



Allgemeine Bedingungen für die NÜRNBERGER Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung (Premium-Schutz) (GN271085_201401)

Inhaltsverzeichnis

§ 1	Einführung und Begriffsbestimmungen
§ 2	Wann beginnt der Versicherungsschutz?
§ 3	Was ist Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?
§ 4	Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?
§ 5	Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
§ 6	Wann können Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen bzw. welche Alternativen haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?
§ 7	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
§ 8	In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
§ 9	Was ist bei Fälligkeit der Versicherungsleistung zu beachten?
§ 10	Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?
§ 11	Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?
§ 12	Wer erhält die Versicherungsleistung?
§ 13	Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet?
§ 14	Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?
§ 15	Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?
§ 16	Welches Recht und welche Sprache finden auf Ihren Vertrag Anwendung?
§ 17	Wo ist der Gerichtsstand?

Einführung und Begriffsbestimmungen

Die nachfolgenden Bedingungen enthalten die Regelungen, die für das Vertragsverhältnis zwischen dem Versicherungsnehmer und der Versicherungsgesellschaft gelten.

Versicherungsnehmer ist derjenige, der die Versicherung beantragt hat. Er wird als solcher in den beigefügten Allgemeinen Vertragsdaten genannt.

Sind Sie versicherte Person, aber nicht Versicherungsnehmer (z. B. weil Ihr Arbeitgeber die Versicherung abgeschlossen hat), dann sprechen wir Sie in den Bedingungen und anhängenden Textteilen nicht unmittelbar an. Die dort festgelegten Rechte und Pflichten betreffen nämlich vorrangig nur den Versicherungsnehmer als unseren Vertragspartner.

Versicherungsjahr, -monat, -periode

Ein Versicherungsjahr umfasst den Zeitraum eines Jahres, beginnend jeweils an dem Monatsersten eines jeden Jahres, mittags 12 Uhr, der dem Datum des in den beigefügten Allgemeinen Vertragsdaten dokumentierten "Ablaufs der Versicherung" entspricht.

Ein Versicherungsmonat dauert jeweils von einem Monatsersten, mittags 12 Uhr, bis zum nächsten Monatsersten mittags 12 Uhr.

Eine Versicherungsperiode entspricht bei laufender Beitragszahlung dem Zeitraum zwischen zwei Beitragsfälligkeiten, beginnend und endend jeweils mittags 12 Uhr. Die Versicherungsperiode kann je nach vertraglich vereinbarter Beitragszahlweise ein Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr sein. Bei beitragsfreien Versicherungen entspricht eine Versicherungsperiode einem Monat.

Bitte beachten Sie, dass die in den nachfolgenden Bedingungen und in den Tarifbedingungen verwendeten Begriffe der Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit nicht mit den Begriffen der Berufsunfähigkeit, Erwerbsminderung, Pflegebedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit im sozialrechtlichen Sinne oder den entsprechenden Begriffen im Sinne der Versicherungsbedingungen der privaten Krankenversicherung übereinstimmen.

§ 1 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

(1) Der Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag abgeschlossen worden ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, in den beigefügten Allgemeinen Vertragsdaten angegebenen Versicherungsbeginn. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung (vgl. § 3 Absatz 3 Satz 1 und § 4).

(2) Ist mit Ihnen ein vorläufiger Versicherungsschutz vereinbart worden, so wird dieser durch die Regelungen in Absatz 1 nicht berührt.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

Berufsunfähigkeit

(1) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ihrem vor Eintritt des Versicherungsfalles zuletzt ausgeübten Beruf - so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war - nicht mehr nachgehen kann und in dieser Zeit auch keine andere Tätigkeit ausübt, zu der sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht (vgl. Absatz 4). Auf die abstrakte Verweisung verzichten wir.

(2) Teilweise Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen nur in einem bestimmten Grad erfüllt sind.

(3) Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, vollständig oder teilweise außerstande gewesen, ihrem vor Eintritt des Versicherungsfalles zuletzt ausgeübten Beruf - so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war - nachzugehen und hat sie in dieser Zeit auch keine andere Tätigkeit ausgeübt, zu der sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht (vgl. Absatz 4), so gilt dieser Zustand von Beginn an als vollständige oder teilweise Berufsunfähigkeit.

(4) Als eine der Ausbildung und den Fähigkeiten sowie der bisherigen Lebensstellung in wirtschaftlicher und sozialer Hinsicht entsprechende Tätigkeit wird dabei nur eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und auch in ihrer Vergütung und Wertschätzung nicht spürbar unter das Niveau der bislang ausgeübten beruflichen Tätigkeit absinkt. Unzumutbar ist dabei jedenfalls eine Einkommensminderung von 20 % oder mehr gegenüber dem Bruttoeinkommen im zuletzt ausgeübten Beruf. Sollte die herrschende Rechtsprechung nachhaltig einen niedrigeren Prozentsatz festlegen, so ist dieser anzuwenden. Im begründeten Einzelfall kann aber auch bereits heute eine unter 20 % liegende Einkommensminderung unzumutbar in diesem Sinne sein.

(5) Hat die versicherte Person ihren Beruf innerhalb von 24 Monaten vor Eintritt der Berufsunfähigkeit gewechselt, wird bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit auch die berufliche Tätigkeit vor dem Berufswechsel berücksichtigt, wenn die für die Berufsunfähigkeit verantwortlichen Gesundheitsstörungen bereits bei der Aufgabe der früheren beruflichen Tätigkeit bekannt waren, es sei denn, der Berufswechsel erfolgte auf ärztliches Anraten oder wegen unfreiwilligen Wegfalls der früheren Tätigkeit.

(6) Ist die versicherte Person aus dem Berufsleben ausgeschieden, kann die Berufsunfähigkeitsversicherung fortgeführt werden. Werden in dieser Zeit Leistungen beantragt, so gilt für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit für die Dauer bis zu 5 Jahren nach dem Ausscheiden die vorher konkret ausgeübte berufliche Tätigkeit und die damit verbundene Lebensstellung. Nach Ablauf von 5 Jahren gilt eine Berufstätigkeit als zumutbar, die anhand der dann noch verwertbaren Kenntnisse und Fähigkeiten ausgeübt wird oder ausgeübt werden könnte. Die Lebensstellung wird durch die dann ausgeübte oder mögliche Berufstätigkeit geprägt.

(7) 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.

(8) Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn ein Selbstständiger oder Gesellschafter über seinen Einfluss auf die betriebliche Situation durch zumutbare Umorganisation eine Tätigkeit ausüben kann, durch die er eine unveränderte Stellung als Betriebsinhaber innehat. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie wirtschaftlich und betrieblich zweckmäßig ist. Die konkret ausgeübte oder im Rahmen der Umorganisation ausübende Tätigkeit muss aufgrund der Gesundheitsverhältnisse, der Ausbildung und Fähigkeiten zumutbar sein und der bisherigen Lebensstellung entsprechen (vgl. Absatz 4).



(9) In den letzten 15 Jahren der Vertragsdauer gilt zusätzlich Folgendes:

Legen Sie uns den unbefristeten (Original-)Rentenbescheid eines Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland (Deutsche Rentenversicherung) vor, aus dem ersichtlich ist, dass während dieses Zeitraums Leistungen wegen voller Erwerbsminderung der versicherten Person allein aus medizinischen Gründen gewährt werden, so gilt dieser Zustand, frühestens ab Vorlage des Bescheids, als vollständige Berufsunfähigkeit. Der Nachweis der Schwerbehinderung (z. B. Anerkennung durch ein Versorgungsamt) genügt nicht.

Pflegebedürftigkeit

(10) Liegt bei der versicherten Person sechs Monate ununterbrochen

- Pflegebedürftigkeit nach Absatz 11 oder nach Absatz 12 oder
- ein Autonomieverlust infolge Demenz nach Absatz 14

vor, so gilt dieser Zustand von Beginn an als Pflegebedürftigkeit.

(11) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls für mindestens sechs Monate so hilflos ist, dass sie für mindestens 2 der im Folgenden genannten Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf.

Bewertungsmaßstab für die Einstufung des Pflegefalls sind die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung wird die nachstehende Punkttabelle zugrunde gelegt:

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

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

Aufstehen und Zubettgehen 1 Punkt

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

An- und Auskleiden 1 Punkt

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

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken 1 Punkt

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

Waschen, Kämmen oder Rasieren 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.

Verrichten der Notdurft 1 Punkt

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

- sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
- ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil
- der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden 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) Pflegebedürftigkeit liegt auch vor, wenn die versicherte Person wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, mindestens in erheblichem Maß der Hilfe bedarf.

Krankheiten oder Behinderungen sind Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat, Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane, Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

Die Hilfe besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in der Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen sind

- im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
- im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
- im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
- im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

Ein erhebliches Maß der Hilfe liegt vor, wenn die pflegebedürftige versicherte Person bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt. Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung und Mobilität) und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen.

(13) Die Definition der in Absatz 12 beschriebenen Pflegebedürftigkeit entspricht Pflegestufe I nach den §§ 14 und 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI in der Fassung vom 15.12.2008. Diesbezügliche Gesetzesänderungen führen jedoch zu keiner Änderung der Definition der Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen.

(14) Autonomieverlust infolge Demenz liegt vor, wenn die versicherte Person infolge einer demenzbedingten Hirnleistungsstörung

- tägliche Beaufsichtigung oder Anleitung bei mindestens 4 der in Absatz 11 aufgeführten Verrichtungen des täglichen Lebens benötigt oder
- kontinuierliche Beaufsichtigung benötigt, weil sie sich oder andere sonst in erheblichem Umfang gefährden würde.

Als Demenz im Sinne dieser Bedingungen gelten "mittelschwere Leistungseinbußen" ab dem Schweregrad 5, ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg, oder ab einem entsprechenden Schweregrad einer alternativen, anerkannten Demenzbeurteilungsskala.

