

BU PROTECT Prestige

Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung mit Zusatzleistungen

(14L07, Stand 04/2014)

Inhaltsverzeichnis

Leistung

- § 1 Welche Leistung erbringen wir?
- § 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?
- § 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?
- § 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?
- § 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- § 6 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?
- § 7 Was ist zu beachten, wenn die versicherte Person zum Raucher wird?
- § 8 Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?
- § 9 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?
- § 10 Was gilt nach Anerkennung der Berufsunfähigkeit?
- § 11 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten im Rahmen der Nachprüfung?
- § 12 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?
- § 13 Wer erhält die Leistung?

Beitrag

- § 14 Was müssen Sie bei Beitragszahlungen beachten?
- § 15 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

Kündigung und Beitragsfreistellung

- § 16 Wann können Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen oder kündigen?

Sonstige Vertragsbestimmungen

- § 17 Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?
- § 18 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift oder Ihres Namens?
- § 19 Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?
- § 20 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?
- § 21 Unter welchen Voraussetzungen ist eine Nachversicherung ohne Gesundheitsprüfung möglich?
- § 22 Welche Überbrückungsmöglichkeiten bestehen bei Zahlungsschwierigkeiten?
- § 23 Ist der Versicherer zu einer Anpassung des Beitrags berechtigt?
- § 24 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?
- § 25 Wo ist der Gerichtsstand?
- § 26 Welche Auswirkungen hat die Unwirksamkeit von Bestimmungen?

Anlagen

- Anlage 1 zu den Versicherungsbedingungen zur Definition der versicherten schweren Krankheiten und Ereignisse Ihres Vertrages
 - Anlage 2 zu den Versicherungsbedingungen zum Abzug bei Beitragsfreistellung Ihres Vertrages
-

BU PROTECT Prestige

Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung mit Zusatzleistungen

(14L07, Stand 04/2014)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
mit diesen Versicherungsbedingungen wenden wir uns an Sie als unseren Versicherungsnehmer und Vertragspartner.

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

Unsere Rentenleistung bei Berufsunfähigkeit

(1) Wird die versicherte Person (*das ist die Person, auf deren Berufsfähigkeit die Versicherung abgeschlossen ist*) während der Versicherungsdauer berufsunfähig (siehe § 2 Absatz 1), erbringen wir folgende Leistungen:

- a) Wir zahlen die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente, längstens für die vereinbarte Leistungsdauer.
- b) Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für die Berufsunfähigkeits-Versicherung, längstens für die vereinbarte Leistungsdauer. Endet die Beitragszahlungsdauer vor der Leistungsdauer, ist dieser Zeitpunkt maßgeblich.

Der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente und Befreiung von der Beitragszahlungspflicht entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist.

- c) bei Einschluss der Option Leistungsdynamik:
Wurde eine planmäßige Erhöhung der Rente im Leistungsfall (Leistungsdynamik) vereinbart, wird während der Berufsunfähigkeit die vor Eintritt der Berufsunfähigkeit versicherte Rente unabhängig von den jeweils festgesetzten Überschussanteilsätzen (vgl. § 3) jährlich um den hierfür vereinbarten Prozentsatz erhöht. Die Erhöhung der Rente erfolgt jeweils zum Versicherungsjahrestag.

Die Versicherungsdauer ist der Zeitraum, innerhalb dessen Versicherungsschutz besteht. Mit Leistungsdauer wird der Zeitraum bezeichnet, bis zu dessen Ablauf eine während der Versicherungsdauer anerkannte Leistung längstens erbracht wird.

Unsere Kapitaleistung bei unbefristet anerkannter Berufsunfähigkeit

(2) Wir zahlen eine Kapitaleistung in Höhe von drei Monatsrenten, maximal 6.000 EUR, wenn erstmals eine Berufsunfähigkeit anerkannt wird. Der Anspruch entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Im letzten Jahr der Versicherungsdauer wird die Kapitaleistung nur anteilig geleistet. Sie beträgt dann pro ausstehenden Monat der Versicherungsdauer ein Zwölftel des Betrages nach Satz 1.

Ein Anspruch auf diese Leistung besteht während der gesamten Versicherungsdauer nur einmal.

Unsere Kapitaleistung bei unfallbedingter Berufsunfähigkeit

(3) Wir zahlen eine Kapitaleistung bei unfallbedingter Berufsunfähigkeit (Unfallhilfe) in Höhe von drei Monatsrenten, maximal 6.000 EUR, wenn erstmals eine Berufsunfähigkeit, die auf einen während der Versicherungsdauer eingetretenen Unfall zurückzuführen ist (unfallbedingte Berufsunfähigkeit) unbefristet anerkannt wird. Der Anspruch ent-

steht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Im letzten Jahr der Versicherungsdauer wird die Unfallhilfe nur anteilig geleistet. Sie beträgt pro ausstehenden Monat der Versicherungsdauer ein Zwölftel des Betrages nach Satz 1.

Ein Anspruch auf diese Leistung besteht während der gesamten Versicherungsdauer nur einmal.

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

Unsere Leistungen bei Eintritt einer versicherten schweren Krankheit

(4) Wir zahlen ohne weitere Prüfung einer Berufsunfähigkeit bei Eintritt einer versicherten schweren Krankheit im Sinne der Bedingungen die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente für die Dauer von sechs Monaten und befreien Sie während dieser Zeit von der Beitragszahlungspflicht. Der Anspruch auf diese Leistungen entsteht mit Ablauf des Monats in dem die fachärztliche Diagnose gesichert ist. Ein Anspruch auf diese Leistungen entsteht nicht, wenn Sie bei Eintritt der versicherten schweren Krankheit bereits Leistungen wegen anerkannter Berufsunfähigkeit gemäß § 2 erhalten.

