-Plattform für Verbraucher eingerichtet. Sie können diese Plattform zur Beilegung von Streitigkeiten aus Online-Dienstleistungsverträgen nutzen. Als Online-Dienstleistungsvertrag gelten Verträge, bei denen der Unternehmer oder der Vermittler des Unternehmers Dienstleistungen über

eine Webseite oder auf anderem elektronischen Weg angeboten hat. Außerdem muss der Verbraucher diese Dienstleistungen auf der Webseite oder auf anderem elektronischen Weg bestellt haben. Die Plattform ist erreichbar unter:

<https://webgate.ec.europa.eu/odr/>

(4) Unabhängig davon können Sie sich mit einer Beschwerde auch an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

- Bereich Versicherungen -

Graurheindorfer Str. 108

53117 Bonn

www.bafin.de

(5) Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt von den vorstehenden Absätzen unberührt.

Vertragsvorschlag

D. Versicherungsbedingungen

- Seite 1 von 2 -



BB-KS: Besondere Bedingungen für die Leistungen wegen Krankschreibung

(LV_BB_KS.2201)

Sehr geehrter Kunde,

in den Versicherungsbedingungen sprechen wir mit unserer persönlichen Anrede ("Sie") grundsätzlich den Versicherungsnehmer als denjenigen an, der die Versicherung beantragt hat und somit unser unmittelbarer Vertragspartner ist.

Im Text nehmen wir Bezug auf einige Gesetze. Die Abkürzungen bezeichnen im Einzelnen:

EntgFG: Gesetz über die Zahlung des Arbeitsentgelts an Feiertagen und im Krankheitsfall (Entgeltfortzahlungsgesetz - EntgFG)

Die nachfolgenden Besonderen Bedingungen für die Leistungen wegen Krankschreibung gelten ergänzend zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung (AVB), wenn Sie mit uns Versicherungsschutz bei Krankschreibung vereinbart haben.

Gliederung

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

§ 2 Was ist eine Krankschreibung im Sinne dieser Bedingungen?

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

§ 4 Welche Obliegenheiten bestehen, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird?

§ 5 Was gilt bei einer Verletzung der Obliegenheiten?

§ 6 Wie ist das Verhältnis zur Berufsunfähigkeits-Versicherung?

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

(1) Liegt für die versicherte Person während der Dauer dieser Versicherung eine Krankschreibung im Sinne des § 2 vor, erbringen wir für die in Absatz 3 genannte Dauer folgende Versicherungsleistungen:

a) Vollständige Befreiung von der Verpflichtung zur weiteren Prämienzahlung für die gesamte Versicherung, soweit eine solche Verpflichtung bei Beginn des Leistungsanspruchs noch besteht, und

b) Zahlung einer Rente in Höhe der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente.

Diese Rente zahlen wir jeweils zu den vereinbarten Rentenzahlungssterminen an den Bezugsberechtigten. Wenn der Rentenbeginn nach Absatz 2 nicht mit dem vereinbarten Rentenzahlungsstermin zusammenfällt, zahlen wir die erste Rente anteilig bis zum nächsten Rentenzahlungsstermin.

Haben Sie für die Berufsunfähigkeitsrente mit uns eine garantierte Rentensteigerung vereinbart, gelten die dort beschriebenen Regelungen auch für die Rente wegen Krankschreibung.

Leistungen wegen Krankschreibung können nur dann verlangt werden, wenn zeitgleich Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt werden.

(2) Der Anspruch auf Leistungen wegen Krankschreibung entsteht frühestens an dem Tag des Beginns der ersten Krankschreibung.

(3) Die Leistungen wegen Krankschreibung erbringen wir, solange

- uns nachgewiesen wird, dass eine Krankschreibung im Sinne des § 2 vorliegt und

- die vertragliche Leistungsdauer der Berufsunfähigkeits-Versicherung nicht abgelaufen ist und

- wir keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erbringen und

- die versicherte Person lebt und

- die maximale Leistungsdauer wegen Krankschreibung von insgesamt **36 Monaten** nicht überschritten ist.

Ist die versicherte Person mehrfach nach § 2 krankgeschrieben, gilt die Beschränkung auf **36 Monate** für alle eintretenden Krankschreibungen zusammen.

(4) Wenn aus dieser Versicherung kein Anspruch auf Leistungen mehr besteht, muss auch die Prämienzahlung - in gleicher Höhe wie vor Eintritt des Versicherungsfalles - wieder aufgenommen werden.

(5) Leistungen wegen Krankschreibung werden jeweils für den Zeitraum erbracht, für den ärztliche Bescheinigungen wegen Krankschreibung nach § 2 vorgelegt werden.

(6) Wenn Sie bei Abschluss der Versicherung mit uns Ausschlüsse und besondere Vereinbarungen zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes bei Berufsunfähigkeit geschlossen haben, gelten diese entsprechend auch für die Leistungen wegen Krankschreibung. Informationen hierzu entnehmen Sie Ihrem Versicherungsschein.

(7) Sie müssen uns die Krankschreibung in Textform mitteilen. Wird uns die Krankschreibung später als einen Monat nach ihrem Ende mitgeteilt, besteht kein Anspruch auf Leistungen wegen Krankschreibung. Dieser Leistungsausschluss gilt nicht, wenn die verspätete Mitteilung nicht verschuldet worden ist.

§ 2 Was ist eine Krankschreibung im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Eine Krankschreibung im Sinne dieser Bedingungen liegt von Beginn an vor, wenn

- die versicherte Person für einen ununterbrochenen Zeitraum von mindestens sechs Monaten krankgeschrieben ist und

- die versicherte Person während der Krankschreibung keiner beruflichen Tätigkeit nachgeht und

- uns die Krankschreibung mit den in § 4 Absatz 1 genannten ärztlichen Bescheinigungen nachgewiesen wird.

(2) Krankschreibungen in die Zukunft akzeptieren wir höchstens über einen Zeitraum von 5 Wochen.

(3) Für die ersten sechs Monate der Krankschreibung akzeptieren wir abweichend von Absatz 2 auch eine auf die versicherte Person ausgestellte fachärztliche Bescheinigung, aus der sich eine voraussichtliche Dauer ab Beginn der Krankschreibung von mindestens sechs Monaten ergibt. Nach Ablauf von sechs Monaten liegt eine Krankschreibung nur vor, wenn eine aktuelle Bescheinigung nach Absatz 2 vorgelegt wird, wonach die versicherte Person ununterbrochen weiter krankgeschrieben ist.

(4) Arbeitsversuche im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung stellen keine Unterbrechung der Krankschreibung dar.

Zum Nachweis eines durchgeführten Wiedereingliederungsversuches muss uns auf Ihre Kosten ein auf die versicherte Person ausgestellter Wiedereingliederungsplan oder eine entsprechende ärztliche Bescheinigung eingereicht werden.

Der Wiedereingliederungsplan oder die entsprechende Bescheinigung muss folgende Kriterien erfüllen. Sie müssen

- vom behandelnden Arzt ausgestellt worden sein,

- das Datum des Beginns und des Endes der stufenweisen Wiedereingliederung der beruflichen Tätigkeit enthalten,

- eine Beschreibung des Ablaufs / der Intervalle der stufenweisen Wiedereingliederung enthalten,

- die tägliche Arbeitszeit und diejenigen Tätigkeiten enthalten, die die versicherte Person während der Phase der Wiedereingliederung ausüben kann und

- von der versicherten Person und dem Arbeitgeber zum Zeichen des Einverständnisses unterschrieben sein.

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht und wo er eintritt. Bei folgenden Ursachen gilt jedoch ein Ausschluss der Leistungspflicht. Der Nachweis des Leistungsausschlusses ist von uns zu führen.

(2) Wir leisten nicht, wenn der Versicherungsfall verursacht ist:

a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen krankgeschrieben wird, denen sie während eines Aufenthaltes im Ausland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war (z. B. im Rahmen von humanitären Hilfeleistungen, wie beispielsweise Ärzte ohne Grenzen);

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

c) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person. Dieser Ausschluss gilt nicht bei fahrlässigen und grob fahrlässigen Verstößen. Er gilt ebenfalls nicht bei allen Delikten im Straßenverkehr;

d) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung, es sei denn, dass uns der Anspruchserhebende nachweist, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind;

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

f) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass es zu deren Abwehr und Bekämpfung des Einsatzes der Katastrophenschutzbehörde der Bundesrepublik Deutschland oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf.

§ 4 Welche Obliegenheiten bestehen, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird?

(1) Werden Leistungen wegen Krankschreibung verlangt, müssen uns auf Ihre Kosten auf die versicherte Person ausgestellte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen oder entsprechende ärztliche Atteste eingereicht werden. Die Bescheinigungen müssen folgende Kriterien erfüllen:

- Die Bescheinigungen müssen von einem zugelassenen und praktizierenden Arzt ausgestellt worden sein und Angaben zu Beginn, Dauer und Ende der Krankschreibung sowie zu der bzw. den zugrunde liegenden Diagnosen entsprechend den aktuellen in Deutschland gültigen gesetzlichen Bestimmungen und Richtlinien der Krankenkassen (Diagnoseschlüssel entsprechend der

Vertragsvorschlag

D. Versicherungsbedingungen

- Seite 2 von 2 -



jeweils geltenden internationalen Klassifikation - ICD) enthalten.

- Mindestens eine Bescheinigung bzw. ein Attest muss von einem Facharzt der entsprechenden Fachrichtung ausgestellt worden sein. Der Facharzt darf nicht zugleich Versicherungsnehmer oder versicherte Person dieser Versicherung sein oder in einem Verwandtschaftsverhältnis zu diesen stehen.

(2) Zur Prüfung, ob der Vertrag rechtmäßig zustande gekommen ist (Prüfung der vorvertraglichen Anzeigepflicht) und ob allgemeine oder individuell vereinbarte Ausschlüsse greifen, können wir zusätzlich auf unsere Kosten weitere sachdienliche Auskünfte (Auskunftsobliegenheit und Aufklärungsobliegenheit) verlangen, insbesondere folgende Unterlagen:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Krankschreibung,

- ausführliche Berichte der Ärzte, Psychologen und Psychotherapeuten, die die versicherte Person behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art und Verlauf der Gesundheitsstörungen, deren Auswirkungen auf die körperlichen, geistigen oder seelischen Funktionen, die bisherige bzw. voraussichtliche Dauer der Gesundheitsstörung,

- Unterlagen über die von der versicherten Person durch Ausbildung und Erfahrung erworbenen beruflichen Fähigkeiten und Kenntnisse, über ihren Beruf, ihre Stellung und Tätigkeit zum Zeitpunkt der Antragstellung der Versicherung und

- sofern die versicherte Person selbstständig ist, Nachweise über die Betriebsstruktur, die betrieblichen und wirtschaftlichen Verhältnisse und der Arbeitssituation des Betriebes zum Zeitpunkt der Antragstellung der Versicherung.

(3) Wenn wir Leistungen wegen Krankschreibung erbringen und nach Abschluss der Leistungsprüfung wegen Berufsunfähigkeit feststellen, dass der Eintritt der Berufsunfähigkeit nach dem Beginn der ersten Krankschreibung lag, erbringen wir abweichend von Absatz 2 ab dem auf den Eintritt der Berufsunfähigkeit folgenden Monatsersten Leistungen wegen Berufsunfähigkeit.