Nachweis der Pflegebedürftigkeit

(15) Die Pflegebedürftigkeit ist uns ärztlich nachzuweisen. Die Diagnose einer demenziellen Erkrankung und die Beurteilung des Schweregrades der Beeinträchtigung müssen unter Nutzung zeitgemäßer Diagnoseverfahren und standardisierter Testverfahren von einem Experten für solche Krankheitsbilder (Facharzt für Neurologie) durchgeführt werden. Grundsätzlich bewirkt eine Entscheidung eines Versicherungsträgers der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung allein noch keinen Leistungsanspruch.

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

Arbeitsunfähigkeit

(17) Als arbeitsunfähig im Sinne dieser Versicherungsbedingungen gilt die versicherte Person, wenn uns für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens 6 Monaten von in Deutschland praktizierenden Ärzten ausgestellte Bescheinigungen entsprechend § 5 Entgeltfortzahlungsgesetz (EntgFG) eingereicht werden. Davon muss mindestens eine Bescheinigung von einem Facharzt der entsprechenden Fachrichtung ausgestellt worden sein.

Leistungsausschlüsse

(18) Wenn für die Leistung Ausschlüsse oder besondere Vereinbarungen zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes vereinbart sind, dann gelten diese sowohl für die Leistung bei Berufsunfähigkeit, bei Pflegebedürftigkeit als auch bei Arbeitsunfähigkeit.

§ 3 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

(1) Die Beiträge zu Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung können Sie durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- bzw. Jahresbeiträge (laufende Beiträge) entrichten. Die laufenden Beiträge werden zu Beginn einer jeden Versicherungsperiode fällig.

(2) Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

(3) Der erste Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, in den beigefügten Allgemeinen Vertragsdaten angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind jeweils zum vereinbarten, in den beigefügten Allgemeinen Vertragsdaten genannten Fälligkeitstag, an uns zu zahlen.



(4) Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Ist die Abbuchung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem in den beigefügten Allgemeinen Vertragsdaten angegebenen Fälligkeitstag abgebucht werden kann und Sie einer berechtigten Abbuchung nicht widersprechen. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht abgebucht werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht abgebucht werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

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

Einlösungsbeitrag

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

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

Folgebeitrag

(3) Wenn ein Folgebeitrag oder ein sonstiger Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig gezahlt worden ist oder nicht abgebucht werden konnte, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist, entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

§ 5 Wann können Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen bzw. welche Alternativen haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?

Kündigung und Auszahlung des Rückkaufwertes

(1) Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode schriftlich kündigen. Dabei werden Ihnen über den Kündigungstermin hinaus gezahlte Beiträge erstattet.

(2) Bei Kündigung erlischt der Vertrag. Ein garantierter Rückkaufwert wird nicht fällig. Die Einzelheiten der Regelung bei Kündigung können Sie § 3 der Tarifbedingungen entnehmen. Beitragsfreie Versicherungen erhalten jedoch bei Kündigung gutgeschriebene Überschussanteile sowie ggf. die Ihrer Versicherung gemäß § 18 Absatz 5 zugeteilten Bewertungsreserven (siehe § 4 der Tarifbedingungen).

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

(3) Anstelle einer Kündigung nach Absatz 1 können Sie bei beitragspflichtigen Versicherungen jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode schriftlich verlangen, ganz oder teilweise von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden.

Bei der Berechnung der verminderten beitragsfreien Berufsunfähigkeits-Rente wird im Allgemeinen ein Abzug vorgenommen und evtl. rückständige Beiträge werden verrechnet. Mit dem Abzug wird die Veränderung der Risiko- und Ertragslage des verbleibenden Versichertenbestands ausgeglichen; zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beziffern ist, entfällt der Abzug bzw. wird - im letzteren Falle - entsprechend herabgesetzt.

Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung sind wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 16) keine oder nur geringe Beiträge zur Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeits-Rente vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeits-Rente zur Verfügung. Nähere Informationen zur Höhe der beitragsfreien Berufsunfähigkeits-Renten können Sie den beigefügten Garantiewerten entnehmen.

Die Einzelheiten der Regelung bei Beitragsfreistellung, insbesondere die Höhe des Abzugs, können Sie § 3 der Tarifbedingungen entnehmen. Weitere Informationen zum Thema Beitragsfreistellung finden Sie im beigefügten "Anhang zu den Allgemeinen Bedingungen".

Beitragsrückzahlung

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

Alternativen bei Zahlungsschwierigkeiten

(5) Sie können für den Zeitraum von maximal 18 Monaten eine Stundung oder Teilstundung der Beiträge unter Aufrechterhaltung des vereinbarten Versicherungsschutzes verlangen, wenn der Vertrag bereits drei Jahre besteht. Hierfür fallen Stundungszinsen an. Die Höhe der Stundungszinsen richtet sich nach unseren zum Beginn der Stundung gültigen Zinssätzen.

Die Stundung ist zinslos, wenn Sie uns anhand eines Bescheids oder Leistungsnachweises eines gesetzlichen Sozialversicherungsträgers oder Versorgungswerks nachweisen, dass Sie

- arbeitslos sind,
- sich in der gesetzlichen Elternzeit befinden oder
- erwerbsgemindert oder pflegebedürftig sind.

Wenn die genannten Anlässe enden, müssen Sie uns dies anzeigen. Eine weitere Stundung ist wieder zinspflichtig.

Die gestundeten Beiträge einschließlich der darauf entfallenden Stundungszinsen können Sie nach Ablauf des Stundungszeitraums

- in einem Betrag nachentrichten oder
- innerhalb eines Zeitraums von 24 Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten nachzahlen.

Für eine Stundung der Beiträge ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich.

(6) Erfolgte für Ihren Vertrag eine vollständige oder teilweise Beitragsfreistellung (vgl. Absatz 3) oder Unterbrechung des Versicherungsschutzes, können Sie eine Wiederherstellung der Versicherung bis zur Höhe des ursprünglichen Versicherungsschutzes beantragen.

Nach Ablauf von 6 Monaten seit dem ersten ungezahlt gebliebenen Beitrag ist die Wiederherstellung der Versicherung vom Ergebnis einer erneuten Gesundheitsprüfung abhängig. Nach Ablauf von 3 Jahren erfolgt die Wiederherstellung des Versicherungsschutzes nach den dann für das Neugeschäft gültigen Rechnungsgrundlagen der Gesellschaft.

Für die Zeit der Beitragsfreistellung, Beitragsherabsetzung oder Unterbrechung der Versicherung ist keine Beitragsnachzahlung erforderlich. Der ab dem Wiederherstellungstermin des Vertrags benötigte Beitrag richtet sich nach dem dann vereinbarten Versicherungsschutz und wird nach versicherungsmathematischen Grundsätzen ermittelt.

§ 6 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

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

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

Rücktritt

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

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

(5) Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragslaufzeit entspricht.

(6) Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir die gemäß § 3 Absatz 1 der Tarifbedingungen bei Kündigung fälligen Leistungen abzüglich eventuell rückständiger Beiträge (vgl. § 3 Absatz 2) aus. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung und Vertragsanpassung

(7) Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, haben wir nach den gesetzlichen Maßgaben grundsätzlich die Möglichkeit, den Vertrag anzupassen oder zu kündigen. Auf dieses Anpassungs- oder Kündigungsrecht, geregelt in § 19 Absätze 3 und 4 VVG, verzichten wir dann, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht schuldlos war.



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

(9) Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um (§ 5 Absatz 3).

(10) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil.

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

Ausübung unserer Rechte

(12) Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen unsere Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände innerhalb eines Monats nach deren Kenntniserlangung angeben.

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

(14) Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von fünf Jahren seit Vertragsabschluss ausüben. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

(15) Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmehemmung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Die Absätze 5 und 6 gelten entsprechend.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

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

Erklärungsempfänger

(17) 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 Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen (vgl. § 13 Absatz 1).

§ 7 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache die Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit beruht.

(2) Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, leisten wir jedoch nicht, wenn der Versicherungsfall verursacht ist:

- unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse oder innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat; diese Einschränkung gilt nicht, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig, pflegebedürftig oder arbeitsunfähig wird, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;
- durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person. Fahrlässige Verstöße (z. B. im Straßenverkehr) sind davon nicht betroffen;
- durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder von mehr als altersentsprechenden Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;

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

e) durch Strahlen, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass zu deren Abwehr oder Bekämpfung der Einsatz einer Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbaren Einrichtung nötig ist;

f) unmittelbar oder mittelbar im Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet ist, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllung der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird.

§ 8 Was ist bei Fälligkeit der Versicherungsleistung zu beachten?

(1) Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir gegen Vorlage der Unterlagen, die in § 5 der Tarifbedingungen genannt sind.

(2) Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen.

(3) Die mit den Nachweisen verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Versicherungsleistung beansprucht.

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

(1) Nach Vorliegen aller für unsere Leistungsentscheidung erforderlichen Unterlagen erklären wir innerhalb von 2 Wochen, ob und in welchem Umfang und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen. Wenn zur Leistungsentscheidung weitere Unterlagen erforderlich sind, fordern wir diese an und informieren über den Sachstand der Leistungsprüfung mindestens alle 4 Wochen.

(2) Grundsätzlich sprechen wir bei Berufsunfähigkeit keine zeitlich befristeten Anerkenntnisse aus. Wir können aber in begründeten Einzelfällen einmalig ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis bis zu 12 Monaten aussprechen. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich begrenzte Anerkenntnis für uns bindend. Innerhalb dieses Zeitraums führen wir keine Nachprüfung der Berufsunfähigkeit durch.

§ 10 Was gilt für die Nachprüfung unserer Leistungspflicht?

Bei Berufsunfähigkeit

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht aufgrund Berufsunfähigkeit sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit und ihren Grad nachzuprüfen. Dabei können wir erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit ausübt, die aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten ausgeübt werden kann und ihrer Lebensstellung bei Eintritt der Berufsunfähigkeit entspricht (vgl. § 2 Absatz 4).

(2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen des § 5 Absatz 6 der Tarifbedingungen gelten entsprechend.

(3) Eine Minderung der Berufsunfähigkeit und die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

(4) Liegt Berufsunfähigkeit infolge des unbefristeten Rentenbescheids eines Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland (vgl. § 2 Absatz 9) vor, aus dem sich die volle Erwerbsminderung der versicherten Person allein aus medizinischen Gründen ergibt, sind wir berechtigt zu prüfen, ob dieser Rentenbescheid nach wie vor gilt.