Ein Anspruch auf diese Leistungen besteht während der gesamten Versicherungsdauer nur einmal.

Die Zahlung der Leistungen beinhaltet keine Anerkennung einer Berufsunfähigkeit im Sinne von § 2.

Die versicherten schweren Krankheiten sind in „Anlage 1 zu den Versicherungsbedingungen zur Definition der versicherten Krankheiten und Ereignisse“ aufgeführt. Die Anlage 1 ist Bestandteil der Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung mit Zusatzleistungen. Dort sind auch bestimmte Leistungsausschlüsse und -beschränkungen aufgeführt.

Führt unsere Leistungsprüfung zu dem Ergebnis, dass keine Berufsunfähigkeit im Sinne von § 2 vorliegt, sind bereits wegen Eintritts einer versicherten schweren Krankheit erhaltene Leistungen nicht zurückzuzahlen. Im Falle des Anerkennnisses einer Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 entsteht der Leistungsanspruch aufgrund der festgestellten Berufsunfähigkeit frühestens im Anschluss an den sechsmonatigen Leistungszeitraums der wegen Eintritts einer versicherten schweren Krankheit gezahlten Leistungen.

Der Anspruch auf Leistung erlischt, wenn die versicherte Person vor Ablauf des sechsmonatigen Leistungszeitraums stirbt bzw. mit Ablauf der Leistungsdauer des Vertrages.

Unsere Leistung bei Wiedereingliederung

(5) Wir zahlen eine Leistung bei Wiedereingliederung (Wiedereingliederungshilfe) in Höhe von sechs Monatsrenten als einmalige Kapitaleistung, wenn eine wegen Berufsun-

fähigkeit im Sinne von § 2 unbefristet anerkannte Versicherungsleistung gemäß § 10 Absatz 4 wieder entfällt und die Leistungsdauer des Vertrages zum Zeitpunkt der Entstehung des Anspruchs nach Absatz 9 noch mindestens ein Jahr beträgt. Der Anspruch auf Wiedereingliederungshilfe entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die zuvor wegen Berufsunfähigkeit im Sinne von § 2 unbefristet anerkannte Versicherungsleistung nach § 10 Absatz 4 entfällt.

Voraussetzung für die Zahlung der Wiedereingliederungshilfe ist, dass eine Berufsunfähigkeit gemäß § 2 Absatz 1 länger als drei Jahre bestanden hat und die versicherte Person durch eine Wiedereingliederungsmaßnahme ihren zuletzt vor Eintritt der Berufsunfähigkeit ausgeübten Beruf wieder in gleichem Umfang ausübt oder durch eine Umschulung bzw. Fortbildung konkret eine andere Tätigkeit im Sinne von § 2 Absatz 1 ausübt.

Tritt nach Zahlung der Wiedereingliederungshilfe innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten erneut eine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit gemäß § 2 ein oder entsteht erstmalig eine Leistungspflicht gemäß Absatz 4, wird eine bereits gezahlte Kapitalleistung mit neu entstandenen Rentenansprüchen infolge Berufsunfähigkeit gemäß Absatz 1a oder wegen Eintritts einer versicherten schweren Krankheit gemäß Absatz 4 verrechnet.

Ein Anspruch auf diese Leistung besteht während der gesamten Versicherungsdauer nur einmal.

Die Wiedereingliederungshilfe ist auf maximal 12.000 Euro für alle auf die versicherte Person abgeschlossenen Verträge gegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit begrenzt.

Werden Leistungen aus der Wiedereingliederungshilfe erbracht, haben Sie keinen Anspruch auf zusätzliche Leistungen aus der Umorganisationshilfe.

Unsere Leistung bei Umorganisation

- (6) Wir beteiligen uns auf schriftlichen Antrag an den Kosten einer Umorganisation (Umorganisationshilfe) nach § 2 Absatz 2 in Höhe von sechs Monatsrenten, wenn die Umorganisationsmaßnahme durch die konkrete gesundheitliche Beeinträchtigung bedingt ist und dadurch eine zumutbare Umorganisation erreicht wird.

Der Anspruch auf Zahlung der Umorganisationshilfe besteht nur, wenn die Leistungsdauer des Vertrages zum Zeitpunkt der Umorganisation noch mindestens ein Jahr beträgt. Tritt innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten nach unserer Leistung dennoch Berufsunfähigkeit gemäß § 2 oder eine Leistungspflicht nach § 1 Absatz 4 ein, wird eine bereits geleistete Umorganisationshilfe auf neu entstehende Rentenansprüche wegen Berufsunfähigkeit gemäß Absatz 1 oder wegen Eintritts einer versicherten schweren Krankheit gemäß Absatz 4 verrechnet.

Ein Anspruch auf diese Leistung besteht während der gesamten Versicherungsdauer nur einmal.

Die Leistungen aus der Umorganisationshilfe sind auf maximal 12.000 Euro für alle auf die versicherte Person abgeschlossenen Verträge gegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit begrenzt.

Werden Leistungen aus der Umorganisationshilfe erbracht, haben Sie keinen Anspruch auf zusätzliche Leistungen aus der Wiedereingliederungshilfe.

Unsere Leistung bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit

- (7) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer berufsunfähig infolge Pflegebedürftigkeit (vgl. § 2

Absatz 10 bis 13), ohne dass Berufsunfähigkeit im Sinne von § 2 Absatz 1 bis 9 vorliegt, erbringen wir die Versicherungsleistungen gemäß Absatz 1 bis 4, auch wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % liegt.