(4) Wurden für einen Zeitraum, für den gemäß der Absätze 2 und 3 Berufsunfähigkeitsleistungen gezahlt werden, bereits Leistungen wegen Krankschreibung erbracht, werden wir die für diesen Zeitraum zu zahlenden Berufsunfähigkeitsleistungen mit den bereits erbrachten Leistungen wegen Krankschreibung verrechnen. Den Zeitraum, für den wir die Leistungen verrechnen, rechnen wir nicht auf die maximale Leistungsdauer von insgesamt 36 Monaten (§ 1 Absatz 3) an.

§ 5 Was gilt bei einer Verletzung der Obliegenheiten?

(1) Solange eine Obliegenheit nach § 4 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich oder arglistig nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen, es sei denn, Sie weisen uns nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

(2) Die Ansprüche auf Leistungen wegen Krankschreibung bleiben abweichend von Absatz 1 insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist; dies gilt nicht, wenn die Obliegenheit arglistig verletzt wurde.

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

§ 6 Wie ist das Verhältnis zur Berufsunfähigkeitsversicherung?

(1) Solange wir Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erbringen, besteht kein Anspruch auf Leistungen wegen Krankschreibung. Ein gleichzeitiger Bezug von Leistungen wegen Krankschreibung und Leistungen wegen Berufsunfähigkeit ist ausgeschlossen.

(2) Wenn wir Leistungen wegen Krankschreibung erbringen und nach Abschluss der Leistungsprüfung wegen Berufsunfähigkeit feststellen, dass zum Beginn der ersten Krankschreibung bereits Berufsunfähigkeit vorlag, erbringen wir ab dem Eintritt der Berufsunfähigkeit Leistungen wegen Berufsunfähigkeit.

BB-INF: Besondere Bedingungen für die Leistung bei Berufsunfähigkeit bei Infektionsgefahr

(LV_BB_INF.2201)

Sehr geehrter Kunde,

in den Versicherungsbedingungen sprechen wir mit unserer persönlichen Anrede ("Sie") grundsätzlich den Versicherungsnehmer als denjenigen an, der die Versicherung beantragt hat und somit unser unmittelbarer Vertragspartner ist.

Im Bedingungstext verwenden wir die Bezeichnung AVB. Damit sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der zugehörigen Hauptversicherung gemeint. Soweit in den Besonderen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die AVB sinngemäß Anwendung.

Im Bedingungstext verwenden wir die Bezeichnungen BB-BUZ. Damit sind die Besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung gemeint.

Gliederung

- § 1 Welche Bedingungen finden Anwendung?
- § 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?
- § 3 Wann endet die Leistungsverpflichtung?
- § 4 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

§ 1 Welche Bedingungen finden Anwendung?

Soweit in diesen Besonderen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung (AVB) bzw. die Besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BB-BUZ) Anwendung.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn und solange

- die versicherte Person wegen eines vollständigen oder teilweisen Tätigkeitsverbots nach Absatz 3 zu mindestens 50 % außer Stande ist, ihre berufliche Tätigkeit, so wie sie vor der Infektionsgefahr ausgestaltet war, auszuüben und

- sie auch nicht ausübt.

Das vollständige oder teilweise Tätigkeitsverbot muss sich voraussichtlich ununterbrochen über mindestens sechs Monate erstrecken oder sechs Monate ununterbrochen bestanden haben.

Bei folgenden Berufen reicht es aus, wenn sich das Tätigkeitsverbot vollständig auf die Tätigkeit bezieht, Patienten zu behandeln, zu versorgen oder zu betreuen:

- Human- oder Zahnmediziner

- Student der Human- oder Zahnmedizin

- Medizinisch behandelnder oder pflegerischer Beruf mit Patientenkontakt. Hierzu zählen beispielsweise Krankenschwestern und Krankenpfleger, Altenpflegerinnen und Altenpfleger, Hebammen und Entbindungspfleger und Arzthelferinnen und Arzthelfer.

(2) Der Anspruch auf Leistungen entsteht frühestens mit dem Datum der Einzelanordnung beziehungsweise dem Datum des Hygieneplans nach Absatz 3.

(3) Ein vollständiges oder teilweises Tätigkeitsverbot im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn einer der folgenden Fälle zutrifft:

- Eine behördliche Einzelanordnung untersagt der versicherten Person ganz oder teilweise die Ausübung ihrer

beruflichen Tätigkeit. Die Einzelanordnung ist an die versicherte Person adressiert und erfolgt wegen einer von ihr ausgehenden Infektionsgefahr. Sie beruht auf gesetzlichen Vorschriften bzw. Rechtsverordnungen.

- Von der versicherten Person geht aufgrund eigener Erkrankung eine Infektionsgefahr für andere aus. Dabei kommt es allein auf die Gefahr der Weiterverbreitung des Erregers an. Ob die versicherte Person Erkrankter oder nur Ausscheider ist, ist unerheblich. Über den Hygieneplan eines staatlich anerkannten Hygienikers wird belegt, welche berufliche Tätigkeiten die versicherte Person noch und welche sie nicht mehr ausüben darf.

Ergänzend zu den Obliegenheiten des Paragraphen "Welche Obliegenheiten bestehen, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird?" der AVB bzw. BB-BUZ ist uns zum Nachweis des Vorliegens eines Tätigkeitsverbotes die Verfügung oder der Hygieneplan im Original oder amtlich beglaubigt vorzulegen.

§ 3 Wann endet die Leistungsverpflichtung?

Werden Leistungen aufgrund eines Tätigkeitsverbotes erbracht, endet die Leistungsverpflichtung mit dessen Aufhebung.

Lag der Anerkennung ein Hygieneplan zugrunde und belegt ein aktueller Hygieneplan, dass die berufliche Tätigkeit wieder vollständig oder teilweise ausgeübt werden kann, endet unsere Leistungspflicht, wenn die weitere Prüfung ergibt, dass die versicherte Person wieder zu mindestens 50 % in der Lage ist, Ihre berufliche Tätigkeit auszuüben.

§ 4 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

Abweichend vom Paragraphen "Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?" der AVB bzw. BB-BUZ gilt bei Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen:

Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sowie während einer Karenzzeit sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen bzw. den Wegfall der Leistungspflicht nach dem Paragraphen "Was ist versichert?" der AVB bzw. BB-BUZ nachzuprüfen; insbesondere können wir auch einen Nachweis verlangen, dass die versicherte Person noch lebt.

Wir können auch prüfen, ob die versicherte Person nach dem Eintritt ihrer Berufsunfähigkeit eine neue berufliche Tätigkeit ausübt. In diesem Fall liegt eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vor, wenn alle nachfolgenden Voraussetzungen zutreffen:

a) Die versicherte Person kann auf Grund ihrer gesundheitlichen Verhältnisse diese Tätigkeit ausüben.

b) Diese ausgeübte berufliche Tätigkeit entspricht der Lebensstellung der beruflichen Tätigkeit der versicherten Person zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit.

Liegen die vorgenannten Voraussetzungen vor, ist es unerheblich, ob die Berufsunfähigkeit in dem Beruf, zu dem unsere Leistungspflicht anerkannt oder festgestellt wurde, fort dauern würde.

Vertragsvorschlag

D. Versicherungsbedingungen

- Seite 1 von 2 -



BB-NVG: Besondere Bedingungen für die Nachversicherungsgarantie auf Erhöhung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente

(LV_BB_NVG_BU.2301)

Sehr geehrter Kunde,

in den Versicherungsbedingungen sprechen wir mit unserer persönlichen Anrede ("Sie") grundsätzlich den Versicherungsnehmer als denjenigen an, der die Versicherung beantragt hat und somit unser unmittelbarer Vertragspartner ist.

Gliederung

§ 1 Welches Recht bietet Ihnen die Nachversicherungsgarantie? Was haben Sie zu beachten?

§ 2 Wann können Sie die Nachversicherungsgarantie ereignisunabhängig ausüben (freie Phase)?

§ 3 Wann können Sie die Nachversicherungsgarantie ereignisabhängig ausüben?

§ 4 Was ist bei der Ausübung der Nachversicherungsgarantie für die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente zu beachten?

§ 5 Wann entfällt die Nachversicherungsgarantie?

§ 1 Welches Recht bietet Ihnen die Nachversicherungsgarantie? Was haben Sie zu beachten?

(1) Mit der Nachversicherungsgarantie haben Sie das Recht, die bestehende Berufsunfähigkeitsrente nach den nachfolgenden Bestimmungen **ohne erneute Gesundheitsprüfung** zu erhöhen. Dieses Recht besteht nicht, falls der ursprüngliche Vertrag gegen eine vereinfachte Risikoprüfung in Form einer Dienstfähigkeitserklärung zustande gekommen ist oder bei Abschluss keine Fragen zur Gesundheit gestellt wurden.

Der Verzicht auf erneute Gesundheitsprüfung beinhaltet auch den Verzicht auf die Prüfung gefährlicher Sportarten und Hobbies sowie auf die Fragen nach Körpergröße, Gewicht und geplanten Auslandsaufenthalten.

(2) Die in § 4 Absatz 3 genannten Höchstgrenzen für die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente gelten stets inkl. einer eventuell vereinbarten Erhöhung der Rente durch Überschussbeteiligung.

(3) Die Ausübung der Nachversicherungsgarantie muss in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) erfolgen.

§ 2 Wann können Sie die Nachversicherungsgarantie ereignisunabhängig ausüben (freie Phase)?

Bis fünf Jahre nach dem Versicherungsbeginn kann die Nachversicherungsgarantie **ohne erneute Gesundheitsprüfung** sowohl unabhängig von einem bestimmten Ereignis als auch gebunden an bestimmte Ereignisse gemäß § 3 ausgeübt werden. Falls dieser Vertrag aus einem Umtausch- oder Umwandlungsrecht bzw. einer BU-Option hervorgegangen ist, endet die freie Phase fünf Jahre nach dem Versicherungsbeginn des ursprünglichen Vertrages. Die freie Phase endet ebenfalls, wenn die versicherte Person das 40. Lebensjahr vollendet hat.

Bitte beachten Sie: Wenn Ihr Vertrag mit vereinfachter Gesundheitsprüfung zustande gekommen ist, finden die Regelungen zur freien Phase für Ihren Vertrag keine Anwendung. Davon unberührt bleibt ihr Recht die Nachversicherungsgarantie ab Vertragsbeginn ereignisabhängig gemäß § 3 auszuüben.

§ 3 Wann können Sie die Nachversicherungsgarantie ereignisabhängig ausüben?