(5) Änderungen des Rentenbescheids oder dessen Aufhebung müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

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

(7) Mindert sich der Umfang der Pflegebedürftigkeit, so dass keine Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 2 Absatz 10 mehr vorliegt, stellen wir unsere Leistungen ein. Absatz 6 Satz 2 bis 4 gelten entsprechend.

**Bei Pflegebedürftigkeit**

(8) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht aufgrund Pflegebedürftigkeit sind wir berechtigt, das Fortbestehen und den Umfang der Pflegebedürftigkeit nachzuprüfen.

(9) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen des § 5 Absatz 6 der Tarifbedingungen gelten entsprechend.

(10) Eine Minderung der Pflegebedürftigkeit müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

Bei Arbeitsunfähigkeit

(11) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht wegen Arbeitsunfähigkeit nach § 1 der Tarifbedingungen sind wir berechtigt zu prüfen, ob nach wie vor eine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit vorliegt.

(12) Falls keine Arbeitsunfähigkeit mehr vorliegt, müssen Sie uns dies unverzüglich mitteilen.

(13) Liegt nach der Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht wegen Arbeitsunfähigkeit keine Arbeitsunfähigkeit mehr vor, werden wir mit Ablauf des letzten Monats, in dem ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit gemäß § 2 Absatz 17 nachgewiesen ist, von der Leistung frei. Zum Beginn des darauf folgenden Monats muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.

§ 11 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt des Versicherungsfalls?

Soweit eine Mitwirkungspflicht nach § 5 der Tarifbedingungen oder § 10 der Allgemeinen Bedingungen von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchs erhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Satz 1 bleibt davon unberührt. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 12 Wo sind die vertraglichen Verpflichtungen zu erfüllen?

(1) Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.

(2) Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten. Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie termin- oder fristgerecht (vgl. § 3 Absatz 3 und § 4 Absatz 3) alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht.

§ 13 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

(1) Der Inhaber des Versicherungsscheins kann wirksam Versicherungsleistungen erhalten, es sei denn wir wissen, dass diesem tatsächlich keine Rechte aus dem Versicherungsvertrag zustehen. Auf Verlangen ist uns die Berechtigung zum Empfang der Leistungen nachzuweisen.

(2) In den Fällen des § 15 Absatz 4 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die schriftliche Anzeige des bisherigen Berechtigten vorliegt.

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

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

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

(3) Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, sollten Sie uns, auch in Ihrem Interesse, eine im Inland ansässige Person benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen (Zustellungsbevollmächtigter).

§ 15 Wer erhält die Versicherungsleistung?

(1) Die Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer oder an eine von Ihnen benannte Person oder bei Tod an Ihre Erben, falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die bei Fälligkeit die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll (Bezugsberechtigter). Bis zur jeweiligen Fälligkeit können Sie das Bezugsrecht - sofern widerruflich - jederzeit widerrufen.

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

(3) Sie können Ihre Rechte aus dem Versicherungsvertrag auch abtreten oder verpfänden.

(4) Die Einräumung und der Widerruf eines widerruflichen Bezugsrechts (vgl. Absatz 1) sowie eine Abtretung oder Verpfändung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag, soweit derartige Verfügungen überhaupt rechtlich möglich sind, sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten schriftlich angezeigt worden sind (vgl. § 13 Absatz 2).

§ 16 Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet?

(1) Durch den Abschluss von Versicherungsverträgen entstehen Kosten. Diese sogenannten Abschluss- und Vertriebskosten (§ 43 Absatz 2 RechVersV (Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen)) sind bereits pauschal bei der Tarifikalkulation berücksichtigt und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt.

(2) Für Ihren Versicherungsvertrag ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit die Beiträge nicht für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung der Deckungsrückstellung aufgrund von § 25 Absatz 2 RechVersV in Verbindung mit § 169 Absatz 3 VVG (Versicherungsvertragsgesetz) bestimmt sind. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 4 % der während der Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Beiträge beschränkt.

(3) Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden während der vertraglich vereinbarten Beitragszahlungsdauer aus den laufenden Beiträgen getilgt.

(4) Die beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung nur geringe Beträge zur Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeits-Rente vorhanden sind, mindestens jedoch die in § 5 genannten Beträge. Nähere Informationen können Sie den beigefügten Garantiewerten entnehmen.

§ 17 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

(1) Falls aus besonderen von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag gesondert in Rechnung stellen. Dies gilt bei

- Erteilung einer Ersatzurkunde oder von Abschriften des Versicherungsscheins,
- schriftlicher Fristsetzung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen,
- Verzug mit Folgebeiträgen,
- Rückläufern im Lastschriftverfahren,
- Durchführung von Vertragsänderungen.

(2) Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem pauschalen Abgeltungsbetrag zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern sind, entfällt der Abgeltungsbetrag bzw. wird - im letzteren Falle - entsprechend herabgesetzt.

§ 18 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

(1) Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 VVG an den Überschüssen und Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Die Bewertungsreserven werden dabei im Anhang des Geschäftsberichts ausgewiesen. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.



Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

(2) Überschüsse entstehen dann, wenn das Berufsunfähigkeitsrisiko und die Kosten niedriger sind, als bei der Tarifikalkulation angenommen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer angemessen beteiligt und zwar nach der derzeitigen Rechtslage am Risikoergebnis (Berufsunfähigkeitsrisiko) grundsätzlich zu mindestens 75 % und am übrigen Ergebnis (einschließlich Kosten) grundsätzlich zu mindestens 50 % (§ 4 Absätze 4 und 5, § 5 Mindestzuführungsverordnung (Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung)).

(3) Weitere Überschüsse stammen aus den Erträgen der Kapitalanlagen. Von den Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind (§ 3 Mindestzuführungsverordnung), erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in dieser Verordnung genannten Prozentsatz. In der derzeitigen Fassung der Verordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben (§ 4 Absatz 3, § 5 Mindestzuführungsverordnung). Damit werden zunächst die Beträge finanziert, die für die garantierte Versicherungsleistung benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer.

(4) Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Gruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir beispielsweise, um das versicherte Risiko wie das Berufsunfähigkeits- oder Todesfallrisiko zu berücksichtigen. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Gruppen 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 sog. Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitlauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 56a des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 56b VAG können wir die Rückstellung, im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder - sofern die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen - zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen. Wenn wir die Rückstellung für Beitragsrückerstattung zum Verlustausgleich oder zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen, belasten wir die Versichertenbestände verursachungsorientiert.

(5) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Bewertungsreserven sorgen für Sicherheit und dienen dazu, kurzfristige Ausschläge an den Kapitalmärkten auszugleichen. Ein Teil der Bewertungsreserven fließt den Versicherungsnehmern gemäß § 153 Absatz 3 VVG unmittelbar zu. Hierzu wird die Höhe der Bewertungsreserven monatlich neu ermittelt. Der so ermittelte Wert wird den Verträgen nach dem in § 4 der Tarifbedingungen beschriebenen Verfahren zugeordnet (§ 153 Absatz 3 VVG). Bei Beendigung des Vertrags wird der für diesen Zeitpunkt aktuell ermittelte Betrag Ihrer Versicherung zur Hälfte zugeteilt und ausgezahlt. Aufsichtsrechtliche Regelungen zur Kapitalausstattung bleiben unberührt.

(6) Ein Anspruch auf Bewertungsreserven entsteht nur dann, wenn Verbindlichkeiten gegenüber dem Versicherungsnehmer (bei verzinslicher Ansammlung von Überschussguthaben bei beitragsfreien Versicherungen) bestehen.

Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags

(7) Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen derjenigen Bestandsgruppe, die in den beigefügten Allgemeinen Vertragsdaten genannt ist. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschussanteile in unserem Geschäftsbericht. Dort finden Sie auch weitere Informationen zum Zuteilungszeitpunkt und zu den Bemessungsgrößen der Überschussanteile.

(8) Weitergehende Angaben zu Form und Verwendung der Überschussanteile finden Sie in § 4 der Tarifbedingungen.

Information über die Höhe der Überschussbeteiligung

(9) Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind - allein schon wegen der im Allgemeinen langen Vertragslaufzeit - nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor ist dabei die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Aber auch die Zinsentwicklung des Kapitalmarkts ist von Bedeutung. Die Höhe der Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden.

(10) Über die vorhandenen Überschüsse erhalten Sie von uns jährlich eine Mitteilung.

(11) Sie können von uns jederzeit eine Mitteilung über die aktuelle Höhe Ihrer Überschüsse anfordern.

§ 19 Welches Recht und welche Sprache finden auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag finden das Recht der Bundesrepublik Deutschland und die deutsche Sprache Anwendung.

§ 20 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 zur Zeit 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 Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Geltungsbereich des VVG oder ist Ihr Wohnsitz oder Ihr gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

(4) Nach § 195 BGB (Bürgerliches Gesetzbuch) verjähren Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag in drei Jahren, wobei nach § 199 BGB die Verjährungsfrist mit Schluss des Jahres beginnt, in dem der Anspruch entstanden ist und Sie von den den Anspruch begründenden Umständen Kenntnis erlangt haben oder ohne grobe Fahrlässigkeit hätten erlangen müssen. Die Verjährung Ihrer Ansprüche können Sie durch eine gerichtliche Geltendmachung innerhalb dieser Drei-Jahresfrist hemmen.

Tarifbedingungen für Tarif SBU2700P (50 %-Klausel) (GN272085_201401)

Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung mit Zusatzleistungen bei Pflegebedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit

Ergänzend zu den Allgemeinen Bedingungen für die NÜRNBERGER Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung gelten folgende, speziell für den von Ihnen abgeschlossenen Tarif gültige Regelungen.

Inhaltsverzeichnis

1	Was ist versichert?
2	Wie lange sind die Beiträge zu zahlen?
3	Was geschieht bei Kündigung oder Beitragsfreistellung?
4	Welche Überschüsse gibt es und wie werden sie verwendet?
5	Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen verlangt werden?
6	Welche Besonderheiten sind zu beachten?