Anzeige eines Versicherungsfalles

- (8) Sie müssen uns den Eintritt eines Versicherungsfalles in Textform (z. B. *Papierform oder E-Mail*) mitteilen.
- (9) Der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente und Befreiung von der Beitragszahlungspflicht endet,
- wenn die Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt,
 - wenn nach Ablauf des sechsmonatigen Leistungszeitraums bei Eintritt einer versicherten schweren Krankheit keine Berufsunfähigkeit im Sinn dieser Bedingungen vorliegt,
 - bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit spätestens, wenn die Pflegebedürftigkeit unter das Ausmaß von einem Pflegepunkt sinkt (vgl. § 2 Absatz 11 und 12),
 - wenn die versicherte Person stirbt oder
 - bei Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer.

Erlischt der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente und Befreiung von der Beitragszahlungspflicht bei einem unbefristeten Leistungsanspruch vor Ablauf der Versicherungsdauer, besteht wieder Versicherungsschutz in Höhe der vor Eintritt der Berufsunfähigkeit versicherten Rente. Ein Anspruch auf Zahlung der Kapitalleistung (vgl. § 1 Absatz 2) besteht nicht mehr.

Bei Erlöschen eines befristeten Leistungsanspruchs vor Ablauf der Versicherungsdauer, besteht wieder Versicherungsschutz in Höhe der vor Eintritt der Berufsunfähigkeit versicherten Rente und der weiteren Versicherungsleistungen gemäß § 1 Absatz 1 bis 4.

- (10) Wird nach Ablauf der Versicherungsdauer eine Berufsunfähigkeit angezeigt, die vor Ablauf der Versicherungsdauer eingetreten ist, entsteht ein Leistungsanspruch aus dem Vertrag, sofern die Leistungsdauer noch nicht abgelaufen ist. Entsprechendes gilt für den Fall, dass eine innerhalb der Versicherungsdauer fällig gewordene Leistung auf Rente und Beitragsbefreiung infolge Wegfalls der Leistungsvoraussetzung erloschen ist und nach Ablauf der Versicherungsdauer eine erneute Berufsunfähigkeit angezeigt wird, die ihren Ursprung in der ersten Berufsunfähigkeit hat. Der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente und Befreiung von der Beitragszahlungspflicht entsteht zu dem im Absatz 1 genannten Zeitpunkt.
- (11) Bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen. Auf Antrag werden wir Ihnen diese Beiträge bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht stunden und hierfür keine Stundungszinsen erheben.
- Sollten wir Ihren Leistungsanspruch nicht anerkennen, sind die gestundeten Beiträge nachzuzahlen. Die gestundeten Beiträge können durch eine Vertragsänderung oder durch eine Verrechnung mit einem Guthaben oder vorhandenen Überschüssen ausgeglichen werden. Auf Antrag können die gestundeten Beiträge auch zinslos in Raten über einen Zeitraum von bis zu 12 Monaten gezahlt werden.
- (12) Der Versicherungsschutz besteht weltweit.
- (13) Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus.
- (14) Wir beteiligen Sie an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven (siehe § 3).
-

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

Berufsunfähigkeit

- (1) Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person (*das ist die Person, auf deren Berufsunfähigkeit die Versicherung abgeschlossen ist*) infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen ihren zuletzt ausgeübten Beruf - so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war - nicht mehr zu mindestens 50 % ausüben kann und auch keine andere Tätigkeit konkret ausübt (konkrete Verweisung), die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Auf eine abstrakte Verweisung verzichten wir.

Konkret ausgeübte Tätigkeit

Übt die versicherte Person eine andere Tätigkeit konkret aus, die sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten ausüben kann und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht, liegt keine Berufsunfähigkeit vor. Eine der bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit darf keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordern und auch hinsichtlich der Vergütung und Wertschätzung nicht spürbar unter das Niveau des bislang ausgeübten Berufs absinken. Die dabei für die versicherte Person zumutbare Einkommenseinbuße wird von uns je nach Lage des Einzelfalls unter Beachtung der höchstrichterlichen Rechtsprechung auf eine Größe zwischen 15% und maximal 25% im Vergleich zum jährlichen Bruttoeinkommen im zuletzt vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung ausgeübten Beruf begrenzt. Nachdem sich die prozentuale Einkommensminderung unterschiedlich belastend auswirken kann, werden die Höhe des jährlichen Einkommens im zuletzt vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung ausgeübten Beruf und die familiären Verhältnisse (z.B. Unterhaltsverpflichtungen, Alleinverdiener) bei der Vergleichsbetrachtung entsprechend berücksichtigt.

Selbstständige

- (2) Bei Selbstständigen liegt keine Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person als Selbstständige ihren Tätigkeitsbereich in wirtschaftlich zumutbarer Weise umorganisieren kann. Zumutbar ist eine Umorganisation nur, wenn der versicherten Person ein sinnvolles Tätigkeitsfeld verbleibt und ihre Lebensstellung als Betriebsinhaber gewahrt ist und die Einkommensveränderungen nach der Umorganisation nicht auf Dauer zu einer deutlichen Verschlechterung führen. Die dabei für die versicherte Person zumutbare Einkommenseinbuße wird von uns je nach Lage des Einzelfalls unter Beachtung der höchstrichterlichen Rechtsprechung auf eine Größe zwischen 15% und maximal 25% im Vergleich des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern der letzten drei Jahre vor Eintritt der Berufsunfähigkeit begrenzt. Nachdem sich die prozentuale Einkommensminderung unterschiedlich belastend auswirken kann, werden die Höhe des jährlichen Gewinns vor Steuern der letzten drei Jahre vor Eintritt der Berufsunfähigkeit und die familiären Verhältnisse (z.B. Unterhaltsverpflichtungen, Alleinverdiener) bei der Vergleichsbetrachtung entsprechend berücksichtigt.

Eine Umorganisation ist ausgeschlossen, wenn sie zu Lasten der Gesundheit erfolgt.