(1) Sie können die Nachversicherungsgarantie ab Versicherungsbeginn ohne erneute Gesundheitsprüfung aus-

üben, sofern Sie den Eintritt eines der folgenden die versicherte Person betreffenden Anlässe oder Ereignisse **innerhalb von zwölf Monaten** nach dessen Eintritt nachweisen (z. B. durch eine Urkunde oder ein amtliches Zeugnis):

a) Geburt eines Kindes oder Adoption eines minderjährigen Kindes;

b) Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit nach Elternzeit oder 18 Monate nach Geburt eines Kindes, sofern die Nachversicherungsgarantie nicht schon bei Geburt oder Adoption dieses Kindes ausgeübt wurde;

c) Heirat;

d) Ehescheidung bzw. Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, sofern die Ehe bzw. die eingetragene Lebenspartnerschaft mindestens zwölf Monate bestand;

e) Tod des Ehegatten oder des eingetragenen Lebenspartners;

f) Pflegefall des Ehegatten oder des eingetragenen Lebenspartners;

g) Erreichen der Volljährigkeit;

h) Erstmalige Aufnahme einer Berufsausbildung, eines staatlich anerkannten Studiums oder eines staatlich anerkannten dualen Studiums;

i) Erfolgreicher Abschluss eines staatlich anerkannten Studiums, eines staatlich anerkannten dualen Studiums oder einer Berufsausbildung;

j) Erstmalige Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit nach Abschluss eines staatlich anerkannten Studiums, eines staatlich anerkannten dualen Studiums oder einer Berufsausbildung, die nicht nur nebenberuflich ausgeübt wird;

k) Bestellung zum Wirtschaftsprüfer oder Steuerberater;

l) Erstmaliger Wechsel von einer nicht selbständigen Tätigkeit in eine selbständige oder freiberufliche Tätigkeit, die nicht nur nebenberuflich ausgeübt wird;

m) Ernennung zum Prokuristen;

n) Steigerung des monatlichen Bruttoeinkommens aus nicht selbständiger beruflicher Tätigkeit um mehr als 10 % gegenüber dem durchschnittlichen monatlichen Bruttoeinkommen der letzten 12 Monate (jeweils einschließlich Weihnachts- und Urlaubsgeld, aber ohne Bonuszahlungen, variablen Gehaltsteilen, Tantiemen oder Sonderzahlungen) oder Steigerung der Summe der Bruttoeinkommen aus selbständiger beruflicher Tätigkeit der beiden letzten Kalenderjahre (im Vergleich zu den beiden davor liegenden Kalenderjahren) um mehr als 20 %;

o) Wegfall der Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Rentenversicherung;

p) Wegfall oder Kürzung um mindestens 15 % einer berufsständischen Altersversorgung;

q) Wegfall oder Kürzung um mindestens 25 % einer betrieblichen Altersversorgung;

r) Erstmaliges Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in der Gesetzlichen Rentenversicherung;

s) Aufnahme eines Darlehens von mindestens 50.000 EUR zur Neugründung bzw. Übernahme einer (bestehenden) Praxis bzw. Kanzlei oder Einstieg als Partner in eine bestehende Praxis bzw. Kanzlei;

t) Aufnahme eines Darlehens von mindestens 50.000 EUR zur Finanzierung im gewerblichen Bereich bzw. zur Finanzierung einer Immobilie;

u) Übergang aus einem mindestens ein Jahr laufenden Teilzeit- oder befristeten Arbeitsverhältnis in eine unbefristete Vollzeitstelle;

v) Erfolgreiche Absolvierung einer Meisterprüfung;

w) Erstmaliger Wechsel in einen Beruf, der eine Mitgliedschaft in einer öffentlich rechtlichen Körperschaft erfordert und nicht nur nebenberuflich ausgeübt wird.

Wird dieser Nachweis nicht oder nicht fristgerecht erbracht, ist die Ausübung der Nachversicherungsgarantie zu diesem Zeitpunkt ausgeschlossen.

(2) Die Kosten für die erforderlichen Nachweise tragen Sie.

§ 4 Was ist bei der Ausübung der Nachversicherungsgarantie für die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente zu beachten?

(1) Die Erhöhung erfolgt durch den Abschluss einer selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung oder einer Rentenversicherung mit Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (Anschlussversicherung) **nach den dann gültigen Tarifen auf Grundlage der dann gültigen Kalkulationsgrundlagen.**

(2) Die Prämie für die Erhöhung errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnungsmäßigen Alter der versicherten Person, der verbleibenden Versicherungs- und Leistungsdauer sowie den **dann gültigen Tarifen, Versicherungsbedingungen und Steuerregelungen. Zudem gilt für die Erhöhung der zum Zeitpunkt der Erhöhung ausgeübte Beruf. Alternativ berücksichtigen wir auf Ihren Wunsch den zu Vertragsbeginn ausgeübten Beruf.** Sollte der ausgeübte Beruf zum Erhöhungstermin in den für das Neugeschäft gültigen Tarifen nicht mehr versicherbar sein, gilt für die Anschlussversicherung die Prämie der Risikogruppe für Berufe mit dem höchsten Berufsunfähigkeitsrisiko. Etwaige in der bisherigen Versicherung vereinbarte Leistungseinschränkungen und Risikozuschläge gelten stets auch für die Anschlussversicherung.

Für die Anschlussversicherung können - soweit tariflich vorgesehen - folgende Tarifeigenschaften vereinbart werden, falls sie jeweils bereits für die bestehende Versicherung gegolten haben:

- Planmäßige Erhöhung von Prämie und Leistung (Dynamik),

- Weiterführung der Dynamik der Hauptversicherung im Leistungsfall der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung,

- Garantierte Rentensteigerung im Leistungsfall,

- Leistungen wegen Krankschreibung.

Wurde der bestehende Vertrag als Schüler, Student oder Auszubildender abgeschlossen, gilt: Bei Erhöhungen innerhalb der ersten 5 Jahre nach Versicherungsbeginn des bestehenden Vertrages kann für die Anschlussversicherung eine Leistung wegen Krankschreibung auch unabhängig vom bestehenden Vertrag eingeschlossen werden. Dies gilt nur, wenn zum Erhöhungstermin im Neugeschäft ein gültiger Tarif mit Leistung bei Krankschreibung angeboten wird.

(3) Bei jeder Ausübung der Nachversicherungsgarantie gilt außerdem Folgendes:

a) Pro Ereignis darf maximal bis zu 100 % der zu Vertragsbeginn vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente zusätzlich versichert werden.

Ist die Berufsunfähigkeits-Rente zum Zeitpunkt der Ausübung der Nachversicherungsgarantie niedriger als zu Versicherungsbeginn vereinbart, gilt zusätzlich: Es dürfen höchstens 100 % der zum Zeitpunkt der Ausübung der Nachversicherungsgarantie versicherten Berufsunfähigkeits-Rente zusätzlich versichert werden.

b) Erhöhungen der Berufsunfähigkeitsrente innerhalb der freien Phase (§ 2) ohne bestimmten Anlass sind insgesamt begrenzt auf maximal 100 % der zu Ver-

Vertragsvorschlag

D. Versicherungsbedingungen

- Seite 2 von 2 -



tragsbeginn vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente. Diese Grenze gilt nur, wenn zu Versicherungsbeginn eine jährliche Berufsunfähigkeits-Rente von weniger als 9.000 EUR vereinbart wurde.

c) Wenn die zu Vertragsbeginn vereinbarte jährliche Berufsunfähigkeitsrente mindestens 6.000 EUR beträgt und die versicherte Person das 30. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, gelten die Begrenzungen nach a) und b) jedoch nicht bei einer Erhöhung

- nach Abschluss eines staatlich anerkannten Studiums,

- nach Abschluss eines staatlich anerkannten dualen Studiums bzw.

- nach Bestellung zum Wirtschaftsprüfer oder Steuerberater

und erstmaliger Aufnahme einer der Ausbildung entsprechenden beruflichen Tätigkeit.

d) Ist dieser Vertrag aus dem Umtausch einer Erwerbsunfähigkeits-Versicherung hervorgegangen, so dürfen die insgesamt bei uns versicherten, aus einem Umtausch hervorgegangenen Berufsunfähigkeitsrenten durch eine Erhöhung innerhalb der freien Phase eine Jahresrente von 12.000 EUR nicht übersteigen.

e) Ist dieser Vertrag aus einer Umwandlung oder BU-Option hervorgegangen, gilt: Die insgesamt bei uns versicherten, aus einer Umwandlung oder BU-Option hervorgegangenen Berufsunfähigkeitsrenten dürfen durch eine Erhöhung innerhalb der freien Phase ohne bestimmten Anlass eine Jahresrente von 30.000 EUR nicht übersteigen.

f) Die insgesamt bei uns versicherten Berufsunfähigkeits-, Grundfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitsrenten der versicherten Person dürfen eine Jahresrente von

- 36.000 EUR beziehungsweise

- 60.000 EUR, sofern die zum Versicherungsbeginn vereinbarte Berufsunfähigkeits-Rente jährlich 36.000 EUR übersteigt und dieser Vertrag auf Basis eines ärztlichen Zeugnisses zustande gekommen ist,

nicht übersteigen. Sofern für den Beruf der versicherten Person niedrigere Jahresrenten als maximal zulässige Berufsunfähigkeits-, Grundfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitsrenten tariflich festgelegt sind, dürfen durch die Erhöhung diese niedrigeren Werte nicht überschritten werden. Dies kann im Einzelfall dazu führen, dass Sie die Nachversicherungsgarantie nicht ausüben können, wenn diese Grenzen bereits mit der ursprünglich versicherten Berufs-, Grundfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente erreicht sind.

Erfolgt die Erhöhung durch den Abschluss einer Rentenversicherung mit Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung gilt: Die jährliche Prämie der Rentenversicherung darf bis zu 1.800 EUR betragen.

g) Voraussetzung für die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente ist, dass ein Bedarf der versicherten Person besteht.

Ein Bedarf besteht nur, sofern zum Zeitpunkt der Ausübung der Nachversicherungsgarantie die im Falle der Berufsunfähigkeit, der Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten (Verlust von Grundfähigkeiten) oder Erwerbsunfähigkeit für die versicherte Person insgesamt zu erwartenden Leistungen in einem angemessenen Verhältnis zu dem letzten jährlichen Bruttoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit der versicherten Person stehen. Als Bruttoeinkommen gelten regelmäßige Einkünfte aus Arbeitstätigkeit einschließlich Weihnachts- und Urlaubsgeld. Tantiemen, variable Gehaltsteile, Bonus- oder Sonderzahlungen werden grundsätzlich nicht berücksichtigt. Bei Selbstständigen im Sinne dieser Bedingungen gilt der Gewinn aus Gewerbebetrieb, aus selbstständiger Arbeit oder aus Land-

und Forstwirtschaft als Bruttoeinkommen im Sinne dieser Bedingungen.

Für die Ermittlung des Bedarfs verwenden wir als Rechengröße die gewichtete jährliche Gesamtleistung. Die gewichtete jährliche Gesamtleistung ist die Summe aller zum Zeitpunkt der Ausübung der Nachversicherungsgarantie für die versicherte Person insgesamt versicherten jährlichen Leistungen für den Fall der Berufsunfähigkeit, der Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten (Verlust von Grundfähigkeiten) oder Erwerbsunfähigkeit bei privaten Versicherern sowie der Erhöhungsrente, wobei Versicherungen der privaten Altersversorgung dabei zu 100 %, Versicherungen der Basisversorgung zu 80 % und Direktversicherungen, Pensionskassen- sowie Rückdeckungsversicherungen zu 67 % berücksichtigt werden; privat fortgeführte Direkt- oder Pensionskassenversicherungen gelten diesbezüglich als private Altersversorgung.