§ 1 Was ist versichert?

Leistungen bei Berufsunfähigkeit

(1) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer dieser Versicherung zu mindestens 50 % berufsunfähig im Sinne von § 2 der Allgemeinen Bedingungen (AVB), erbringen wir folgende Versicherungsleistung:

Zahlung einer Berufsunfähigkeits-Rente, längstens für die vereinbarte Versicherungsdauer. Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus. Von der Beitragszahlungspflicht werden Sie befreit.



(2) Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit besteht kein Anspruch auf die Versicherungsleistung.

(3) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Berufsunfähigkeits-Rente nach Absatz 1 entfällt frühestens mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist.

(4) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Berufsunfähigkeits-Rente nach Absatz 1 erlischt, wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % sinkt, wenn die versicherte Person stirbt oder bei Ablauf der vertraglichen Versicherungsdauer.

(5) Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen. Wenn Sie es wünschen, werden diese Beiträge bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos gestundet, längstens für 5 Jahre.

Stellt sich heraus, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht vorliegen, sind die gestundeten Beiträge unverzinst nachzuzahlen. Diese können Sie in Form einer einmaligen Zahlung oder in maximal 12 Monatsraten nachentrichten. Sofern Sie es wünschen, kann der Ausgleich auch durch eine Verrechnung mit dem vorhandenen Deckungskapital erfolgen. Hierbei können Sie zwischen einer Verringerung der Versicherungsleistungen und einer Erhöhung des Beitrags wählen.

Wiedereingliederungshilfe

(6) Wenn unsere Leistungspflicht endet, weil die versicherte Person eine Umschulungsmaßnahme durch das Arbeitsamt oder einen anderen Träger erfolgreich abgeschlossen hat und wieder eine Tätigkeit ausübt, zahlen wir als Wiedereingliederungshilfe 6 Monatsrenten, insgesamt maximal 6.000,00 EUR für alle bei der Gesellschaft auf die versicherte Person abgeschlossenen Berufsunfähigkeitsversicherungen. Voraussetzung für die Zahlung einer Wiedereingliederungshilfe ist, dass bei Entstehen des Anspruchs auf Wiedereingliederungshilfe die verbleibende Versicherungsdauer noch mindestens 12 Monate beträgt. Bei erneuter Leistungspflicht innerhalb von 12 Monaten wird eine geleistete Wiedereingliederungshilfe auf neu entstehende Rentenansprüche angerechnet.

Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

(7) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer dieser Versicherung pflegebedürftig im Sinne von § 2 der Allgemeinen Bedingungen, erbringen wir unabhängig vom Grad der Berufsunfähigkeit die gleichen Leistungen wie bei Berufsunfähigkeit (vgl. Absatz 1). Zusätzlich zahlen wir eine lebenslange Pflegerente in gleicher Höhe wie die versicherte Berufsunfähigkeits-Rente.

(8) Der Anspruch auf die Leistungen nach Absatz 7 erlischt, wenn die versicherte Person stirbt oder wenn keine Pflegebedürftigkeit nach § 2 der Allgemeinen Bedingungen mehr besteht. Die Beitragsbefreiung und die Zahlung der Berufsunfähigkeits-Rente enden jedoch spätestens mit Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer.

Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

(9) Ist die versicherte Person während der Versicherungsdauer dieser Versicherung mindestens 6 Monate ununterbrochen arbeitsunfähig im Sinne von § 2 der Allgemeinen Bedingungen, erbringen wir folgende Leistung:

Zahlung einer Arbeitsunfähigkeits-Rente in Höhe von 30 % der versicherten Berufsunfähigkeits-Rente. Die Rente zahlen wir monatlich, erstmals für den Monat nach Beginn der nachgewiesenen Arbeitsunfähigkeit. Von der Beitragszahlungspflicht werden Sie befreit.

Die Leistung bei Arbeitsunfähigkeit erbringen wir, solange

- die versicherte Person ununterbrochen arbeitsunfähig ist,
- wir keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit erbringen,
- die versicherte Person lebt,
- die Versicherungsdauer nicht abgelaufen ist.

Die Leistung bei Arbeitsunfähigkeit erbringen wir längstens für 18 Monate. Besteht mehrfach der Anspruch auf Leistung bei Arbeitsunfähigkeit, ist die Leistungsdauer für alle eintretenden Arbeitsunfähigkeitsfälle zusammen auf 18 Monate beschränkt.

Verhältnis der Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit

(10) Solange Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit erbracht werden, besteht kein Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit. Werden Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht und rückwirkend ein Anspruch auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit anerkannt, werden die wegen Arbeitsunfähigkeit erbrachten Leistungen mit den Berufsunfähigkeits- bzw. Pflegerenten verrechnet.

Option auf Leistungserhöhung

(11) Der Versicherungsnehmer hat bei den die versicherte Person betreffenden Ereignissen

- Heirat bzw. Eintragung einer Lebenspartnerschaft,
- Geburt oder Adoption eines Kindes,

- Existenzgründung (Wechsel in die berufliche Selbstständigkeit im Hauptberuf) in den ersten zehn Jahren der Versicherungsdauer,
- erfolgreicher Abschluss einer allgemein anerkannten Berufsausbildung oder erfolgreicher Abschluss einer Höherqualifikation, die mit einer Verbesserung der beruflichen Stellung oder des Einkommens verbunden ist,
- Einkommenserhöhung um mindestens 250,00 EUR brutto monatlich, die mit einem Karrieresprung (z. B. höhere Position in der Hierarchie eines Unternehmens) verbunden ist,
- Erhalt der Prokura,
- Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung,
- Finanzierung (Immobilienwerb oder Finanzierung im gewerblichen Bereich) mit einer Finanzierungssumme von mindestens 25.000,00 EUR,
- Wegfall des Berufsunfähigkeitsschutzes aus der Gesetzlichen Rentenversicherung bei Selbstständigen und Handwerkern oder Wegfall des Berufsunfähigkeitsschutzes aus einem berufsständischen Versorgungswerk oder einer betrieblichen Altersversorgung, oder
- Ehescheidung bzw. Löschung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft oder
- Tod des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners

innerhalb einer Frist von sechs Monaten das Recht, die Leistungen der Berufsunfähigkeitsversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung nach einem zu diesem Zeitpunkt für den Verkauf zulässigen Tarif einschließlich der dann gültigen Versicherungsbedingungen und steuerrechtlichen Vorschriften zu erweitern, sofern die unter Absatz 13 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

(12) Der Versicherungsnehmer hat ohne besonderes Ereignis innerhalb der ersten 5 Jahre nach Versicherungsbeginn einmalig das Recht, die Leistung der Berufsunfähigkeitsversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung nach einem zu diesem Zeitpunkt für den Verkauf zulässigen Tarif einschließlich der dann gültigen Versicherungsbedingungen und steuerrechtlichen Vorschriften zu erweitern, sofern die unter Absatz 13 genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Dies muss mindestens 6 Monate vorher bei uns beantragt werden.

(13) Die Leistung der Berufsunfähigkeitsversicherung kann nach den Absätzen 11 und 12 nur erweitert werden, sofern

- die versicherte Person nicht berufsunfähig, pflegebedürftig oder arbeitsunfähig ist und auch kein entsprechender Leistungsantrag gestellt wurde,
- für die versicherte Person keine teilweise oder volle Erwerbsminderung besteht und eine Erwerbsminderungsrente weder beantragt wurde noch bezogen wird,
- die versicherte Person innerhalb der letzten 12 Monate nicht länger als 2 Wochen durchgehend arbeitsunfähig war,
- die Versicherung nicht mit vereinfachter oder ohne Gesundheitsprüfung zustande gekommen ist,
- die versicherte Person das 46. Lebensjahr bzw. bei Erweiterung nach Absatz 12 das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet hat,
- die Erhöhung der Jahresrente nicht mehr als 50 % der bisherigen Jahresrente beträgt,
- die neue gesamte Jahresrente 30.000,00 EUR nicht übersteigt und
- nach erfolgter Leistungserhöhung die gesamte Jahresrente aller auf die versicherte Person abgeschlossenen Berufsunfähigkeitsversicherungen 70 % des vorjährigen Jahresbruttoeinkommens der versicherten Person nicht übersteigt.

Geltungsbereich

(14) Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

§ 2 Wie lange sind die Beiträge zu zahlen?

Für die Beitragszahlung Ihrer Versicherung gemäß §§ 3 und 4 der Allgemeinen Bedingungen gelten folgende Regelungen:

Die Beiträge sind bis zum Eintritt des Leistungsfalls, längstens jedoch bis zum Ablauf der Versicherungsdauer zu entrichten. Bei Tod der versicherten Person sind sie bis zum Ende der Versicherungsperiode (vgl. "Einführung und Begriffsbestimmungen" der Allgemeinen Bedingungen) zu entrichten, in der der Tod eingetreten ist.

§ 3 Was geschieht bei Kündigung oder Beitragsfreistellung?

Kündigung

(1) Bei Kündigung gemäß § 5 der Allgemeinen Bedingungen erlischt der Vertrag. Es erfolgt keine Auszahlung eines Rückkaufwertes. Ein vorhandenes verzinslich angesammeltes Guthaben und Werte aus eventuell gutgebrachten Bewertungsreserven werden jedoch bei Kündigung ausgezahlt (vgl. § 4 Absätze 2, 3 und 4).

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

(2) Verlangen Sie gemäß § 5 der Allgemeinen Bedingungen die ganze oder teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht, setzen wir die versicherte Jahresrente ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Summe herab, die gemäß § 165 Absatz 2 VVG (Versicherungsvertragsgesetz) nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik errechnet wird.



(3) Der aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Jahresrente zur Verfügung stehende Betrag entspricht nicht der Summe der gezahlten Beiträge, sondern dem nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechneten Deckungskapital zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung abzüglich eines Abzugs. Es wird mindestens der Betrag des Deckungskapitals zugrunde gelegt, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten 5 Jahre der Versicherungsdauer ergibt. Beträgt die vereinbarte Versicherungsdauer weniger als 5 Jahre, werden die Abschluss- und Vertriebskosten gleichmäßig auf die vereinbarte Versicherungsdauer verteilt. Der Abzug beträgt 5 % der versicherten Jahresrente. Eventuell rückständige Beiträge werden verrechnet.