- (3) Kann nicht festgestellt werden, dass die Berufsunfähigkeit voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen andauern wird, so gilt es als Berufsunfähigkeit von Beginn an, wenn die Berufsunfähigkeit gemäß § 2 Absatz 1 tatsächlich länger als sechs Monate angedauert hat.

Ausscheiden aus dem Berufsleben

- (4) Scheidet die versicherte Person aus dem Berufsleben aus, besteht weiterhin Versicherungsschutz aus der Berufsunfähigkeitsversicherung. Für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit gilt:

a) für die Dauer von bis zu 5 Jahren nach dem Ausscheiden bleibt die vorher konkret ausgeübte berufliche Tätigkeit der versicherten Person und die damit verbundene Lebensstellung maßgeblich;

b) nach Ablauf von 5 Jahren seit dem Ausscheiden wird eine Berufstätigkeit herangezogen, welche die versicherte Person anhand ihrer dann verwertbaren Kenntnisse und Fähigkeiten ausüben könnte und die ihrer Lebensstellung in den letzten zwei Jahren vor Eintritt der Berufsunfähigkeit entspräche.

Eine Unterbrechung der Berufsausübung wegen Mutterschutz, Elternzeit im Sinne des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes oder Arbeitslosigkeit gilt nicht als Ausscheiden aus dem Berufsleben. Für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit bleibt in diesen Fällen weiterhin die vorher konkret ausgeübte berufliche Tätigkeit der versicherten Person und die damit verbundene Lebensstellung gemäß § 2 Absatz 1 maßgeblich.

Beamtenklausel

- (5) Der Beamte im öffentlichen Dienst gilt auch dann als berufsunfähig, wenn er vor Erreichen der gesetzlich vorgesehenen Altersgrenze ausschließlich infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall aufgrund eines amtsärztlichen Zeugnisses wegen allgemeiner Dienstunfähigkeit entlassen oder in den Ruhestand versetzt wird. Die Leistungspflicht bei Berufsunfähigkeit wegen Dienstunfähigkeit gemäß Satz 1 besteht bis zur Reaktivierung, längstens bis zum Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer. Übt der infolge seines Gesundheitszustandes wegen Dienstunfähigkeit vorzeitig entlassene Beamte konkret eine andere Tätigkeit im Sinne von § 2 Absatz 1 aus, liegt keine Berufsunfähigkeit mehr vor.

- (6) Die vorstehenden Regelungen zur Dienstunfähigkeit von Beamten im öffentlichen Dienst (siehe Absatz 5) gelten für Richter entsprechend.

Infektionsklausel

- (7) Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn eine auf gesetzlichen Vorschriften oder behördlicher Anordnung beruhende Verfügung der versicherten Person verbietet, wegen einer Infektionsgefahr ihre berufliche Tätigkeit auszuüben (vollständiges Tätigkeitsverbot) und sich dieses vollständige Tätigkeitsverbot auf einen ununterbrochenen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erstreckt. Zum Nachweis des Vorliegens eines vollständigen Tätigkeitsverbotes ist u. a. die Verfügung im Original oder in amtlich beglaubigter Form vorzulegen.

Studentenklausel

- (8) Wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit als Student
- an einer staatlich anerkannten Universität, Fachhochschule oder Berufsakademie innerhalb der Europäischen Union immatrikuliert ist,
 - sie mindestens die Hälfte der Regelstudienzeit nach der Studienordnung absolviert sowie
 - die Regelstudienzeit um nicht mehr als fünf Semester überschritten hat und

- keine über ein geringfügiges bzw. auf die Semesterferien befristetes Beschäftigungsverhältnis hinausgehende berufliche Tätigkeit im Sinne von § 2 Absatz 1 ausübt,

beurteilt sich die Berufsunfähigkeit wie folgt:

Berufsunfähigkeit liegt für Studenten vor, wenn die versicherte Person ausschließlich infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen außerstande ist, ihr Studium fortzusetzen und sie auch kein anderes Studium absolviert oder eine ihrem Studium entsprechende berufliche Tätigkeit ausübt. Als eine ihrem Studium entsprechende berufliche Tätigkeit wird dabei nur eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und in ihrer Vergütung wie in ihrer Wertschätzung nicht spürbar unter das Niveau absinkt, das regelmäßig mit dem erfolgreichen Abschluss eines Studiums der versicherte Person erreicht wird.

Bei Studenten, die noch nicht die Hälfte der Regelstudienzeit nach der Studienordnung absolviert oder die Regelstudienzeit um mehr als fünf Semester überschritten haben, wird für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit eine Berufstätigkeit herangezogen, welche die versicherte Person anhand der im konkreten Einzelfall vorhandenen Kenntnisse und Fähigkeiten ausüben könnte und die ihrer Lebensstellung in den letzten zwei Jahren vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung entspräche. Wird eine über ein geringfügiges Beschäftigungsverhältnis bzw. über das Ende der Semesterferien hinausgehende berufliche Tätigkeit ausgeübt, gilt diese Tätigkeit in ihrer konkreten Ausgestaltung als Beurteilungskriterium.

Berufsunfähigkeit infolge dauerhafter Erwerbsminderung

- (9) Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, solange die versicherte Person nach den Bestimmungen der Deutschen Rentenversicherung oder eines vergleichbaren berufsständischen Versorgungsträgers ausschließlich infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall als vollständig und dauerhaft erwerbsgemindert gilt und deswegen unbefristet eine volle Erwerbsminderungsrente erhält. Die versicherte Person muss bei Beginn der Rentenzahlung durch die Deutsche Rentenversicherung oder eines vergleichbaren berufsständischen Versorgungswerkes das 50. Lebensjahr vollendet haben. Ferner darf die verbleibende Leistungsdauer höchstens noch zehn Jahre betragen. Der Nachweis über eine Schwerbehinderung (z. B. Anerkenntnis durch ein Versorgungsamt) genügt nicht.

Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit

- (10) Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen mindestens im Umfang von einem Pflegepunkt pflegebedürftig gewesen und deswegen täglich gepflegt worden, gilt die Fortdauer dieses Zustandes von Beginn an als Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit gemäß § 1 Absatz 7.
- (11) Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, so hilflos ist, dass sie für die in Absatz 12 genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.
- (12) Bewertungsmaßstab für die Einstufung des Pflegefalls sind Art und Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung wird die nachstehende Pflegepunktetabelle zugrunde gelegt:

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim ...

Fortbewegen im Zimmer 1 Punkt
Hilfbedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - die Unterstützung einer anderen Person benötigt, um sich an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortzubewegen.

Aufstehen und Zubettgehen 1 Punkt
Hilfbedarf 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
Hilfbedarf 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
Hilfbedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - nicht ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufnehmen kann.

Waschen 1 Punkt
Hilfbedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Wannengriffen oder einem Wannennlift - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person waschen kann, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt. Die Unfähigkeit, ins Badezimmer zu gelangen, gilt nicht als Hilfbedarf.

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

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

Besteht eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Hilfsmitteln wie Windeln, speziellen Einlagen, einem Katheter oder einem Kolostomiebeutel ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor, solange die versicherte Person dieser Hilfsmittel zur Verrichtung der Notdurft nicht auf die Hilfe einer anderen Person angewiesen ist.

Unabhängig von der Bewertung aufgrund der Punktetabelle leisten wir, wenn die versicherte Person dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann oder wenn die versicherte Person der Bewahrung bedarf. Bewahrung liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann.

- (13) Unabhängig von einer Pflegebedürftigkeit gemäß Absatz 10, liegt Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit auch dann vor, wenn die versicherte Person wegen mittelschwerer oder schwerer Hirnleistungsstörungen, die durch Krankheit oder Körperverletzung entstanden sind, sich oder andere erheblich gefährdet und deshalb dauernder Beaufsichtigung bedarf. Eine mittelschwere oder schwere Demenz setzt den Verlust geistiger Fähigkeiten voraus, die sich auf das Denk-, Erkennungs-, Erinnerungs- und Orientierungsvermögen auswirken. Leichte und mäßige Hirnleistungsstörungen sind keine mittelschwere oder schwere Demenz im obigen Sinn und erfüllen die Leistungsvoraussetzungen nicht.

Die Pflegebedürftigkeit infolge Demenz ist ärztlich nachzuweisen.

Die Diagnose der demenziellen Erkrankung und die Beurteilung des Schweregrades der kognitiven Beeinträchtigung müssen unter Nutzung zeitgemäßer Diagnoseverfahren und standardisierter Testverfahren von einem Experten für solche Krankheitsbilder (Facharzt für Neurologie) durchgeführt werden. Es muss mindestens der Schweregrad 5 gemäß der Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg oder ein entsprechender Schweregrad einer alternativen, anerkannten Demenzbeurteilungsskala vorliegen.

- (14) 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.

§ 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

- (1) Sie erhalten gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) eine Überschussbeteiligung. Diese umfasst eine Beteiligung an den Überschüssen und abhängig von der vereinbarten Überschussverwendung an den Bewertungsreserven. Die Überschüsse und die Bewertungsreserven ermitteln wir nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches (HGB) und veröffentlichen sie jährlich im Geschäftsbericht. Wir erläutern Ihnen,

- wie die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer insgesamt erfolgt (Absatz 2),
- wie die Überschussbeteiligung Ihres konkreten Vertrags erfolgt (Absatz 3) und
- warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren können (Absatz 4).

(2) Wie erfolgt die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer insgesamt?

Dazu erklären wir Ihnen

- aus welchen Quellen die Überschüsse stammen (a),
- wie wir mit diesen Überschüssen verfahren (b) und
- wie Bewertungsreserven entstehen und wir diese zuordnen (c).

- (a) Überschüsse können aus drei verschiedenen Quellen entstehen:

- den Kapitalerträgen (aa),
- dem Risikoergebnis (bb) und
- dem übrigen Ergebnis (cc).

Wir beteiligen unsere Versicherungsnehmer an diesen Überschüssen; dabei beachten wir die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) in der jeweils geltenden Fassung.

(aa) Kapitalerträge

Von den Nettoerträgen der nach dieser Verordnung maßgeblichen Kapitalanlagen erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den dort genannten prozentualen Anteil. In der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben. Aus diesem Betrag werden zunächst die Mittel entnommen, die für die garantierten Leistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer. Die Beiträge einer Berufsunfähigkeits-Versicherung sind allerdings so kalkuliert, wie sie zur Deckung des Berufsunfähigkeitsrisi-

kos und der Kosten benötigt werden. Es stehen daher vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung, um Kapital zu bilden, aus dem Kapitalerträge entstehen können.

(bb) Risikoergebnis

In der Berufsunfähigkeits-Versicherung ist der wichtigste Einflussfaktor auf die Überschüsse vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit die Entwicklung des versicherten Risikos (Berufsunfähigkeitsrisiko). Überschüsse entstehen, wenn die Aufwendungen für das Berufsunfähigkeitsrisiko sich günstiger entwickeln als bei der Tariffkalkulation zugrunde gelegt. In diesem Fall müssen wir weniger Renten als ursprünglich angenommen zahlen und können daher die Versicherungsnehmer an dem entstehenden Risikoergebnis beteiligen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 75 % beteiligt.

(cc) Übriges Ergebnis

Am übrigen Ergebnis werden die Versicherungsnehmer nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 50 % beteiligt. Überschüsse aus dem übrigen Ergebnis können beispielsweise entstehen, wenn

- die Kosten niedriger sind als bei der Tariffkalkulation angenommen,
- wir andere Einnahmen als aus dem Versicherungsgeschäft haben, z. B. Erträge aus Dienstleistungen, die wir für andere Unternehmen erbringen.