Durch die Ausübung der Nachversicherungsgarantie darf die so ermittelte gewichtete jährliche Gesamtleistung 60 % des letzten jährlichen Bruttoeinkommens aus beruflicher Tätigkeit nicht überschreiten.

Wir haben das Recht, das Bestehen des Bedarfs vor jeder Ausübung der Nachversicherungsgarantie zu überprüfen. Wir können von Ihnen verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Überprüfung des Bedarfs erforderlich ist, und dass Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Sachverhalts dienlich sind, um uns die sachgerechte Überprüfung des Bedarfs zu ermöglichen. Hierzu werden wir Ihnen mitteilen, welche Auskünfte und Informationen wir von Ihnen für eine solche Überprüfung benötigen. Sie sind verpflichtet, die von Ihnen gemachten Angaben nachzuweisen. Wird dieser Nachweis nicht oder nicht fristgerecht erbracht, ist die Ausübung der Nachversicherungsgarantie zu diesem Zeitpunkt ausgeschlossen. Die Kosten für die erforderlichen Nachweise tragen Sie.

Im Rahmen der Überprüfung sind Sie gesetzlich verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umständen, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben; andernfalls riskieren Sie den Verlust Ihres erhöhten Versicherungsschutzes. Über diese Pflicht und die Rechtsfolgen einer Pflichtverletzung werden wir Sie bei der Überprüfung schriftlich informieren und belehren.

Ist eine andere Person versichert, gelten die vorstehenden Bestimmungen für diese andere versicherte Person entsprechend.

(4) Die Erhöhung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente erfolgt frühestens zur nächsten Prämienfälligkeit nach Zugang Ihrer Mitteilung und spätestens zu Beginn des nächstfolgenden Versicherungsjahres. Haben Sie keinen Erhöhungstermin mitgeteilt, so erfolgt die Erhöhung zu Beginn des nächstfolgenden Versicherungsjahres. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin. Die am Erhöhungstermin auf volle Jahre aufgerundete verbleibende Versicherungs- und Leistungsdauer der bereits bestehenden Versicherung darf nicht überschritten werden.

(5) Beantragen Sie eine Erhöhung des Versicherungsschutzes, verzichten wir auf eine erneute Gesundheitsprüfung. Die bestehende Berufsunfähigkeitsversicherung und die Anschlussversicherung bilden eine Einheit. Erklären wir zur bestehenden Berufsunfähigkeitsversicherung wegen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung einen Rücktritt, eine Anfechtung, eine Kündigung oder eine Vertragsänderung, wird die Anschlussversicherung von der entsprechenden Erklärung miterfasst.

§ 5 Wann entfällt die Nachversicherungsgarantie?

Die Ausübung der Nachversicherungsgarantie ohne erneute Gesundheitsprüfung ist nicht möglich,

- falls der Vertrag zum Zeitpunkt der Ausübung prämienfrei gestellt ist,

- falls die versicherte Person zum Erhöhungstermin gemäß § 4 Absatz 4 das 50. Lebensjahr vollendet hat,

- falls der Versicherungsfall gemäß den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung bzw. den Besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung zum Zeitpunkt der Ausübung bereits eingetreten ist. Dies bedeutet auch, dass die Ausübung nicht mehr möglich ist, falls Leistungen nach Eintritt des Versicherungsfalles wieder eingestellt wurden. Stellt sich nach Ausübung der Nachversicherungsgarantie heraus, dass der Versicherungsfall zum Zeitpunkt der Ausübung bereits eingetreten war, entfällt die Erhöhung rückwirkend. Erfolgte die Ausübung über eine Rentenversicherung mit Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, gilt: Es entfällt nur die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung oder

- falls wir zum Zeitpunkt der Ausübung bereits Leistungen wegen Krankschreibung gezahlt haben oder zahlen. Stellt sich nach Ausübung der Nachversicherungsgarantie heraus, dass eine bedingungsgemäße Krankschreibung gemäß dem Paragraphen "Was ist eine Krankschreibung im Sinne dieser Bedingungen?" der Besonderen Bedingungen für die Leistungen wegen Krankschreibung zum Erhöhungstermin im Ursprungsvertrag bereits bestand, entfällt die Erhöhung rückwirkend. Dies gilt auch, wenn eine zum Erhöhungstermin bestehende Krankschreibung nach dem Erhöhungstermin zu einer bedingungsgemäßen Krankschreibung führt.

Weiterhin ist die Ausübung der Nachversicherungsgarantie nicht möglich, sobald ein Antrag auf Leistung gestellt wurde.

Vertragsvorschlag

D. Versicherungsbedingungen

- Seite 1 von 4 -



ERL-BU: Versicherungsschutz bei Berufsunfähigkeit - Erläuterungen und Hinweise zum Versicherungsschutz und zu den Bedingungen

(LV_ERLBU.2301)

Sehr geehrter Kunde,

mit den nachstehenden Erläuterungen möchten wir Ihnen ergänzend zu unseren BU-Bedingungen einige weitere Informationen über Ihren Versicherungsschutz geben und die wichtigsten Leistungsvoraussetzungen noch transparenter darstellen. Die Erläuterungen und Informationen sind zwangsläufig auf verschiedene berufliche Verhältnisse und Situationen ausgerichtet, so dass einzelne Informationen entweder gar nicht oder erst im Laufe der Zeit für Sie bzw. für Ihre Berufsunfähigkeit von Bedeutung sind. Die "Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit" wird im Rahmen dieser Erläuterungen nicht behandelt, da sich diese ausschließlich auf das Ausmaß einer Pflegebedürftigkeit bezieht. Die Erläuterungen gelten sowohl für die selbständige Berufsunfähigkeits-Versicherung als auch für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung; sie sind Bestandteil Ihres Vertrages und bieten Ihnen zusätzliche Rechtssicherheit für den Leistungsfall. In den Erläuterungen verwenden wir für den Begriff "Berufsunfähigkeit" die Abkürzung "BU".

Im Text nehmen wir Bezug auf einige Gesetze. Die Abkürzungen bezeichnen im Einzelnen:

BGB: Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

VVG: Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz - VVG)

Gliederung

§ 1 Welche Ursachen müssen zur BU geführt haben?

§ 2 Beinhaltet eine gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit (AU) zugleich den Nachweis einer BU?

§ 3 Nach welchen Kriterien und von wem wird der Grad der BU ermittelt?

§ 4 Wie lange muss der Zustand der BU anhalten?

§ 5 Welche Anforderungen werden an den versicherten Beruf gestellt?

§ 6 Welche Kriterien sind bei der BU-Feststellung "Selbständiger" zusätzlich zu berücksichtigen?

§ 7 Welche Bedeutung hat die Umorganisation Ihres Betriebes auf die BU-Feststellung?

§ 8 Wann spielt die Umorganisation bei der BU-Feststellung keine Rolle?

§ 9 Spielt die Umorganisation des Arbeitsplatzes auch bei der BU-Feststellung eines Arbeitnehmers eine Rolle?

§ 10 Welcher Beruf ist für die Feststellung der BU, auch nach Reduzierung der Arbeitszeit, maßgeblich?

§ 11 Können Sie bei BU-Eintritt auf einen anderen Beruf verwiesen werden?

§ 12 Welcher Beruf ist bei einer Unterbrechung einer beruflichen Tätigkeit, bei Reduktion auf Teilzeit während der Unterbrechung oder nach Ausscheiden aus dem Berufsleben entscheidend?

§ 13 Welche Bedeutung hat ein vor BU-Eintritt vorgenommener Berufswechsel?

§ 14 Welche medizinischen Nachweise sind für die Feststellung Ihrer BU erforderlich?

§ 15 Wirkt sich die Nichtbeachtung ärztlicher Anordnungen nachteilig auf Ihren Leistungsanspruch aus?

§ 16 Was ist nach Beginn unserer Leistungspflicht zu beachten?

§ 17 Welche Auswirkungen hat die Fortsetzung Ihrer "bisherigen" Berufsausübung nach BU-Eintritt?

§ 18 Welche Auswirkungen hat eine nach BU-Eintritt aufgenommene "neue" berufliche Tätigkeit?

§ 19 Welche Auswirkungen hat die Leistungseinstellung bei Wegfall der Berufsunfähigkeit?

§ 20 In welchem Umfang kann bis zur Feststellung einer BU die weitere Prämienzahlung gestundet werden?

§ 21 Welche Unterstützung erhalten Sie von uns im Leistungsfall?

§ 22 Warum müssen Sie die Antragsfragen beantworten und was passiert, wenn Sie falsch antworten?

Anhang: Erläuterung von Fachbegriffen

§ 1 Welche Ursachen müssen zur BU geführt haben?

Entscheidendes Merkmal der Berufsunfähigkeit ist die Beeinträchtigung der Berufsausübung durch Krankheit, Körperverletzung oder eines Kräfteverfalls. Der entsprechende Krankheitszustand und die Funktionsbeeinträchtigungen müssen medizinisch objektiviert sein und von den behandelnden Ärzten durch ausführliche Behandlungs- sowie Befundberichte nachgewiesen werden. Für unsere Leistungsentscheidung können wir weitere Nachweise anfordern.

§ 2 Beinhaltet eine gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit (AU) zugleich den Nachweis einer BU?

Nein. Arbeitsunfähigkeit ist ein Begriff aus dem Sozial- und Krankenversicherungsrecht.

Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist Voraussetzung für den Anspruch auf Entgeltfortzahlung und für den Anspruch auf Krankengeld.

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die berufliche Tätigkeit auf Grund von Krankheit

- nicht mehr oder

- nur unter der Gefahr der Verschlimmerung einer Erkrankung

ausgeführt werden kann.

Arbeitsunfähigkeit im sozial- und krankenversicherungsrechtlichen Sinne liegt auch vor, wenn auf Grund eines bestimmten Krankheitszustands absehbar ist, dass

- aus der Fortführung der beruflichen Tätigkeit eine Gesundheit gefährdet wird und

- eine Weiterarbeit unmittelbar zu einer Arbeitsunfähigkeit führt.

Dies gilt auch, wenn der Krankheitszustand für sich allein noch keine Arbeitsunfähigkeit bedingt.

Ein bestimmter Grad der Arbeitsunfähigkeit muss dabei vom Vertragsarzt der Krankenversicherung nicht festgestellt werden. So kann auch eine Einschränkung von weniger als 50 % zur Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit führen.

Die Definition der Arbeitsunfähigkeit ist mit dem Begriff der Berufsunfähigkeit nicht identisch. Eine ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit beinhaltet demzufolge nicht automatisch den Nachweis für eine bedingungs-gemäße Berufsunfähigkeit.

Dies schließt aber nicht aus, dass die zur Arbeitsunfähigkeit führenden Gesundheitsstörungen und Funktionseinbußen auch Ursache einer bedingungs-gemäßen Berufsunfähigkeit sein können. Wenn über einen Zeitraum von voraussichtlich sechs Monaten ununterbrochen eine Arbeitsunfähigkeit erwartet wird, sollten Sie

vorsorglich Ansprüche wegen Berufsunfähigkeit anmelden. Dafür sollten Sie uns die notwendigen Nachweise vorlegen.

§ 3 Nach welchen Kriterien und von wem wird der Grad der BU ermittelt?