Beachten Sie bitte: Das Deckungskapital der Berufsunfähigkeitsversicherung entsteht aus den Beitragsteilen, die nicht sofort zur Bestreitung der Leistungsfälle sowie zur Abdeckung der Abschluss- und Verwaltungskosten benötigt werden und für die Finanzierung der noch ausstehenden Leistungen bestimmt sind. Mit Ablauf der Versicherung ist das Deckungskapital völlig aufgebraucht.

(4) Voraussetzung für die Fortführung der Versicherung unter vollständiger Befreiung von der Beitragszahlungspflicht ist allerdings, dass die herabgesetzte beitragsfreie Jahresrente den Mindestbetrag von 600,00 EUR nicht unterschreitet. Wird dieser Mindestbetrag nicht erreicht, so werden wir Sie darüber informieren. Sofern Sie die Beitragszahlung nicht in der zur Fortführung der Versicherung notwendigen Höhe (vgl. Absatz 5) wieder aufnehmen, erlischt der Vertrag ohne Auszahlung eines Rückkaufswerts.

(5) Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht ist nur möglich, wenn der verbleibende Jahresbeitrag den Mindestbetrag von 120,00 EUR und die verbleibende beitragspflichtige Jahresrente den Mindestbetrag von 600,00 EUR nicht unterschreitet.

Übersicht über die Garantiewerte

(6) Eine Übersicht über die beitragsfreien Jahresrenten ist in den beige-fügten Garantiewerten abgedruckt.

§ 4 Welche Überschüsse gibt es und wie werden sie verwendet?

Für die Überschussbeteiligung Ihrer Versicherung gemäß § 18 der Allgemeinen Bedingungen gelten folgende Regelungen:

Vor Rentenbeginn

(1) Für beitragspflichtige Versicherungen werden zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres laufende Überschussanteile in Prozent der Beitragssumme eines Jahres (ohne Risikozuschläge) zugewiesen. Diese laufenden Überschussanteile werden für den Teil des Versicherungsjahres, für den die Beiträge gezahlt wurden, gutgeschrieben und mit den jeweiligen Beiträgen verrechnet.

(2) Beitragsfrei gestellte Versicherungen erhalten zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres laufende Überschussanteile in Prozent des zum Ende des Versicherungsjahres vorhandenen Deckungskapitals. Die laufenden Überschussanteile werden verzinslich angesammelt.

(3) Werden die Überschüsse verzinslich angesammelt, hat Ihr Vertrag gemäß § 18 Absatz 6 der Allgemeinen Bedingungen Anspruch auf Bewertungsreserven. Der Beteiligungsfaktor für die Zuteilung von Bewertungsreserven zu Ihrem Vertrag wird jährlich nach einem verursachungsorientierten Verfahren festgelegt. Für die Berechnung des Beteiligungsfaktors wird eine Maßzahl für Ihren Vertrag ermittelt, die den individuellen Beitrag Ihres Vertrags an der Entstehung der Bewertungsreserven misst. Das Verhältnis dieser Maßzahl zur Summe der für den gesamten Versichertenbestand ermittelten Maßzahlen ergibt den Beteiligungsfaktor.

Die Bewertungsreserven werden zusammen mit den verzinslich angesammelten Überschussanteilen fällig (vgl. Absatz 4). Die absolute Höhe der Beteiligung an den Bewertungsreserven zum Fälligkeitstermin ergibt sich durch Multiplikation des für Ihren Vertrag gültigen Beteiligungsfaktors mit den für diesen Termin ermittelten Bewertungsreserven.

Weitere Informationen zur Berechnung des Beteiligungsfaktors, sowie die Höhe der für das jeweilige Jahresende ermittelten Bewertungsreserven können Sie unserem Geschäftsbericht entnehmen.

(4) Bei Ablauf, Kündigung oder Tod der versicherten Person werden vorhandene verzinslich angesammelte Überschussanteile ausgezahlt. Zusätzlich wird der Überschussanteil des laufenden Versicherungsjahres anteilig bis zum Abrechnungstermin der beitragsfreien Versicherung gutgebracht.

(5) In einzelnen Jahren kann aufgrund eines ungünstigen Risikoverlaufs eine Zuteilung von Überschüssen entfallen.

Nach Rentenbeginn

(6) Sofern nach Leistungsbeginn Überschussanteile gutgebracht werden, bewirken sie eine jährliche Steigerung der fälligen Berufsunfähigkeits-, Pflege- bzw. Arbeitsunfähigkeits-Rente. Die Erhöhung erfolgt zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens nach einem vollen Rentenbezugsjahr.

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

(1) Werden Leistungen aus dieser Versicherung (bei Vertragsablauf beitragsfreier Versicherungen: die Auszahlung eines eventuell vorhandenen Überschussguthabens sowie Werte aus eventuell gutgebrachten Bewertungsreserven) verlangt, so sind uns unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:

a) der Versicherungsschein;

b) ein Nachweis über die letzte Beitragszahlung

(2) Bei Tod der versicherten Person ist zusätzlich eine amtliche, Alter und Geburtsort enthaltende Sterbeurkunde einzureichen.

(3) Bei Berufsunfähigkeit der versicherten Person sind zusätzlich einzureichen:

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

b) ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit;

c) Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;

d) bei Berufsunfähigkeit infolge voller Erwerbsminderung nach § 2 Absatz 9 der Allgemeinen Bedingungen zusätzlich der unbefristete (Original-)Rentenbescheid, aus dem sich die volle Erwerbsminderung der versicherten Person allein aus medizinischen Gründen ergibt.

(4) Bei Pflegebedürftigkeit der versicherten Person sind zusätzlich einzureichen:

a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit;

b) ausführliche Berichte der Ärzte und anderer Heilbehandler, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit;

c) eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege;

d) gegebenenfalls der Leistungsbescheid des Versicherungsträgers der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung.

(5) Werden Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit verlangt, so sind unverzüglich von in Deutschland praktizierenden Ärzten auf die versicherte Person ausgestellte Bescheinigungen nach § 5 Entgeltfortzahlungsgesetz (EntFG) einzureichen. Davon muss mindestens eine Bescheinigung von einem Facharzt der entsprechenden Fachrichtung ausgestellt worden sein.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Ansprucherhebende zu tragen.

(6) Wir können außerdem - allerdings auf unsere Kosten - weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise - auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen - verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen.

Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen.

(7) Lässt die versicherte Person operative Behandlungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt anordnet, um die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit zu mindern, nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Leistungen nicht entgegen. Sie ist allerdings aufgrund der allgemeinen gesetzlichen Schadenminderungspflicht verpflichtet, zumutbaren ärztlichen Anweisungen zur Besserung ihrer gesundheitlichen Verhältnisse Folge zu leisten. Zumutbar sind dabei Maßnahmen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und die außerdem Aussicht auf zumindest Besserung (bis zur Leistungsgrenze) bieten. Hierbei handelt es sich um Maßnahmen wie z. B. das Einhalten von Diäten, Suchtentzug, die Verwendung von orthopädischen oder anderen Heil- und Hilfsmitteln (z. B. Tragen von Prothesen, Verwendung von Seh- und Hörhilfen), die Durchführung von logopädischen Maßnahmen oder das Tragen von Stützstrümpfen.

**§ 6 Welche Besonderheiten sind zu beachten?**

Abschluss einer Anschluss-Pflegerentenversicherung für die versicherte Person

(1) Sofern die in Absatz 2 genannten Voraussetzungen erfüllt sind, haben Sie das Recht, zum Ablauf der Versicherungsdauer für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft eine Anschluss-Pflegerentenversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung abzuschließen. Der dafür zu zahlende Beitrag wird nach dem dann gültigen Tarif berechnet. Das Recht können Sie innerhalb von drei Monaten vor Ablauf der Versicherungsdauer ausüben.

Der Versicherungsbeginn der Anschluss-Pflegerentenversicherung ist der Ablauf der Versicherungsdauer dieser Berufsunfähigkeitsversicherung. Werten für diese Berufsunfähigkeitsversicherung Risikozuschläge bzw. Leistungsausschlüsse vereinbart oder andere besondere Vereinbarungen getroffen, so gelten diese entsprechend auch für die Anschluss-Pflegerentenversicherung.

(2) Die Anschluss-Pflegerentenversicherung können Sie abschließen, sofern

- die versicherte Person zum Ablauf der Versicherungsdauer nicht pflegebedürftig ist und
- für die versicherte Person bisher kein Antrag auf Leistungen aus einer (gesetzlichen oder privaten) Pflegeversicherung gestellt wurde und
- der Vertrag nicht vorzeitig beitragsfrei gestellt wurde.

Die monatlich versicherte Pflegerente der Anschluss-Pflegerentenversicherung darf bei Pflegestufe III die Berufsunfähigkeits-Rente, maximal jedoch 2.000 EUR, nicht überschreiten. Die versicherten Pflegerenten bei Pflegestufe I bzw. II dürfen maximal 50 % bzw. 75 % der versicherten Pflegerente bei Pflegestufe III betragen.

Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe III bedeutet hierbei, dass die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls für mindestens 6 Monate so hilflos ist, dass sie für alle 6 der in § 2 Absatz 11 der Allgemeinen Bedingungen genannten Verrichtungen - auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel - in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Für Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe II ist die Hilfe bei mindestens 4, höchstens 5 der genannten Verrichtungen erforderlich, für Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe I bei mindestens 2, höchstens 3 der genannten Verrichtungen.

Berufsunfähigkeit - kurz und bündig (GN273670_201401)

Mit dieser Übersicht möchten wir Ihnen zusätzlich zu den Bedingungen weitere Informationen zum Versicherungsschutz geben und wichtige Themen in einfacher Form näher erläutern. Im Detail gelten die Bedingungen für die Berufsunfähigkeits- bzw. Unfall-Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung oder die Allgemeinen Bedingungen und Tarifbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Hauptversicherungen.