- (b) Die auf die Versicherungsnehmer entfallenden Überschüsse führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu oder schreiben sie unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungsverträgen gut (Direktgutschrift).

Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dient dazu, Schwankungen der Überschüsse auszugleichen. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 56b des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen. Dies dürfen wir, soweit die Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 56b VAG können wir im Interesse der Versicherten die Rückstellung für Beitragsrückerstattung heranziehen, um:

- einen drohenden Notstand abzuwenden,
- unvorhersehbare Verluste aus den überschussberechtigten Verträgen auszugleichen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder
- um die Deckungsrückstellung zu erhöhen, wenn die Rechnungsgrundlagen auf Grund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen. *(Eine Deckungsrückstellung bilden wir, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können. Die Deckungsrückstellung wird nach § 65 VAG und § 341e und § 341f HGB sowie den dazu erlassenen Rechtsverordnungen berechnet).*

Wenn wir die Rückstellung für Beitragsrückerstattung zum Verlustausgleich oder zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen, belasten wir die Versichertenbestände verursachungsorientiert.

- (c) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen im Geschäftsbericht ausgewiesen sind. Da vor Ein-

tritt einer Berufsunfähigkeit keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung stehen, um Kapital zu bilden, entstehen auch keine oder nur geringfügige Bewertungsreserven. Soweit Bewertungsreserven überhaupt entstehen, ordnen wir den Verträgen die Bewertungsreserven, die nach aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig rechnerisch zu (siehe Absatz 3a). Die Höhe der Bewertungsreserven ermitteln wir jährlich neu, zusätzlich ermitteln wir die Höhe der Bewertungsreserven auch für den Zeitpunkt der Beendigung Ihres Vertrages.

(3) Wie erfolgt die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages?

- (a) Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben gleichartige Versicherungen (z. B. Rentenversicherung, Risikoversicherung) zu Bestandsgruppen zusammengefasst und teilweise nach engeren Gleichartigkeitskriterien innerhalb der Bestandsgruppen Untergruppen gebildet; diese werden Gewinnverbände genannt. Bestandsgruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen. Die Überschüsse verteilen wir auf die einzelnen Bestandsgruppen nach einem verursachungsorientierten Verfahren und zwar in dem Maß, wie die Bestandsgruppen zur Entstehung von Überschüssen beigetragen haben.

Ihr Vertrag erhält Anteile an den Überschüssen derjenigen Bestandsgruppe, zu der er gehört. Ihr Vertrag gehört zur Bestandsgruppe Einzel-Berufsunfähigkeitsversicherung. 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 legen wir jedes Jahr fest. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Diesen können Sie bei uns anfordern.

Wurde Ihr Vertrag auf der Grundlage eines Kollektivvertrages oder eines Kollektivrahmenvertrages abgeschlossen, gehört der Vertrag abweichend von obiger Regelung zur Bestandsgruppe Übrige Kollektiv-Versicherungen.

- (b) Der einzelne Vertrag erhält ab Beginn laufende Überschussanteile in Prozent des Tarifbeitrags. Diese werden in der Regel mit den Beiträgen verrechnet. Sie können jedoch mit uns auch die verzinsliche Ansammlung dieser Überschussanteile vereinbaren. Beitragsfrei gestellte Verträge erhalten an jedem Bilanztermin (31.12.) Überschüsse in Prozent des Deckungskapitals am vorausgegangenen Bilanztermin, die verzinslich angesammelt werden.

In der Rentenbezugszeit werden die anfallenden jährlichen Überschussanteile zur Erhöhung der laufenden Rente verwendet. Nach Ablauf eines Jahres wird die Rente jeweils am Versicherungsjahrestag um den deklarierten Prozentsatz der erreichten Rente erhöht.

Bei Abgang des Vertrages durch Kündigung wird der Stand eines Ansammlungsguthabens ausgezahlt.

- (c) Bei **Beendigung Ihres Vertrages** (etwa durch Kündigung mit Auszahlung eines etwaigen Ansammlungsguthabens oder Tod) gilt Folgendes: Wir teilen Ihrem Vertrag den für diesen Zeitpunkt zugeordneten Anteil an den Bewertungsreserven gemäß der jeweils geltenden gesetzlichen Regelung zu und zahlen diesen bei Beendigung aus. Derzeit sieht § 153 Absatz 3 VVG eine Beteiligung in Höhe der Hälfte der zugeordneten Bewertungsreserven vor.

Bei Verträgen mit Sofortverrechnung der Überschüsse mit den Beiträgen fallen keine Bewertungsreserven an. Diese

Verträge erhalten deshalb bei Beendigung auch keine Bewertungsreserven ausgezahlt.

Bei Verträgen mit verzinslicher Ansammlung der Überschüsse ermitteln wir zunächst die bei Beendigung des Vertrages im Unternehmen vorhandenen, verteilungsfähigen Bewertungsreserven nach handelsrechtlichen bzw. aufsichtsrechtlichen Vorgaben und nach einem verursachungsorientierten Verfahren.

Die für die Bewertung der Kapitalanlagen zugrunde gelegten Stichtage werden jedes Jahr für das darauf folgende Jahr bestimmt und im Anhang des Geschäftsberichts veröffentlicht.

Für die Ermittlung des auf Ihren Vertrag entfallenden Anteils an den verteilungsfähigen Bewertungsreserven wird jährlich der sich aus Ihrem Vertrag ergebende Zinsträger (Gesamtleistung) errechnet. Bei Beendigung Ihres Vertrages errechnet sich Ihr Anteil an den verteilungsfähigen Bewertungsreserven aus dem Verhältnis der über die Jahre gebildeten Gesamtleistungen Ihres Vertrages zu den Gesamtleistungen aller anspruchsberechtigten Verträge.