Der Grad Ihrer BU muss mindestens 50 % betragen. Die Feststellung des BU-Grades erfordert zwingend eine möglichst genaue Klärung der Frage, wie sich die ärztlich nachgewiesene gesundheitliche Beeinträchtigung auf Ihre Fähigkeit zur Ausübung Ihres konkreten Berufes auswirkt. Hierbei ist auch zu berücksichtigen, in welchem Umfang diese Auswirkungen die Ihren Beruf prägenden Haupttätigkeiten und Hauptaufgaben treffen und welche Nebentätigkeiten Ihres Berufes hiervon ebenfalls betroffen sind. Erst wenn Ihr konkretes berufliches Belastungsprofil mit all seinen Einzeltätigkeiten und Einzelanforderungen im Detail bekannt ist, können die gesundheitsbedingten Beeinträchtigungen jeder einzelnen beruflichen Tätigkeit, Aufgabe und Anforderung zugeordnet werden. Die nach dieser Methode festgestellte Beeinträchtigung führt zwangsläufig und zuverlässig zu einem Gesamtbild der beruflichen Einschränkungen und damit zu dem für Sie geltenden Grad der BU. Der BU-Grad wird durch unsere Gesellschaft unter Berücksichtigung der uns bekannten gesundheitlichen Beeinträchtigungen und der uns im Einzelnen nachgewiesenen beruflichen Anforderungsprofile festgelegt, wobei wir uns in Einzelfällen berufskundlicher und weiterer medizinischer Beratungen bedienen.

§ 4 Wie lange muss der Zustand der BU anhalten?

Die BU muss nach Art der Gesundheitsstörungen und nach dem Ausmaß ihrer Funktionseinbußen voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen zu erwarten sein. Hierfür sind von den behandelnden Ärzten, Psychologen und Psychotherapeuten ausführliche Behandlungs- sowie Befundberichte beizubringen. Sollten die behandelnden Ärzte diese Prognose nicht stellen wollen oder können, reicht es für die Feststellung bedingungs-gemäßer BU auch aus, wenn die BU tatsächlich mindestens sechs Monate ununterbrochen bestanden hat und der Nachweis hierüber geführt wird. Für unsere Leistungsentscheidung können wir weitere Nachweise anfordern. Sofern wir Ihre BU auf Grund einer sechsmonatigen Prognosestellung anerkannt und entsprechende Leistungen gewährt haben, brauchen Sie uns die erbrachten Leistungen nicht zu erstatten, wenn sich durch unsere Nachprüfung der BU herausstellt, dass die BU tatsächlich nicht mindestens ununterbrochen sechs Monate vorgelegen hat und wir die Gewährung weiterer Leistungen einstellen.

Bei Ablauf einer etwaigen vereinbarten Karenzzeit prüfen wir erneut, ob die Voraussetzungen für eine BU weiterhin vorliegen. Tritt nach einer beendeten Berufsunfähigkeit erneut Berufsunfähigkeit im Sinne der BU-Bedingungen ein, gelten die im Paragraphen "Was ist versichert?" im Abschnitt "Leistungsbeschreibung" der BU-Bedingungen genannten Voraussetzungen auch für die erneute Berufsunfähigkeit. Beruht die erneute Berufsunfähigkeit auf derselben medizinischen Ursache wie die beendete Berufsunfähigkeit, werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten angerechnet.

§ 5 Welche Anforderungen werden an den versicherten Beruf gestellt?

Bei dem versicherten Beruf muss es sich um eine im Rahmen der geltenden Rechtsordnung ausgeübte Erwerbstätigkeit handeln, die auf die für sie geltende Ausübungsdauer angelegt und die auf den Erwerb der Lebenshaltungskosten ausgerichtet ist. Die Art dieser Erwerbstätigkeit sowie die hieraus bezogene Vergütung bestimmen und prägen in aller Regel die wirtschaftlich-soziale Lebensstellung und bilden auch deren Status in der Gesellschaft.

Vertragsvorschlag

D. Versicherungsbedingungen

- Seite 2 von 4 -



Die folgenden beruflichen Ausprägungen werden wie jeweils beschrieben berücksichtigt.

§ 6 Welche Kriterien sind bei der BU-Feststellung "Selbständiger" zusätzlich zu berücksichtigen?

Zu den "Selbständigen" zählen mitarbeitende Unternehmer, Betriebs- und Geschäftsinhaber, beherrschende Gesellschafter-Geschäftsführer (GGF) sowie freiberuflich Tätige, die hinsichtlich ihrer Berufsausübung keiner Fremdbestimmung unterworfen sind. Die BU des "Selbständigen" beurteilt sich gemäß der Rechtsprechung nach der konkreten Gestaltung seines Betriebes, seinen bisher im Betrieb wahrgenommenen Tätigkeits- und Aufgabenfeldern und der im Betrieb etwa bestehenden Möglichkeiten einer Umorganisation der Arbeit oder einer Aufgabenumverteilung. Die hieraus für die Feststellung der BU abgeleiteten zusätzlichen Prüfkriterien erklären sich durch die herausragende berufliche Stellung des "Selbständigen" in seinem Betrieb und seinen besonderen Rechten, die Bestandteile seines Berufes sind und die seinen Beruf prägen.

§ 7 Welche Bedeutung hat die Umorganisation Ihres Betriebes auf die BU-Feststellung?

Wenn Sie im Rahmen Ihres unternehmerischen Frei- raums und Ihres Direktionsrechts durch eine mögliche und zumutbare betriebliche Umorganisation

- für sich neue oder andere Tätigkeitsfelder in Ihrem Betrieb schaffen können,

- die gegenüber Ihren bisherigen Tätigkeiten gleichwertig und Ihrer beruflichen Stellung im Betrieb angemessen sind,

- zu deren Ausübung Sie auch die notwendigen Fähigkeiten und Kenntnisse besitzen und

- die Sie mit Ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung auch ausüben können,

liegen die Voraussetzungen für eine BU im Sinne der BU-Bedingungen nicht vor. Ihre durch vorgenannte Maßnahmen in Ihrem Betrieb geschaffenen neuen Tätigkeitsfelder resultieren allein aus dem zum Bestandteil Ihres Berufes gehörenden "Direktionsrecht" und sind somit nicht Folge einer Verweisung durch unsere Gesellschaft (siehe hierzu auch § 11).

Die Zumutbarkeit einer Umorganisation ist nicht von einer völligen Kostenneutralität abhängig. Gewisse kostenbedingte Einkommensminderungen sind von Ihnen dann hinzunehmen, wenn dadurch Ihr erzielltes Einkommen aus Erwerbstätigkeit nach Umorganisation nicht spürbar unter das Niveau des zuletzt erzielten Einkommens aus Erwerbstätigkeit bei Eintritt der Berufsunfähigkeit absinkt. Eine Entscheidung über die Zumutbarkeit von einkommensmindernden Kosten einer Umorganisation kann gerechterweise nur im konkreten Einzelfall unter Berücksichtigung der bei BU-Eintritt vorliegenden betrieblichen Verhältnisse und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen getroffen werden. Zumutbar sind laufende Einkommensminderungen von weniger als 20 % - bezogen auf das Einkommen aus Erwerbstätigkeit (vor Abzug von Steuern). Zudem sind einmalige einkommensmindernde Kosten zumutbar, sofern sie 25 % aller versicherten BU-Leistungen (versicherte jährliche BU-Renten und Bruttoprämien) einschließlich der versicherten BU-Leistungen bei anderen Versicherern nicht übersteigen. Sollten sich jedoch auf Grund der Rechtsprechung der Oberlandesgerichte oder des Bundesgerichtshofes geringere Zumutbarkeitsbegrenzungen ergeben, wären diese zu berücksichtigen.

§ 8 Wann spielt die Umorganisation bei der BU-Feststellung keine Rolle?

Wenn Sie nachweisen, dass die Umorganisation aus einem der nachstehend genannten Gründe nicht durch-

führbar ist, spielt die Frage einer Umorganisation für die Feststellung Ihrer BU keine Rolle. Mögliche Gründe sind:

- die Betriebsstruktur oder die Betriebsgröße lassen keine Umorganisation zu,

- die Anzahl der Mitarbeiter oder die Mitarbeiterstruktur erlauben keine Umorganisation,

- die Umorganisation wäre betriebswirtschaftlich unsinnig oder ist rechtlich unzulässig,

- die Umorganisation erfordert einen erheblichen Kapitaleinsatz,

- die Umorganisation wäre mit unzumutbar hohen Kosten verbunden, die Ihnen eine spürbare und nachhaltige Einkommensminderung bescheren würden,

- durch eine Umorganisation würden Ihnen nur Tätigkeitsfelder verbleiben bzw. geschaffen, für deren Ausübung Ihnen die erforderlichen Fähigkeiten und Kenntnisse oder die gesundheitlichen Voraussetzungen fehlen,

- durch eine Umorganisation würden Ihnen keine Ihrer Position angemessenen Tätigkeitsfelder, sondern nur noch Verlegenheitsarbeiten verbleiben.

Weitere Informationen können Sie § 7 entnehmen.

Auf Wunsch unterstützen wir Sie bei der Beschaffung und der inhaltlichen Ausgestaltung der von Ihnen hierzu beizubringenden Nachweise.

§ 9 Spielt die Umorganisation des Arbeitsplatzes auch bei der BU-Feststellung eines Arbeitnehmers eine Rolle?

Nein, wenn Sie als Arbeitnehmer tätig sind, unterliegen Sie grundsätzlich der Fremdbestimmung durch Ihren Arbeitgeber. Zu den Bestandteilen Ihrer Berufsausübung als Arbeitnehmer zählen weder ein unternehmerisches Gestaltungsrecht noch das Direktionsrecht, so dass Sie auch nicht das Recht zur Umorganisation Ihres Arbeitsplatzes besitzen. An diesem rechtlichen Status würde auch eine etwaige Zustimmung Ihres Arbeitgebers zur Umorganisation des Arbeitsplatzes nichts ändern. Wir gehen demzufolge bei der BU-Feststellung weder der Frage einer möglichen Umorganisation Ihres Arbeitsplatzes nach noch verlangen wir von Ihnen Nachweise darüber, dass eine Umorganisation nicht möglich ist oder Ihr Arbeitgeber einer möglichen Umorganisation Ihres Arbeitsplatzes die Zustimmung versagt.

§ 10 Welcher Beruf ist für die Feststellung der BU, auch nach Reduzierung der Arbeitszeit, maßgeblich?

Wir legen der BU-Feststellung den von Ihnen zuletzt bei Eintritt der BU ausgeübten Beruf zu Grunde, und zwar in seiner konkreten Ausgestaltung ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen. Hierdurch wird sichergestellt, dass sich die Bewertung der Auswirkungen Ihrer gesundheitsbedingten Funktionsbeeinträchtigungen nicht nur auf die Tätigkeitsverhältnisse bei BU-Eintritt beschränkt, sondern sich auch auf etwa zuvor aus gesundheitlichen Gründen aufgegebenen oder eingeschränkten Aufgaben und Tätigkeiten erstreckt. Neben der Ausübung einer beruflichen Tätigkeit werden Tätigkeiten als Hausfrau / Hausmann nicht berücksichtigt.