Inhaltsverzeichnis

- Einführung und Begriffsbestimmungen
- 1. Welcher Beruf ist bei der Ermittlung der Berufsunfähigkeit maßgebend?
- 2. Wie wird der Grad der Berufsunfähigkeit (BU-Grad) ermittelt?
- 3. Welche Rolle spielt die Umorganisation des Betriebs bei der Feststellung der Berufsunfähigkeit?
- 4. Was ist unter Nachprüfung der Berufsunfähigkeit zu verstehen?
- 5. Was ist unter Verweisung zu verstehen und welche Besonderheiten gibt es?
- 6. Besteht der Versicherungsschutz weltweit?
- 7. Verliert die versicherte Person ihren Versicherungsschutz bei vorübergehenden Zahlungsschwierigkeiten?
- 8. Wann enden die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit?

Einführung und Begriffsbestimmungen

Das Risiko der Berufsunfähigkeit kann mit einer Hauptversicherung oder Zusatzversicherung abgesichert werden. Bei den Tarifen mit Premium- bzw. Comfort-Schutz gilt ein erweiterter Leistungsumfang.

Folgende Haupt- und Zusatztarife sind Tarife ohne Premium- bzw. Comfort-Schutz:

- IBU2700,
- SBU2700, BSBU2700,
- FB2700, FSB2700,
- BUZ2013,
- UBUZ2013.

Folgende Haupt- und Zusatztarife sind Tarife mit Comfort-Schutz:

- IBU2700C, IBU2700DC,
- SBU2700C, SBU2700CH, SBU2700DC, SBU2700FC, BSBU2700C,
- FB2700C, FSB2700C,
- BUZ2013C

Folgender Haupttarif ist ein Tarif mit Premium-Schutz:

- SBU2700P.

1. Welcher Beruf ist bei der Ermittlung der Berufsunfähigkeit maßgebend?

Als Beruf betrachten wir die zuletzt ausgeübte Tätigkeit, aus der die versicherte Person ihren Lebensunterhalt bestritt. In der Berufsunfähigkeitsversicherung ist der Beruf in seiner konkreten Ausgestaltung versichert, den die versicherte Person vor Eintritt der Berufsunfähigkeit ausgeübt hat. Wenn die versicherte Person ihren Beruf während der Versicherungsdauer wechselt, ist auch der neue Beruf versichert. Wenn sie ihren Beruf innerhalb von 24 Monaten vor Eintritt der Berufsunfähigkeit gewechselt hat und die für die Berufsunfähigkeit verantwortlichen Gesundheitsstörungen bereits bei der Aufgabe der früheren beruflichen Tätigkeit bekannt oder absehbar waren, berücksichtigen wir daneben die berufliche Tätigkeit vor dem Wechsel, es sei denn, der Berufswechsel erfolgte auf ärztliches Anraten oder wegen unfreiwilligen Wegfalls der früheren Tätigkeit. Bei den Tarifen ohne Premium- bzw. Comfort-Schutz entfällt diese 24-Monats-Regel aufgrund der Möglichkeit der abstrakten Verweisung (siehe Punkt 5).

Berufswechsel nach Versicherungsbeginn müssen uns nicht angezeigt werden.

Wenn die versicherte Person aus dem aktiven Berufsleben ausgeschieden ist und somit keinen Beruf mehr ausübt, ist konsequenterweise nicht mehr von einer Berufsausübung im ursprünglichen Sinne zu sprechen. Der Versicherungsschutz besteht dennoch weiter. Werden in dieser Zeit Leistungen beantragt, so ist für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit für die Dauer von bis zu 5 Jahren nach dem Ausscheiden die vorher von der versicherten Person konkret ausgeübte Tätigkeit und die damit verbundene Lebensstellung maßgebend. Tritt die Berufsunfähigkeit nach Ablauf von 5 Jahren ein, gilt eine Berufstätigkeit als zumutbar, die anhand der dann noch vorliegenden Kenntnisse und Fähigkeiten ausgeübt wird oder ausgeübt werden könnte. Die Lebensstellung wird durch die tatsächlich ausgeübte oder mögliche Berufstätigkeit geprägt.

Wird die Berufsausübung nur vorübergehend, z. B. im Rahmen des Erziehungsurlaubs oder des Mutterschutzes, unterbrochen und tritt dann der Berufsunfähigkeitsfall ein, so ist für die Feststellung der Berufsunfähigkeit der vor Unterbrechung ausgeübte Beruf in seiner konkreten Ausgestaltung maßgebend.

2. Wie wird der Grad der Berufsunfähigkeit (BU-Grad) ermittelt?

Der Grad der Berufsunfähigkeit muss mindestens 50 % betragen, um Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung zu begründen.

Der Zustand der Berufsunfähigkeit muss voraussichtlich mindestens 6 Monate andauern. Diese Prognose muss von den behandelnden Ärzten attestiert werden. Ist dies nicht möglich, so gilt die Berufsunfähigkeit nach ununterbrochener Dauer von 6 Monaten als eingetreten.



Bei der Ermittlung des BU-Grads wird detailliert geprüft, wie sich die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der versicherten Person auf ihre berufliche Tätigkeit auswirken. Die Berufsunfähigkeit ist durch entsprechende Berichte der behandelnden Ärzte nachzuweisen. In Zweifelsfällen können wir die behandelnden Ärzte befragen und auf unsere Kosten unabhängige medizinische Gutachter einschalten.

Kein Berufsbild gleicht dem anderen. Deshalb beziehen wir in die Bewertung des BU-Grads die individuelle Ausgestaltung des Berufs der versicherten Person mit ein. Diesen Beruf prägen gewisse Haupt- und Nebentätigkeiten. Wir berücksichtigen, in welchem Umfang eine gesundheitliche Beeinträchtigung vorliegt und welches Restleistungsvermögen besteht.

Häufig taucht in diesem Zusammenhang der Begriff der Arbeitsunfähigkeit auf. Dieser ist nicht gleichbedeutend mit dem der Berufsunfähigkeit gemäß den vereinbarten Bedingungen.

Wichtig ist, dass eine länger als 6 Monate dauernde Arbeitsunfähigkeit nicht automatisch als Nachweis für eine Berufsunfähigkeit ausreicht: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen werden gelegentlich nach individuellen Kriterien ausgestellt ohne detaillierte Prüfung, ob der bisherige Beruf zumindest teilweise noch ausgeübt werden kann. Deshalb müssen wir die Berufsunfähigkeit unabhängig von einem formalen Nachweis der Arbeitsunfähigkeit prüfen. Dies schließt aber nicht aus, dass die zur Arbeitsunfähigkeit führenden Gesundheitsstörungen und die damit verbundenen Funktionseinbußen zugleich Ursache einer Berufsunfähigkeit sein können.

3. Welche Rolle spielt die Umorganisation des Betriebs bei der Feststellung der Berufsunfähigkeit?

Die Berufstätigkeit bei Selbstständigen und Gesellschaftern besteht in der Leitung des Betriebs und sonstigen Arbeitstätigkeiten. Da der Selbstständige das Weisungsrecht in seinem Betrieb hat, kann er die Tätigkeiten bestimmen, die er selbst ausübt. Die Berufsunfähigkeit ist somit unter Berücksichtigung der konkreten Betriebsgestaltung und der im Betrieb bestehenden Möglichkeiten einer Aufgabenverteilung zu beurteilen.

Deshalb kann der Selbstständige seine Tätigkeit den Beschwerden anpassen, d. h. den Arbeitsablauf umorganisieren. Jedoch muss die Umorganisation des Betriebs dem Selbstständigen zumutbar und sinnvoll sein. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie wirtschaftlich und betrieblich zweckmäßig ist und keinen "erheblichen Kapitaleinsatz" erfordert. So darf dem Betriebsinhaber nicht nur eine "Verlegenheitstätigkeit" verbleiben.

Zur Erlangung der Leistung aus der bei uns abgeschlossenen Berufsunfähigkeitsversicherung ist die Aufgabe des Betriebs nicht erforderlich.

Arbeitnehmer haben diesen Gestaltungsspielraum nicht. Deshalb verzichten wir bei Arbeitnehmern auf die Prüfung einer möglichen Umorganisation.

4. Was ist unter Nachprüfung der Berufsunfähigkeit zu verstehen?

Der Versicherer hat jederzeit das Recht, Auskünfte anzufordern, um die Berufsunfähigkeit nachzuprüfen. Dabei können wir sachdienliche Hinweise auf unsere Kosten einholen. Eine ärztliche Untersuchung können wir zur Nachprüfung der Berufsunfähigkeit nur einmal jährlich verlangen.

Die Zeiträume zwischen den Nachprüfungen hängen von der Schwere der vorliegenden Erkrankungen ab. Je geringer die Besserungsaussichten sind, desto länger sind die Nachprüfungsintervalle.

5. Was ist unter Verweisung zu verstehen und welche Besonderheiten gibt es?

Verweisung ist die Möglichkeit des Versicherers, eine versicherte Person, die den bisherigen Beruf nicht mehr ausüben kann, auf eine andere zumutbare berufliche Tätigkeit zu verweisen. Diese neue Tätigkeit muss der Ausbildung und den Fähigkeiten sowie der bisherigen Lebensstellung entsprechen. Mit der Möglichkeit der Verweisung entfällt ggf. die Leistungspflicht des Versicherers. Die Berufsunfähigkeitsversicherung kennt - je nach Bedingungsmerkmal - die konkrete und die abstrakte Verweisung.

Bei der **abstrakten Verweisung** prüfen wir, ob die versicherte Person aufgrund ihrer körperlichen und geistigen Fähigkeiten eine andere, ihrer Ausbildung, ihren Fähigkeiten und ihrer Lebensstellung entsprechende Tätigkeit ausüben **könnte**. Entscheidend ist nicht, ob diese Tätigkeit ausgeübt wird. Bei dieser Tätigkeit muss es sich immer um einen auf dem Arbeitsmarkt üblichen Beruf handeln.