Zur Beurteilung der Berufsunfähigkeit legen wir abweichend die Arbeitszeit und Ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie sie vor der Reduzierung ausgestaltet waren, zugrunde, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit

- aus nicht gesundheitlichen Gründen,

- auf weniger als 30 Arbeitsstunden wöchentlich

reduziert hat und seit der Reduzierung bis zum Eintritt der Berufsunfähigkeit

- weniger als 5 Jahre vergangen sind sowie

- 30 Arbeitsstunden wöchentlich nicht überschritten worden.

§ 11 Können Sie bei BU-Eintritt auf einen anderen Beruf verwiesen werden?

Nein, bei Eintritt der Berufsunfähigkeit spielt es keine Rolle, ob Sie auf Grund vorhandener Fähigkeiten und Kenntnisse oder auf Grund Ihrer Ausbildung und Erfahrung einen anderen Beruf ausüben könnten (abstrakte Verweisung) oder einen derartigen anderen Beruf bereits ausüben (konkrete Verweisung). Es bestehen also keine Verweisungsrechte, die eine Anerkennung Ihrer BU verhindern können. Der vorgenannte Verweisungsverzicht gilt natürlich auch für "Selbständige", wobei eine etwaige weitere Ausübung ihres Berufes im eigenen Betrieb mit einem anderen Tätigkeits- oder Aufgabenfeld nicht Gegenstand einer Verweisung ist (siehe hierzu auch die Ausführungen in § 6 bis § 8 sowie in Paragraph "Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?" der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung bzw. der Besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung).

Nach Eintritt der Berufsunfähigkeit können wir jedoch unter den Voraussetzungen von § 18 die versicherte Person auf eine konkret ausgeübte neue berufliche Tätigkeit verweisen.

§ 12 Welcher Beruf ist bei einer Unterbrechung einer beruflichen Tätigkeit, bei Reduktion auf Teilzeit während der Unterbrechung oder nach Ausscheiden aus dem Berufsleben entscheidend?

Eine Unterbrechung der beruflichen Tätigkeit kann wegen

- Mutterschutz mit Bezug von Mutterschaftsleistungen,

- gesetzlicher Elternzeit mit Bezug von Elterngeld,

- Pflege von nahen Angehörigen im häuslichen Umfeld mit vollständiger oder teilweiser Freistellung von der Arbeit,

- Betreuung von minderjährigen, pflegebedürftigen nahen Angehörigen außerhalb des häuslichen Umfeldes mit vollständiger oder teilweiser Freistellung von der Arbeit,

- Sabbatjahr bzw. Sabbatical mit ruhendem Arbeitsverhältnis,

- behördlich bewilligter Kurzarbeit oder

- Arbeitslosigkeit

eintreten. Während einer Unterbrechung oder nach Ausscheiden aus dem Berufsleben ist für die Feststellung einer Berufsunfähigkeit der zuletzt ausgeübte Beruf entscheidend. Dabei berücksichtigen wir die konkreten Anforderungs- und Tätigkeitsprofile unmittelbar vor der Unterbrechung oder dem Ausscheiden. Wurde vor der Unterbrechung eine Vollzeitstätigkeit ausgeführt, dann wird diese auch bei einer während der Unterbrechung ausgeübten Teilzeitstätigkeit zugrunde gelegt. Bei einer Unterbrechung wegen Pflege oder Betreuung werden die mit der Pflege und Betreuung verbundenen Tätigkeiten bei der Feststellung einer Berufsunfähigkeit nicht berücksichtigt. Bei einer Teilzeitstätigkeit werden Tätigkeiten als Hausfrau / Hausmann ebenfalls nicht berücksichtigt.

Wie in § 10 beschrieben, gilt auch hier: Wir berücksichtigen vor der Unterbrechung oder dem Ausscheiden aus gesundheitlichen Gründen aufgegebenen oder geänderten Tätigkeiten und Aufgaben.

Vertragsvorschlag

D. Versicherungsbedingungen

- Seite 3 von 4 -



§ 13 Welche Bedeutung hat ein vor BU-Eintritt vorgenommener Berufswechsel?

Sie sind nicht verpflichtet, uns einen Berufswechsel anzuzeigen. Wenn Sie Ihren Beruf oder Ihre beruflichen Aufgaben- und Tätigkeitsfelder gewechselt oder wesentlich geändert haben und diese berufliche Neuorientierung auf die für die Ausübung des neuen Berufs geltende Dauer angelegt sowie auf den Erwerb der Lebenshaltungskosten ausgerichtet ist, gilt Ihr neuer Beruf bzw. die neue berufliche Tätigkeit als "maßgeblicher Beruf" im Sinne von § 10 für die Feststellung Ihrer BU, und zwar selbst dann, wenn Sie den neuen Beruf bei BU-Eintritt erst kurze Zeit ausgeübt haben.

§ 14 Welche medizinischen Nachweise sind für die Feststellung Ihrer BU erforderlich?

Grundsätzlich benötigen wir zur medizinischen Prüfung und Bewertung Ihrer BU ausführliche Behandlungs- und Befundberichte Ihrer behandelnden Ärzte, Psychologen und Psychotherapeuten. Dabei besteht für Sie freie Arztwahl. Bei der medizinischen Auswertung der ärztlichen Unterlagen beraten wir uns mit unseren Gesellschaftsärzten. Lassen sich nach den vorliegenden Arztberichten und nach dem Ergebnis unserer Prüfung das genaue Ausmaß Ihrer gesundheitlichen Funktionseinbußen und damit Ihre beruflichen Leistungseinschränkungen nicht exakt bewerten oder sind die von den Ärzten erhobenen Diagnosen nicht hinreichend medizinisch objektiviert, werden wir die bestehenden Defizite

- durch weitere gezielte Rückfragen bei Ihren Ärzten,
- durch etwaige Ergänzungsuntersuchungen, mit denen wir nach Abstimmung mit Ihnen grundsätzlich nur Ihre Ärzte auf unsere Kosten beauftragen würden, oder
- in Einzelfällen durch eine Begutachtung auf unsere Kosten durch Fachärzte

klären bzw. beseitigen. Über den Grund dieser Nachfragen werden wir Sie zeitnah informieren.

§ 15 Wirkt sich die Nichtbeachtung ärztlicher Anordnungen nachteilig auf Ihren Leistungsanspruch aus?

Die Befolgung von ärztlichen Anordnungen ist nicht Voraussetzung für die Anerkennung der Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung. Ausgenommen hiervon sind der ärztlich empfohlene Einsatz von Hilfsmitteln des täglichen Lebens (z. B. Verwendung von Prothesen, Seh- und Hörhilfen) sowie ärztlich empfohlene Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und sichere Aussicht auf Besserung des Gesundheitszustands bieten. Lässt die versicherte Person darüber hinausgehende ärztlich angeordnete Maßnahmen zur Heilung oder Milderung der Berufsunfähigkeit (z. B. Suchtentzug, Diäten, operative Behandlungsmaßnahmen) nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Leistungen aus dieser Versicherung nicht entgegen.

§ 16 Was ist nach Beginn unserer Leistungspflicht zu beachten?

Sie sind nicht verpflichtet, uns von sich aus die Aufnahme einer Berufstätigkeit nach Eintritt einer BU, sei es in Ihrem bisherigen oder in einem anderen (neuen) Beruf, anzuzeigen. Erst wenn wir Sie im Rahmen der bedingungsgemäß vorgesehenen Nachprüfung Ihrer BU danach fragen, ob Sie nach Eintritt Ihrer BU eine berufliche Tätigkeit ausüben, in welchem Beruf dies geschieht und wie die Tätigkeit ausgestaltet ist, sind Sie zur Auskunft verpflichtet. Der Zeitpunkt der Nachprüfung wird individuell nach Sachverhalt (z. B. Beruf, Alter der versicherten Person, Krankheitsbild) festgelegt. Zu gegebener Zeit werden wir auf Sie zukommen. Die Einstellung der Leistung aufgrund einer Nachprüfung erfolgt frühestens nach 6 Monaten gerechnet ab dem Beginn unserer

Leistungspflicht. Einzelheiten zur Nachprüfung, die sich natürlich auch auf die medizinische Seite der BU erstreckt, ergeben sich aus dem Paragraphen "Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?" im Abschnitt "Leistungsauszahlung" der BU-Bedingungen.

§ 17 Welche Auswirkungen hat die Fortsetzung Ihrer "bisherigen" Berufsausübung nach BU-Eintritt?

Eine völlige Aufgabe Ihrer Berufstätigkeit ist nicht Voraussetzung für den Eintritt bedingungsgemäßer BU. Sie verlieren Ihren Anspruch auf die anerkannten Leistungen grundsätzlich auch dann nicht, wenn Sie unter Einsatz übermäßiger Anstrengungen oder unter Aufzehrung Ihrer verbliebenen gesundheitlichen Substanz Ihre Berufstätigkeit mit dem bisherigen vollständigen beruflichen Belastungsprofil oder nur mit den durch Ihre gesundheitliche Beeinträchtigung nicht betroffenen Tätigkeitsfeldern fortsetzen, vorausgesetzt natürlich, der vertraglich vereinbarte BU-Mindestgrad wird nach ärztlichen Feststellungen erreicht.

Aber Achtung! Die bloße Tatsache, dass Sie nach wie vor und über einen längeren Zeitraum Ihren bisherigen Beruf in vollem Umfang uneingeschränkt trotz ärztlich bestätigter gesundheitlicher Funktionseinbußen ausüben, kann als Wiederherstellung Ihrer Berufsfähigkeit angesehen werden. Insofern kann also die Tatsache der vollen Berufsausübung als Nachweis wieder erlangter Berufsfähigkeit höher bewertet werden, als eine entgegenstehende ärztliche Aussage über Ihre Berufsunfähigkeit. Würden wir im Rahmen der Nachprüfung Ihrer BU auf einen solchen Sachverhalt treffen, wäre eine eingehende medizinische Überprüfung Ihrer BU angezeigt.

§ 18 Welche Auswirkungen hat eine nach BU-Eintritt aufgenommene "neue" berufliche Tätigkeit?

Wenn Sie sich nach Eintritt des Versicherungsfalles aus eigener Entscheidung und ohne Einflussmöglichkeit durch uns beruflich neu orientiert haben, können wir auch bei Fortdauer der BU in Ihrem früheren Beruf die BU-Leistungen mit künftiger Wirkung beenden, dies aber nur, wenn alle nachfolgend genannten Kriterien erfüllt werden, und zwar:

- Sie müssen nach Eintritt der BU
- neue berufliche Fähigkeiten und Kenntnisse erworben haben (z. B. durch Umschulung, Einarbeitung (Training on the Job) oder Fortbildungen jeglicher Art wie Besuch von Kursen, Seminaren oder Vorträgen),
- Sie müssen eine neue berufliche Tätigkeit ausüben und hierbei diese neu erworbenen Fähigkeiten und Kenntnisse einsetzen,
- die neuen beruflichen Aufgaben- und Tätigkeitsfelder müssen Sie auf Grund Ihrer gesundheitlichen Verhältnisse auch ausüben können,
- die Lebensstellung auf Grund der neuen beruflichen Tätigkeit muss der Lebensstellung Ihres früheren Berufes entsprechen (zur vergleichenden Betrachtung zweier Lebensstellungen siehe die Ausführungen in § 5 und in Paragraph "Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?" der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung bzw. der Besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung).