Die **konkrete Verweisung** bedeutet die Berücksichtigung einer anderen Tätigkeit, die die versicherte Person zum Zeitpunkt der Leistungsprüfung **tatsächlich** ausübt. Im Gegensatz zur abstrakten Verweisung kommt es nicht darauf an, ob die versicherte Person arbeiten könnte, sondern dass sie dies auch konkret tut. Die konkret ausgeübte Tätigkeit muss der Ausbildung und den Fähigkeiten sowie der bisherigen Lebensstellung entsprechen.

Bei den Tarifen ohne Premium- bzw. Comfort-Schutz können wir sowohl abstrakt als auch konkret verweisen, ab Alter 55 Jahre jedoch nur noch konkret. Unsere Tarife mit Premium- bzw. Comfort-Schutz sehen lediglich die Möglichkeit einer konkreten Verweisung vor.

Für die Einschätzung eines möglicherweise in Frage kommenden Verweisungsberufs ist es entscheidend, welche Ausbildung und Erfahrung die versicherte Person hat, also über welche Fähigkeiten und Kenntnisse sie verfügt.

Dabei gewinnen der Umfang und die Dauer, in denen die versicherte Person ihre Kenntnisse in der praktischen Berufsausübung angewandt und vertieft hat, besondere Bedeutung. Zu den Kenntnissen und Fähigkeiten gehören zusätzlich die im Privaten (z. B. als Hobby) erworbenen Kompetenzen. Der mögliche Verweisungsberuf darf keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordern als der bisherige Beruf. Ebenso kommt nur ein Beruf in Betracht, für den die vorhandenen Kenntnisse und Fähigkeiten ausreichen.

Neben der Ausbildung und den Fähigkeiten muss der mögliche Verweisungsberuf auch der bisherigen Lebensstellung der versicherten Person entsprechen. Zur Lebensstellung gehören das berufliche Ansehen und die Wertschätzung, die dem Beruf der versicherten Person aus der Gesellschaft entgegengebracht wird. Lebensstellung umfasst auch den Bereich des Einkommens und den davon abhängigen Lebensstandard.

6. Besteht der Versicherungsschutz weltweit?

Ja, der Versicherungsschutz besteht weltweit, d. h. auch wenn die versicherte Person sich nach Abschluss der Berufsunfähigkeitsversicherung dauerhaft oder vorübergehend im Ausland aufhält, sei es aus privaten oder beruflichen Gründen.

7. Verliert die versicherte Person ihren Versicherungsschutz bei vorübergehenden Zahlungsschwierigkeiten?

Bei vorübergehenden Zahlungsschwierigkeiten stellen wir Ihnen mehrere Möglichkeiten zur Verfügung, Ihren Versicherungsschutz aufrecht zu erhalten, sofern Ihre Versicherung kein Altersvorsorge- oder Basisrentenvertrag im Sinne des Altersvorsorgeverträge-Zertifizierungsgesetzes (AltZertG) ist. Sie können z. B. die Versicherungssumme der Hauptversicherung herabsetzen, die Ihrem Vertrag zugewiesenen Überschüsse zur Beitragsreduzierung verwenden oder ggf. ein im Vertrag enthaltenes Fondsguthaben zur Beitragsdeckung benutzen.

Durch die ersten beiden Maßnahmen reduziert sich der zu zahlende Beitrag, durch die dritte Variante sind Sie - je nach Wert des Fondsguthabens - für einen gewissen Zeitraum von der Beitragszahlung komplett befreit.

Da die Feststellung der Berufsunfähigkeit einige Zeit in Anspruch nehmen kann, stunden wir auf Wunsch bedingungsgemäß Ihre Beiträge, sofern Ihre Versicherung kein Altersvorsorgevertrag im Sinne des Altersvorsorgeverträge-Zertifizierungsgesetzes (AltZertG) ist. Zinsen sind hierfür nicht zu entrichten. Sollte Ihr Leistungsanspruch nicht anerkannt werden, ist die Beitragszahlung wieder aufzunehmen und sind gestundete Beiträge zu begleichen. Diese können Sie in Form einer einmaligen Zahlung oder in maximal 12 Monatsraten nachentrichten.

8. Wann enden die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit?

Erbringen wir eine Leistung, weil die versicherte Person berufsunfähig ist, dann erlischt der Leistungsanspruch, wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % fällt.

In diesem Fall sind die Beiträge zu dieser Versicherung wieder in voller Höhe zu entrichten. Der Versicherungsschutz besteht dann ebenfalls in vollem Umfang. Erkrankungen, die zur Berufsunfähigkeit geführt haben, sind weiterhin mitversichert.

Zudem enden die Leistungen bei Ableben der versicherten Person sowie bei Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer.



Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung mit NÜRNBERGER PLUS (GN264210_201401)

Planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung

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

(1) Der Beitrag für diese Versicherung einschließlich etwaiger Zusatzversicherungen erhöht sich um einen festen, zwischen einschließlich 3 % und 10 % des erreichten Beitrags liegenden Prozentsatz.

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

(3) Die letzte Erhöhung von Beitrag und Versicherungsleistung erfolgt vier Jahre vor Ablauf der Beitragszahlungsdauer, spätestens zu dem Jahrestag des Versicherungsbeginns, der dem 66. Geburtstag der versicherten Person unmittelbar vorausgeht.

Es findet jedoch keine Erhöhung mehr statt, nachdem die gesamte jährliche Barrente, bei Einschluss einer Unfall-Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung die gesamte jährliche Barrente aus der Berufsunfähigkeitsversicherung und der Unfall-Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, erstmals die in den beigefügten Allgemeinen Vertragsdaten genannte Höchstrente erreicht oder überschritten hat.

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?

(1) Die Erhöhungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen erfolgen jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres.

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

§ 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?

(1) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich nach dem Erhöhungsbeitrag, nach dem Alter der versicherten Person zum Erhöhungstermin, der restlichen Beitragszahlungsdauer, der restlichen Versicherungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag, wobei der ursprüngliche Tarif zugrunde gelegt wird (vgl. aber Absatz 2).

(2) Ändern sich die Kalkulationsgrundlagen für neu abzuschließende Versicherungen (z. B. höhere Wahrscheinlichkeiten für den Eintritt der Berufsunfähigkeit), so können wir ab diesem Zeitpunkt die folgenden Erhöhungen Ihres Vertrags auch nach Tarifen mit neuen Kalkulationsgrundlagen berechnen.

(3) Sind Zusatzversicherungen eingeschlossen, so werden ihre Versicherungsleistungen im selben Verhältnis wie die der Hauptversicherung erhöht.

Für eine eventuell eingeschlossene Schnellhilfe-Kapital-Zusatzversicherung findet jedoch keine Erhöhung mehr statt, nachdem die gesamte Versicherungssumme dieser Zusatzversicherung erstmals die in den beigefügten Allgemeinen Vertragsdaten genannte Höchstsumme erreicht oder überschritten hat.

Der auf die Zusatzversicherung entfallende Beitragsteil wird dann zur Erhöhung der Hauptversicherung und sonstiger eingeschlossener Zusatzversicherungen verwendet.

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

(1) Alle im Rahmen des Versicherungsvertrags getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Allgemeinen Bedingungen und die Tarifbedingungen sowie die Bezugsrechtsverfügungen, erstrecken sich auch auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen (vgl. aber § 3 Absatz 2). Entsprechende Anwendung findet § 16 - Abschluss- und Vertriebskosten - der Allgemeinen Bedingungen.

(2) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag setzt die Frist von § 6 Absatz 14 der Allgemeinen Bedingungen - Verletzung der Anzeigepflicht - nicht erneut in Lauf.

§ 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

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

(2) Unterbliebene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.

(3) Sollten Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, so erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen; es kann jedoch mit unserer Zustimmung neu begründet werden.

(4) Bei Eintritt eines Versicherungsfalles erlischt das Recht auf Erhöhungen. Im Falle der ersten Reaktivierung lebt das Recht auf Erhöhungen wieder auf, wenn unsere Leistungspflicht längstens 24 Monate bestanden hat.

Anhang zu den Allgemeinen Bedingungen (GN254510_032009)

Hinweise zur Kündigung und Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung

Die Kündigung oder Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden.

Im Falle einer Kündigung wird kein Rückkaufswert fällig. Bei einer Beitragsfreistellung sind in der Anfangszeit Ihrer Versicherung wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten keine oder nur geringe Beträge zur Bildung einer beitragsfreien Rente vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Rente zur Verfügung. Die beitragsfreie Rente wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnet, wobei der in den Tarifbedingungen vereinbarte Abzug erfolgt. Bei seiner Kalkulation werden folgende Umstände berücksichtigt:

- Veränderungen der Risikolage

Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass die Risikogemeinschaft sich gleichmäßig aus Versicherungsnehmern mit einem hohen und einem geringeren Risiko zusammensetzt. Da Personen mit einem geringen Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko, wird in Form eines kalkulatorischen Ausgleichs sichergestellt, dass der Risikogemeinschaft durch die vorzeitige Einstellung der Beitragszahlung kein Nachteil entsteht.

- Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital

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

Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beziffern ist, entfällt der Abzug bzw. wird - im letzteren Falle - entsprechend herabgesetzt.



Steuerrechtliche Hinweise (GN274609_201401)

Hiermit informieren wir Sie über wichtige - Ihre Versicherung betreffende - steuerrechtliche Regelungen. Unsere Hinweise entsprechen dem Stand der Steuergesetzgebung bei Vertragsabschluss.

Versicherungsteuer

Die Beiträge zu dieser Versicherung sind nach § 4 Nr. 5 VersStG (Versicherungsteuergesetz) steuerfrei.

Einkommensteuer

Berufsunfähigkeitsversicherungen

(1) Berufsunfähigkeitsversicherungen sind entsprechend EStG steuerlich begünstigt.

(2) Die Beiträge können bei der Veranlagung zur Einkommensteuer im Rahmen der Höchstbeträge für sonstige Vorsorgeaufwendungen (§ 10 Absatz 4 EStG) abgezogen werden.