§ 19 Welche Auswirkungen hat die Leistungseinstellung bei Wegfall der Berufsunfähigkeit?

Liegt eine Berufsunfähigkeit im Sinne der BU-Bedingungen nicht mehr vor, so werden wir unsere Leistungen einstellen. Die Einstellung teilen wir dem Anspruchsberechtigten mit; sie wird nicht vor Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung wirksam, frühestens jedoch ab dem darauf folgenden Rentenzahlungs-

termin. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Prämienzahlung wieder aufgenommen werden. Ist nach Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung keine Berufsunfähigkeitsrente mitversichert, ist die Prämienzahlung zu Beginn des darauf folgenden Prämienzahlungsabschnittes wieder aufzunehmen.

§ 20 In welchem Umfang kann bis zur Feststellung einer BU die weitere Prämienzahlung gestundet werden?

Da die Feststellung der BU erfahrungsgemäß eine vorher nicht bestimmbare Zeit in Anspruch nehmen kann, stunden wir Ihnen auf Antrag die an sich weiterhin zu entrichtenden Prämien für die Dauer unserer Leistungsprüfung, ohne hierfür Stundungszinsen zu beanspruchen (die Stundung ist für die Dauer einer etwa vereinbarten Karenzzeit nicht möglich). Die zinslose Prämienstundung endet also mit Bekanntgabe unserer Entscheidung über Ihren Leistungsanspruch.

Sollte Ihr Leistungsanspruch nicht anerkannt werden, müssten die Prämienzahlung wieder aufgenommen und etwa gestundete Prämien beglichen werden.

Weitere Informationen finden Sie im Paragraphen "Was ist versichert?" der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung bzw. der Besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung.

§ 21 Welche Unterstützung erhalten Sie von uns im Leistungsfall?

Wenn Sie Leistungen aus dieser Versicherung beantragen, haben Sie Anspruch auf Unterstützung:

- Wir helfen gerne, insbesondere bei Fragen
- zum Verfahren der Leistungsprüfung,
- zum genauen Versicherungsumfang und zu Leistungsvoraussetzungen,
- zur Beschreibung der bisherigen Berufstätigkeit,
- zur Umorganisation bei Selbständigkeit
- zum Nachweis der gesundheitlichen Beeinträchtigung und
- zu Ansprechpartnern für medizinische und berufliche Rehabilitation.

Diese Unterstützung können Sie auch gerne telefonisch in Anspruch nehmen.

Im Einzelfall sind wir nach Abstimmung mit Ihnen gerne bereit die für die Prüfung notwendigen Informationen im Rahmen eines persönlichen Gesprächs bei Ihnen (Vor-Ort-Kundenservice) aufzunehmen.

§ 22 Warum müssen Sie die Antragsfragen beantworten und was passiert, wenn Sie falsch antworten?

Beim Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung wollen wir von Ihnen wissen, wie es um Ihre Gesundheit bestellt ist. Nur so können wir einschätzen, wie hoch das Risiko ist, dass Sie irgendwann einmal berufsunfähig werden und in Abhängigkeit davon die Prämie berechnen. Unsere Fragen müssen Sie wahrheitsgemäß beantworten. Versichern Sie jemand anderes, besteht diese Verpflichtung auch für die zu versichernde Person.

Wenn Sie falsche Angaben machen oder die versicherte Person falsche Angaben macht, können wir

- vom Vertrag zurücktreten (§ 19 Absatz 2 VVG),
- den Vertrag kündigen (§ 19 Absatz 3 VVG),
- den Vertrag anpassen (§ 19 Absatz 4 VVG) oder

Vertragsvorschlag

D. Versicherungsbedingungen

- Seite 4 von 4 -



- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten (§ 123 Absatz 1, Alternative 1 BGB in Verbindung mit § 22 VVG).

Über die Voraussetzungen und den Umfang Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht sowie über die jeweiligen Rechtsfolgen bei einer Verletzung der Anzeigepflicht informieren wir Sie ausführlich in der "Gesonderten Mitteilung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht / Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung". Diese finden Sie in Ihrem Antrag bzw. in Ihrer unverbindlichen Anfrage auf einen Vertragsvorschlag.

Bitte beachten Sie: Wenn Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht unverschuldet verletzt haben oder wenn die versicherte Person die Anzeigepflicht unverschuldet verletzt hat, gilt: Wir verzichten auf die Ausübung unserer Rechte auf Kündigung (§ 19 Absatz 3 VVG) oder Vertragsanpassung (§ 19 Absatz 4 VVG).

Anhang: Erläuterung von Fachbegriffen

Nachstehend möchten wir Ihnen einige wichtige Fachbegriffe näher erläutern:

- **Bezugsberechtigter:** Das ist die Person, die die Leistung erhält. Sie bestimmen den Begünstigten im Versicherungsvertrag.
- **Fahrlässig:** Sie handeln fahrlässig, wenn Sie die erforderliche Sorgfalt nicht beachten.
- **Karenzzeit:** Wenn Sie eine Karenzzeit vereinbaren, zahlen Sie für Ihren Vertrag eine geringere Prämie. Während der Karenzzeit erbringen wir keine Leistung wegen Berufsunfähigkeit.
- **Rechnungsmäßiges Alter:** Das rechnerische Alter ist die Differenz aus dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem jeweils betrachteten Kalenderjahr.
- **Risikogruppe:** Die Prämie hängt wesentlich von dem bei Abschluss des Vertrags ausgeübten Beruf der versicherten Person ab. Hierzu ordnen wir die Berufe in verschiedene Risikogruppen ein. Übt die versicherte Person einen gefährlichen Beruf aus, ist die Prämie höher als in einem ungefährlichen Beruf.
- **Überschussbeteiligung:** Überschüsse sind die Erträge, die wir erwirtschaften abzüglich unserer Aufwendungen. In der Lebensversicherung gibt es im Wesentlichen drei Überschussarten: Zins-, Risiko- und Kostenüberschüsse. An unseren Überschüssen beteiligen wir Sie nach den gesetzlichen Vorschriften.
- **Versicherungsdauer:** Die Versicherungsdauer ist die Zeitspanne, während der Ihr Versicherungsvertrag besteht.
- **Versicherungsnehmer:** Der Versicherungsnehmer ist derjenige, der die Versicherung beantragt hat. Er wird als solcher im Versicherungsschein genannt. Die in den Versicherungsbedingungen festgelegten Rechte und Pflichten betreffen vorrangig den Versicherungsnehmer als Vertragspartner.
- **Wohnsitz:** Der Wohnsitz ist der Ort, an dem eine Person den Mittelpunkt ihrer Lebensverhältnisse hat.

Vertragsvorschlag

D. Versicherungsbedingungen

- Seite 1 von 2 -



BB-DYN: Besondere Bedingungen für die planmäßige Erhöhung der Prämie und Leistungen ohne Gesundheitsprüfung

(LV_BB_DYN_RIS.2301)

Sehr geehrter Kunde,

in den Versicherungsbedingungen sprechen wir mit unserer persönlichen Anrede ("Sie") grundsätzlich den Versicherungsnehmer als denjenigen an, der die Versicherung beantragt hat und somit unser unmittelbarer Vertragspartner ist.

Im Bedingungstext verwenden wir die Bezeichnung AVB. Damit sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der zugehörigen Hauptversicherung gemeint.

Diese Besonderen Bedingungen ändern bzw. ergänzen die AVB.

Gliederung

I. Allgemeine Regelungen für die Erhöhung von Prämie und Leistungen

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

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Prämie und Versicherungsleistungen?

§ 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?

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

§ 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

II. Besondere Regelungen bei Einschluss von Versicherungsleistungen für den Fall von Berufsunfähigkeit

§ 6 In welchen Fällen ist die Erhöhung abhängig vom Bestehen eines Bedarfs?

§ 7 Was geschieht bei Eintritt von Berufsunfähigkeit?

I. Allgemeine Regelungen für die Erhöhung von Prämie und Leistungen

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

(1) Die Erhöhung der Prämie hängt von dem gewählten Anpassungsmodus ab. In der Kundeninformation nennen wir Ihnen den vereinbarten Anpassungsmodus sowie den vereinbarten Prozentsatz der Erhöhung. Den Prozentsatz können Sie zu Vertragsbeginn festlegen. Haben Sie eine selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung abgeschlossen, kann er zwischen 1 % und 5 % betragen. Haben Sie eine Risikoversicherung auf den Todesfall abgeschlossen, kann er zwischen 3 % und 5 % betragen.

(2) Die Erhöhungsprämie wird jeweils ermittelt aus der zuletzt für diese Versicherung gezahlten laufenden Prämie.

Sofern mit Ihnen vereinbart wurde, dass eine oder mehrere bereits bestehende Versicherungen in das Anpassungsrecht einbezogen werden, werden auch die jeweils entrichteten laufenden Prämien dieser Versicherungen bei der Ermittlung berücksichtigt. Ob eine solche Vereinbarung getroffen wurde, werden wir in Ihrem Versicherungsschein angeben.

(3) Die Prämienhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistung ohne Gesundheitsprüfung.

Da sich die vereinbarten Anpassungen nicht auf die Höhe der Versicherungsleistung, sondern auf die Prämienhöhe beziehen, kann sich die Versicherungsleistung um einen geringeren Prozentsatz als die Prämie erhöhen.

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Prämie und Versicherungsleistungen?

(1) Die Erhöhungen der Prämie und der Versicherungsleistungen erfolgen, sofern noch eine Pflicht zur Prämienzahlung besteht, jeweils zum Beginn eines neuen Versicherungsjahres. Erstmaligen und letztmaligen Erhöhungstermin nennen wir Ihnen in der Kundeninformation.

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt als Vertragsablauf für alle planmäßigen Erhöhungen der Versicherungsleistungen der in der Kundeninformation genannte Vertragsablauf der Anfangsversicherung.

(2) Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung.

Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

§ 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?

(1) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnermäßigen Alter der versicherten Person, der restlichen Prämienzahlungsdauer, einem eventuell vereinbarten Prämienzuschlag und den jeweils für Ihren Vertrag zum Erhöhungszeitpunkt geltenden Kalkulationsgrundlagen für Erhöhungsleistungen. Hierdurch können sich die Bezeichnung des Tarifs, der Gewinnzuteilungsform sowie die entsprechenden Eingruppierungsmerkmale (z. B. die Tarifgeneration) gegenüber der Anfangsversicherung ändern.

Zu den Kalkulationsgrundlagen gehören unsere Annahmen über Kapitalerträge (Rechnungszins), Risikoverlauf (Sterblichkeit) und Kosten.

Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Prämie (§ 1 Absatz 3).

(2) Wenn bei Ihrer Versicherung auch die Leistung auf Grund eines Zusatztarifs mitversichert ist oder später mitversichert wird, erhöhen sich - soweit nichts anderes vereinbart ist - die Versicherungsleistungen der Zusatzversicherungen im selben Verhältnis wie die der Hauptversicherung.

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

(1) Soweit nichts anderes vereinbart ist, gelten alle im Rahmen des Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Versicherungsbedingungen sowie die Bezugsrechtsverfügung, auch für die Erhöhung der Versicherungsleistungen.