(3) Berufsunfähigkeits- und Arbeitsunfähigkeits-Renten sind als abgekürzte Leibrenten nur in Höhe des Ertragsanteils (§ 22 EStG, § 55 EStDV) einkommensteuerpflichtige Einkünfte. Zusätzliche lebenslange Pflegenrenten sind einkommensteuerfrei (§ 3 Nr. 1 a EStG).

Bestimmungen bei Zahlung mittels SEPA-Basislastschrift (X951_201307)

Für die Durchführung der Beitragszahlung mittels SEPA-Basislastschrift gelten diese Bestimmungen:

1. Erteilung des SEPA-Basislastschriftmandats

(1) Der Versicherungsnehmer erteilt dem Versicherer zur Durchführung der Beitragszahlung ein SEPA-Basislastschriftmandat. Darin ermächtigt der Versicherungsnehmer den Versicherer, Zahlungen von seinem Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen. Zugleich weist er seinen Zahlungsdienstleister (in der Regel seine kontoführende Bank) an, die von dem Versicherer auf das Konto des Versicherungsnehmers gezogenen SEPA-Basislastschriften einzulösen.

(2) Das SEPA-Basislastschriftmandat enthält ferner

- den Namen des Versicherers, seine Adresse und seine Gläubiger-Identifikationsnummer.
- die Angabe, ob das Mandat für wiederkehrende Zahlungen oder eine einmalige Zahlung gegeben wird.
- den Namen, die Adresse, die Kontoverbindung und die Unterschrift des Versicherungsnehmers.

(3) Die Mandatsreferenznummer wird vom Versicherer gesondert vergeben und dem Versicherungsnehmer nachträglich bekannt gegeben.

(4) Wird statt des Versicherungsnehmers eine andere Person als Beitragszahler (= abweichender Beitragszahler) vereinbart, sind die Regelungen der Ziffer 3 zu beachten.

2. Vorabankündigung (Pre-Notification)

(1) Der Versicherer wird dem Versicherungsnehmer den SEPA-Basislastschrifteinzug spätestens 5 Kalendertage vor der Fälligkeit der 1. SEPA-Basislastschriftzahlung ankündigen beziehungsweise im Rahmen einer Einmalzahlung spätestens 5 Kalendertage vor der Fälligkeit der einmaligen SEPA-Basislastschriftzahlung (Vorabankündigung/Pre-Notification).

(2) Bei wiederkehrenden Lastschriften mit gleichen Lastschriftbeträgen erfolgt eine einmalige Vorabankündigung vor dem 1. SEPA-Basislastschrifteinzug; verändert sich der einzuziehende Lastschriftbetrag (z. B.

durch eine Beitragserhöhung), erhält der Versicherungsnehmer eine neuerliche Vorabankündigung spätestens 5 Kalendertage vor der Fälligkeit des neuen Lastschriftbetrags.

(3) Wird ein abweichender Beitragszahler vereinbart, sind die Regelungen der Ziffer 3 zu beachten.

3. Besonderheiten bei abweichendem Beitragszahler

(1) Wird ein abweichender Beitragszahler vereinbart, erteilt dieser dem Versicherer zur Durchführung der Beitragszahlung ein SEPA-Basislastschriftmandat. Darin ermächtigt der abweichende Beitragszahler den Versicherer, Zahlungen von seinem Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen, und weist zugleich seinen Zahlungsdienstleister an, die von dem Versicherer auf das Konto des abweichenden Beitragszahlers gezogenen SEPA-Basislastschriften einzulösen. Im SEPA-Basislastschriftmandat sind der Name, die Adresse, die Kontoverbindung und die Unterschrift des abweichenden Beitragszahlers aufzunehmen.

(2) Die Mitteilung der Mandatsreferenznummer nach Ziffer 1 (3) sowie die Vorabankündigung (Pre-Notification) nach Ziffer 2 werden gegenüber dem Versicherungsnehmer und dem abweichenden Beitragszahler vorgenommen.

(3) Der Versicherungsnehmer als unser Vertragspartner ist verpflichtet, Änderungen beim abweichenden Beitragszahler (insbesondere eine Adressänderung) unverzüglich dem Versicherer mitzuteilen. Der Versicherungsnehmer stellt sicher, dass der abweichende Beitragszahler mit der Übermittlung der Änderungen der personenbezogenen Daten an den Versicherer einverstanden ist. Kann eine Lastschrift nicht eingelöst werden, weil der Versicherungsnehmer diese Pflicht nicht erfüllt hat, muss er dem Versicherer den daraus entstehenden Schaden ersetzen.

4. Haftung bei Rücklastschriften

Verursacht der Versicherungsnehmer schuldhaft eine Rücklastschrift (z. B. durch unrichtige Angaben im SEPA-Basislastschriftmandat oder durch Unterlassen der Mitteilung von Änderungen), hat er dem Versicherer den daraus entstehenden Schaden zu ersetzen.



Allgemeine Hinweise zum Versicherungsvertrag (GN254710_201307)

Leistungsverpflichtung des Versicherers

Der Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag abgeschlossen ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, in den beigefügten Allgemeinen Vertragsdaten angegebenen Versicherungsbeginn. Ihr Vertrag gilt als abgeschlossen, wenn wir Ihren Antrag auf Abschluss des Versicherungsvertrags angenommen haben bzw. wenn wir Ihre Annahmeerklärung zu unserem Antrag erhalten haben. Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Darüber hinaus besteht ggf. bereits vorher Versicherungsschutz gemäß den Bestimmungen des "vorläufigen Versicherungsschutzes" nach den Bedingungen im Aufnahmeantrag.

Beitragsverpflichtung des Versicherungsnehmers

"Wer ist Wer" beim Vertrag?

Als "Versicherungsnehmer" sind Sie unser Vertragspartner. Sie haben es auch übernommen, die Beiträge zu zahlen. Die "versicherte Person" hingegen ist die Person, die mit der Versicherung für den Fall der Berufsunfähigkeit bzw. Grundunfähigkeit abgesichert ist. Meist sind "Versicherungsnehmer" und "versicherte Person" ein und dieselbe Person. Die von Ihnen zum Empfang der Versicherungsleistung bestimmte Person ist "Bezugsberechtigter". Es empfiehlt sich, insbesondere für den Todesfall, stets die Bezugsberechtigung namentlich festzulegen, z. B. Ihren Ehepartner (mit Nennung des Vornamens) oder Ihre Kinder (Name, Anschrift, Geburtsdatum). Prüfen Sie von Zeit zu Zeit, ob die Bezugsberechtigung noch Ihren Wünschen entspricht. Die Bezugsberechtigung kann bis zum Eintritt des Todes der versicherten Person jederzeit widerrufen werden, falls sie nicht ausdrücklich als unwiderruflich bezeichnet worden ist.

Vertragspartnerschaft braucht Regeln

Versicherungsbedingungen sind bindend:

Für die Versicherung sind der Antrag und die dazugehörigen Erklärungen sowie die beigefügten Bedingungen maßgebend.

Annahmefrist:

Vorbehaltlich Ihres Widerrufsrechts nach § 8 VVG (Versicherungsvertragsgesetz) ist der Versicherer berechtigt, Ihren Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrags bis zum Ablauf von 6 Wochen anzunehmen. Diese Annahmefrist beginnt mit dem Tag der ärztlichen Untersuchung oder, falls eine solche nicht erforderlich ist, mit dem Tag der Antragstellung.

Haben wir Ihnen einen Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrags unterbreitet, so halten wir uns 6 Wochen an diesen Antrag gebunden.

Nur Schriftliches ist rechtswirksam:

Alle für die Gesellschaft bestimmten Anzeigen und Erklärungen müssen an die Hauptverwaltung der Gesellschaft oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden. Sie können, soweit nichts anderes bestimmt ist, in Text- oder Schriftform abgegeben werden.

Zuständige Aufsichtsbehörde

Bitte richten Sie bei Unstimmigkeiten Ihre Beschwerden vorrangig an uns oder den betreuenden Vermittler. Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn
bzw. Postfach 12 53, 53002 Bonn

Beratungs-Service wird gebührenfrei geboten

Die Versicherungsvertreter oder Versicherungsmakler sind nicht berechtigt, vom Versicherungsnehmer irgendwelche besonderen Gebühren für die Aufnahme des Antrages oder aus anderen Gründen zu erheben.

Abschriften oder Ersatzurkunde lieferbar

Gemäß § 3 VVG (Versicherungsvertragsgesetz) kann der Versicherungsnehmer jederzeit Abschriften der Erklärungen fordern, die er mit Bezug auf den Vertrag abgegeben hat. Er kann außerdem auf seine Kosten die Ausstellung einer Ersatzurkunde für einen abhanden gekommenen oder vernichteten Versicherungsschein verlangen.

Was müssen Sie über die Beitragszahlung wissen?

Die Beiträge zu Ihrer Berufsunfähigkeits- bzw. Grundunfähigkeitsversicherung können Sie je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich zahlen. Sie können jederzeit auch eine Änderung der Zahlungsweise Ihrer laufenden Beiträge beantragen.

Was tun, wenn die laufenden Beiträge nicht mehr gezahlt werden können?

Wichtige Gründe, wie z. B. Krankheit oder Arbeitslosigkeit, können dazu führen, dass Sie eine Zeit lang die Beiträge zu Ihrer Berufsunfähigkeits- bzw. Grundunfähigkeitsversicherung nicht mehr aufbringen können. Eine überstürzte Kündigung des Vertrags wäre dann sicherlich der schlechteste Ausweg. Lassen Sie sich in einer solchen Situation rechtzeitig von uns beraten. Wir haben je nach Lage Ihres Falls verschiedene Möglichkeiten, Ihnen zu helfen.

Rechtzeitige und vollständige Vorlage der Unterlagen, insbesondere die Angabe Ihrer Kontoverbindung, gewährleistet die prompte Abwicklung Ihrer Ansprüche im Leistungsfall.

Meldungen und Unterlagen an folgende Anschrift:

NÜRNBERGER Versicherungsgruppe
Ostendstraße 100
90334 Nürnberg

Telefon 0911 531-5