Dies gilt entsprechend auch für die Verteilung der bei der Prämienkalkulation in Ansatz gebrachten Abschluss- und Vertriebskosten (Paragraph "Welche Kosten sind bei der Kalkulation Ihrer Versicherung berücksichtigt?" im Abschnitt "Prämienzahlung" der AVB).

(2) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag setzt die Fristen für die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht im Antrag bzw. in der unverbindlichen Anfrage für einen Vertragsvorschlag und der Selbsttötung (Paragraph "In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?" im Abschnitt "Leistungsbeschreibung" der AVB) nicht erneut in Lauf.

§ 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

(1) Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des zweiten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder die erste erhöhte Prämie nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen.

(2) Sie können den Erhöhungen beliebig oft widersprechen, ohne Ihr Recht auf zukünftige Erhöhungen zu verlieren.

(3) Für die Erhöhungen der Versicherungsleistungen für den Fall von Berufsunfähigkeit gelten weitere Regelungen, die im Abschnitt II. beschrieben werden. Dieses gilt jedoch nicht mehr, wenn im Zeitpunkt der Erhöhung keine Leistung für den Fall von Berufsunfähigkeit mitversichert ist.

II. Besondere Regelungen bei Einschluss von Versicherungsleistungen für den Fall von Berufsunfähigkeit

§ 6 In welchen Fällen ist die Erhöhung abhängig vom Bestehen eines Bedarfs?

(1) Voraussetzung für die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente ist, dass ein Bedarf der versicherten Person besteht.

Ein Bedarf besteht nur, sofern zum Zeitpunkt der Erhöhung die im Falle der Berufsunfähigkeit, Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten (Verlust von Grundfähigkeiten) oder Erwerbsunfähigkeit für die versicherte Person insgesamt zu erwartenden Leistungen in einem angemessenen Verhältnis zu dem letzten jährlichen Bruttoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit der versicherten Person vor der Erhöhung stehen.

Als Bruttoeinkommen gelten regelmäßige Einkünfte aus Arbeitstätigkeit einschließlich Weihnachts- und Urlaubsgeld. Tantiemen, Bonus- oder Sonderzahlungen werden grundsätzlich nicht berücksichtigt. Bei Selbstständigen im Sinne dieser Bedingungen gilt der Gewinn aus Gewerbebetrieb, aus selbstständiger Arbeit oder aus Land- und Forstwirtschaft als Bruttoeinkommen im Sinne dieser Bedingungen.

(2) Für die Ermittlung des Bedarfs nach Absatz 1 verwenden wir als Rechengröße die gewichtete Gesamtleistung. Die gewichtete Gesamtleistung ist die Summe aller zum Zeitpunkt der Erhöhung für die versicherte Person insgesamt versicherten Leistungen für den Fall der Berufsunfähigkeit, Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten (Verlust von Grundfähigkeiten) oder Erwerbsunfähigkeit bei privaten Versicherern sowie der Erhöhungsrente, wobei Versicherungen der privaten Altersversorgung dabei zu 100 %, Versicherungen der Basisversorgung zu 80 % und Direktversicherungen, Pensionskassen- sowie Rückdeckungsversicherungen zu 67 % berücksichtigt werden; privat fortgeführte Direkt- oder Pensionskassenversicherungen gelten diesbezüglich als private Altersversorgung. Die so ermittelte gewichtete Gesamtleistung darf den in Absatz 3 beschriebenen Höchstsatz nicht überschreiten. Wird der Höchstsatz überschritten, entfällt das Erhöhungsrecht; das heißt, dass die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente zu diesem Zeitpunkt nicht erfolgen kann.

(3) Der Höchstsatz für die gewichtete Gesamtleistung nach Absatz 2 beträgt 65 % des letzten jährlichen Bruttoeinkommens aus beruflicher Tätigkeit bis zu einem Bruttoeinkommen von 100.000 EUR zzgl. 32,5 % des Teils des letzten jährlichen Bruttoeinkommens, der 100.000 EUR übersteigt.

(4) Sofern wir nach unseren Unterlagen feststellen, dass eine künftige Erhöhung gemäß Absatz 1 entfällt, weil durch die Erhöhung der Höchstsatz gemäß Absatz 3 überschritten würde, werden wir Ihnen dies mitteilen. In diesem Fall ist eine künftige Erhöhung nur möglich, wenn Sie uns nachweisen, dass gleichwohl ein Bedarf besteht, z. B. weil sich Ihr jährliches Bruttoeinkommen erhöht hat.

Vertragsvorschlag

D. Versicherungsbedingungen

- Seite 2 von 2 -



Darüber hinaus haben wir das Recht, die Voraussetzung des Bestehens eines Bedarfs vor jeder Erhöhung zu überprüfen.

Wir können von Ihnen verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Überprüfung des Bedarfs erforderlich ist, und dass Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Sachverhalts dienlich sind, um uns die sachgerechte Überprüfung des Bedarfs zu ermöglichen. Hierzu werden wir Ihnen mitteilen, welche Auskünfte und Informationen wir von Ihnen für eine solche Überprüfung benötigen.

Das Bestehen des Bedarfs ist von Ihnen nachzuweisen. Die Kosten für die erforderlichen Nachweise tragen Sie. Wird von Ihnen der Nachweis des Bedarfs im Rahmen der Überprüfung nicht oder nicht fristgerecht erbracht, sind weitere Erhöhungen der Berufsunfähigkeitsrente ab dem Zeitpunkt der Überprüfung durch unsere Gesellschaft ausgeschlossen.

Im Rahmen der Überprüfung sind Sie gesetzlich verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben; andernfalls riskieren Sie den Verlust Ihres erhöhten Versicherungsschutzes. Über diese Pflicht und die Rechtsfolgen einer Pflichtverletzung werden wir Sie bei der Überprüfung schriftlich informieren und belehren.

Ist eine andere Person versichert, gelten die vorstehenden Bestimmungen für diese andere versicherte Person entsprechend.

(5) Sofern eine Erhöhung durchgeführt wurde, ohne dass wir Ihnen mitgeteilt haben, dass der Höchstsatz überschritten ist, oder von unserem Recht auf Überprüfung nach Absatz 4 Gebrauch gemacht haben, gilt der Nachweis des Bedarfs für diese Erhöhung als erbracht.

(6) Das Recht auf Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente nach dem gewählten Anpassungsmodus lebt auf Ihren Antrag hin wieder auf, sofern Sie nachweisen, dass die in Absatz 1 genannte Voraussetzung zur Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente wieder erfüllt ist, und die Berufsunfähigkeit noch nicht eingetreten ist. Unterbliebene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.

(7) Ist eine Berufsunfähigkeitsrente zu einer Risikoversicherung auf den Todesfall mitversichert, und ist die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente ausgeschlossen, weil nach der Überprüfung gemäß Absatz 4 kein Bedarf besteht bzw. Sie den Bedarf nicht oder nicht fristgerecht nachgewiesen haben, so werden bei der Ermittlung der Erhöhungsprämie abweichend von § 1 Absatz 2 die Prämienanteile für die Berufsunfähigkeitsrente nicht mit berücksichtigt.

(8) Alle übrigen versicherten Leistungen, für die eine Erhöhung vereinbart ist, können unabhängig vom Bedarf erhöht werden.

§ 7 Was geschieht bei Eintritt des Versicherungsfalles wegen Berufsunfähigkeit oder Krankschreibung?

Wenn eine Versicherungsleistung für den Fall von Berufsunfähigkeit mitversichert ist oder später mitversichert wird bzw. Leistungen wegen Krankschreibung mitversichert sind, erfolgen nach Eintritt des Versicherungsfalles keine Erhöhungen innerhalb einer vereinbarten Karenzzeit oder solange Sie auf Grund eines eingetretenen Versicherungsfalles von der Verpflichtung zur Prämienzahlung befreit sind. Nach Eintritt des Versicherungsfalles noch durchgeführte Erhöhungen entfallen rückwirkend. Nach Meldung des Leistungsfalles stehen Erhöhungen ab Eintritt des Versicherungsfalles unter Vorbehalt. Sobald verbindlich und abschließend festgestellt ist, dass das versicherte Risiko nicht eingetreten

ist, entfällt der Vorbehalt und die Erhöhungen sind endgültig vereinbart.

Kostenübersicht für zusätzlichen Verwaltungsaufwand

(LV_KOST.2201)

Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand bei uns verursacht wird, können wir die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag gesondert in Rechnung stellen. Die nachfolgenden Kosten gelten, sofern die Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder Besonderen Bedingungen Ihres Vertrages die entsprechenden Anlässe vorsehen. Weitere Informationen können Sie dem Paragraphen „Welche anlassbezogenen Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?“ entnehmen. Außerdem können uns auch von dritter Seite Kosten in Rechnung gestellt werden. Fallen solche Kosten für Ihren Vertrag an, werden wir Ihnen diese in angefallener Höhe in Rechnung stellen.

Anlass	Betrag (je Vorgang)
Ausstellung einer Leistungsübersicht (ab 2. Anforderung im Kalenderjahr)	5,00 EUR
Durchführung von Vertragsänderungen, die eine Neuberechnung erfordern (z.B. Wiederinkraftsetzung, Prämienanpassungen, Hinausschieben des Rentenbeginns)	1 % der Summe aller bereits gezahlten und zukünftig noch zu zahlenden Prämien zuzüglich 1 % der Summe aller geleisteten Sonderzahlungen, max. 100,00 EUR
Durchführung von Vertragsänderungen, die keine Neuberechnung erfordern (z.B. Änderung des Bezugsrechts)	15,00 EUR
Erhebung von Mahngebühren aufgrund des Verzugs der Prämienzahlung	5,00 EUR
Rücktritt vom Vertrag aufgrund Nichtzahlung der Einlösungsprämie	10 % der Prämien der ersten 12 Monate ab Versicherungsbeginn bzw. 3 % der Einmalprämie
Ausstellung eines Ersatzversicherungsscheins	20,00 EUR
Ausstellung einer Abschrift des Versicherungsscheins	10,00 EUR
Ausstellung von Abschriften der Erklärungen des Versicherungsnehmers (z.B. Korrespondenz mit Rechtsanwälten)	8,00 EUR
Durchführung von Abtretungen/Verpfändungen	25,00 EUR
Vereinbarung eines Ratenzahlungsplans	wird derzeit nicht erhoben
Einrichtung eines Stundungskontos	20,00 EUR
Ermittlung einer geänderten Postanschrift, sofern die Änderung uns nicht mitgeteilt wurde	10,00 EUR
Einholung individueller Erklärungen zur Entbindung von der Schweigepflicht	15,00 EUR
Vereinbarung eines Verwertungsausschlusses nach Vertragsabschluss	wird derzeit nicht erhoben
Geldtransfer in ein oder aus einem Land außerhalb des SEPA-Zahlungsraums	10,00 EUR
Durchführung von Deckungskapitalübertragungen in der betrieblichen Altersversorgung	wird derzeit nicht erhoben
Ausstellung einer Prämienbescheinigung (ab 2. Anforderung im Kalenderjahr)	5,00 EUR
Bearbeitung von Lastschriftrückläufern	5,00 EUR
Übertragung von Fondsanteilen	1 % des Geldwertes der übertragenen Fondsanteile, max. 150,00 EUR