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

(4) Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab, die nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar sind. Wichtigster Einflussfaktor ist die Entwicklung des Berufsunfähigkeitsrisikos. Aber auch die Entwicklung des Kapitalmarkts und der Kosten ist von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Wenn Sie einen Vertrag mit verzinslicher Ansammlung haben, werden wir Sie über die Entwicklung Ihrer Überschussbeteiligung jährlich unterrichten.

§ 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie den Vertrag mit uns abgeschlossen haben. Jedoch besteht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn kein Versicherungsschutz. Allerdings kann unsere Leistungspflicht entfallen, wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen (siehe § 14 Absatz 2 und 3 und § 15).

§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht.

Eintritt der Berufsunfähigkeit oder einer versicherten schweren Krankheit

- (1) Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsfall verursacht ist:
- durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person (*das ist die Person, auf deren Berufsfähigkeit die Versicherung abgeschlossen ist*) auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
 - unmittelbar oder mittelbar durch Kriegereignisse. Unsere Leistungspflicht ist nicht ausgeschlossen, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig wird, denen sie während eines Aufenthal-

tes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war. Unsere Leistungspflicht ist ferner dann nicht ausgeschlossen, wenn die versicherte Person als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei mit Mandat der NATO oder UNO an deren humanitären Hilfeleistungen oder friedenssichernden Maßnahmen außerhalb der territorialen Grenzen der NATO-Mitgliedsstaaten teilnimmt und in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang hiermit ein Leistungsfall eintritt;

- c) durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person;
- d) durch folgende von der versicherten Person vorgenommene Handlungen
 - absichtliche Herbeiführung von Krankheit,
 - absichtliche Herbeiführung von Kräfteverfall,
 - absichtliche Selbstverletzung oder
 - versuchte Selbsttötung.

Wir werden jedoch leisten, wenn uns nachgewiesen wird, dass die versicherte Person diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat;

- e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich den Versicherungsfall der versicherten Person herbeigeführt haben.

Eintritt der unfallbedingten Berufsunfähigkeit

(2) Es besteht kein Anspruch auf eine Kapitalleistung bei unfallbedingter Berufsunfähigkeit, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist, durch:

- a) Unfälle durch Geistes- und Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit oder Drogenkonsum beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.
- b) Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.
- c) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind; Unfälle durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat. Unsere Leistungspflicht ist nicht ausgeschlossen, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen unfallbedingt berufsunfähig wird, denen sie während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt wird.
Unsere Leistungspflicht ist ferner dann nicht ausgeschlossen, wenn die versicherte Person als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei mit Mandat der NATO oder UNO an deren humanitären Hilfeleistungen oder friedenssichernden Maßnahmen außerhalb der territorialen Grenzen der NATO-Mitgliedsstaaten teilnimmt und in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang hiermit ein Leistungsfall eintritt.
- d) Unfälle der versicherten Person
 - a) als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit dieser nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt;

sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;

- b) bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit;
 - c) bei einer Benutzung von Raumfahrzeugen.
- e) Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

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

Vorvertragliche Anzeigepflicht

(1) Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform (z. B. *Papierform oder E-Mail*) gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen.

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

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

(2) Soll eine andere Person für den Fall einer Berufsunfähigkeit versichert werden, ist auch diese - neben Ihnen - zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.

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

Rechtsfolgen der Anzeigepflichtverletzung

(4) Nachfolgend informieren wir Sie, unter welchen Voraussetzungen wir bei einer Verletzung der Anzeigepflicht

- vom Vertrag zurücktreten,
- den Vertrag kündigen,
- den Vertrag anpassen oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten können.

Rücktritt

(5) Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, können wir vom Vertrag zurücktreten. Das Rücktrittsrecht besteht nicht, wenn weder eine vorsätzliche noch eine grob fahrlässige Anzeigepflichtverletzung vorliegt. Selbst wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir trotzdem kein Rücktrittsrecht, falls wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. *höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz*) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

(6) Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz. Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalles zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung trotzdem bestehen: Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch auch im vorstehend genannten Fall, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.

- (7) Wenn der Vertrag durch Rücktritt aufgehoben wird, erlischt der Vertrag. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

- (8) Wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgt ist, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Auf unser Kündigungsrecht verzichten wir, wenn Sie uns nachweisen, dass die Anzeigepflichtverletzung unverschuldet erfolgt ist.
- (9) Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. *höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz*) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefährlichen Umstände geschlossen hätten.
- (10) Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt er sich in einen beitragsfreien Vertrag nach Maßgabe des § 16 um.

Vertragsanpassung

- (11) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. *höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz*) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefährlichen Umstände geschlossen hätten (siehe Absatz 5 und Absatz 9), werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode (siehe § 14 Absatz 2 Satz 3) Vertragsbestandteil. Auf unser Recht zur Vertragsanpassung verzichten wir, wenn Sie uns nachweisen, dass die Anzeigepflichtverletzung unverschuldet erfolgt ist.
- (12) Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung über die Vertragsanpassung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn
- wir im Rahmen einer Vertragsanpassung den Beitrag um mehr als 10 % erhöhen oder
 - wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

Auf dieses Recht werden wir Sie in der Mitteilung über die Vertragsanpassung hinweisen.

Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

- (13) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.
- (14) Wir haben kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
- (15) Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nur innerhalb eines Monats 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 angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

- (16) Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

- (17) Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrages durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person (*das ist die Person, auf deren Berufsfähigkeit die Versicherung abgeschlossen ist*), können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Absatz 7 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung / Wiederherstellung der Versicherung

- (18) Die Absätze 1 bis 17 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert oder wiederhergestellt wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung vorgenommen wird. Die Fristen nach Absatz 16 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung des Vertrages bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

Erklärungsempfänger

- (19) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsanpassung sowie zur Anfechtung üben wir durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Tod ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist kein Bezugsberechtigter vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins als bevollmächtigt ansehen, die Erklärung entgegenzunehmen.

Anzeigepflicht bei Nachversicherungsgarantie

- (20) Vorstehende Absätze finden entsprechend auch für Verträge Anwendung, die im Zusammenhang mit der Nachversicherungsgarantie (§ 21) zustande gekommen sind. Die bei Abschluss des zugrunde liegenden Vertrages durchgeführte Gesundheitsprüfung bildet die Grundlage für die Schließung des zugrunde liegenden Vertrages sowie für Verträge aufgrund der Nachversicherungsgarantie. Wir verzichten bei Abschluss des Vertrages im Rahmen der Nachversicherungsgarantie auf eine erneute Gesundheitsprüfung im Vertrauen darauf, dass Sie uns bei Schließung des zugrunde liegenden Vertrages alle bekannten Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, vollständig und richtig angezeigt haben. Sollte sich Ihr Gesundheitszustand nach Schließung des zugrunde liegenden Vertrages verschlechtert haben, müssen Sie uns dies daher nicht anzeigen.

Stellen wir bei dem zugrunde liegenden Vertrag eine Anzeigepflichtverletzung fest und treten wir deshalb von diesem Vertrag zurück, kündigen diesen, fechten diesen an

oder führen eine Vertragsanpassung durch, teilt der Vertrag im Rahmen der Nachversicherungsgarantie das rechtliche Schicksal des zugrunde liegenden Vertrages. Entfällt daher unsere Leistungspflicht aus dem zugrunde liegenden Vertrag, wird dieser durch Rücktritt oder Anfechtung aufgehoben oder wird eine Kündigung oder Vertragsanpassung durchgeführt, gilt dies entsprechend auch für den im Rahmen der Nachversicherungsgarantie geschlossenen Vertrag.

§ 7 Was ist zu beachten, wenn die versicherte Person zum Raucher wird?

- (1) Nichtraucher ist, wer in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung aktiv kein Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen hat und auch nicht beabsichtigt, dies in Zukunft zu tun. Rauchen meint sowohl das Konsumieren von Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeifen oder sonstigem Tabak unter Feuer, als auch die Nutzung elektronischer Rauchgeräte, bei denen es zu einer Nikotinaufnahme über das Inhalieren von Dampf, z.B. e-Zigaretten, e-Zigarren oder e-Pfeifen, kommt.
- (2) Wird die versicherte Person (*das ist die Person, auf deren Berufsfähigkeit die Versicherung abgeschlossen ist*) nach Vertragsabschluss zum Raucher, haben Sie uns diesen Umstand unverzüglich (*d.h. ohne schuldhaftes Zögern*) in Textform (z. B. *Papierform oder E-Mail*) anzuzeigen. § 6 Absatz 2 gilt entsprechend.
- (3) Wenn die Anzeigepflicht nach Absatz 2 verletzt wird, sind wir unter den weiteren Voraussetzungen von § 158 in Verbindung mit § 25 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) berechtigt, rückwirkend ab dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person zum Raucher wurde, eine unseren Geschäftsgrundsätzen für diese höhere Gefahr entsprechende höhere Prämie zu verlangen.

Auf unsere Rechte, den Vertrag wegen Gefahrerhöhung zu kündigen, die Absicherung des erhöhten Risikos auszuschließen und auf Leistungsfreiheit wegen Gefahrerhöhung verzichten wir.

- (4) Sie können den Vertrag innerhalb des Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung über die Prämienhöhung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn sich die Prämie als Folge der Gefahrerhöhung um mehr als 10% erhöht.

Auf dieses Recht werden wir Sie in der Mitteilung über die Prämienhöhung hinweisen.

- (5) Wir sind berechtigt, nach Antragsstellung von Ihnen oder der versicherten Person eine Erklärung über Ihren Nichtraucher-Status und ggf. alle 5 Jahre entsprechende fachärztliche Nachweise hierzu zu verlangen. Die mit den Nachweisen verbundenen Kosten hat der Versicherungsnehmer zu tragen.

§ 8 Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?

Leistungspflicht bei Berufsunfähigkeit

- (1) Wird eine Leistung wegen Berufsunfähigkeit aus dem Vertrag beansprucht, müssen uns unverzüglich auf Kosten des Ansprucherhebenden folgende Auskünfte, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, gegeben und Nachweise vorgelegt werden:

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

- b) ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person (*das ist die Person, auf deren Berufsfähigkeit die Versicherung abgeschlossen ist*) gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens der versicherten Person sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit oder über Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit;

- c) eine Beschreibung des zuletzt ausgeübten Berufs der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit vor und im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über danach eingetretenen Veränderungen. Hierzu zählen auch Nachweise über die wirtschaftlichen und finanziellen Verhältnisse und ihre Veränderungen;

- d) bei Studenten sind eine gültige Immatrikulationsbescheinigung sowie geeignete Nachweise (z.B. Studienbuch), dass die Voraussetzungen gemäß § 2 Absatz 8 erfüllt sind, vorzulegen;

- e) Angaben über Einkommen aus beruflicher Tätigkeit; Hierzu zählen auch Nachweise über die wirtschaftlichen und finanziellen Verhältnisse und ihre Veränderungen zum Zeitpunkt des Abschlusses des Vertrages sowie bei Eintritt des Versicherungsfalles;

- f) bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege;

- g) eine Aufstellung

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

Leistungspflicht bei Eintritt einer versicherten schweren Krankheit

- (2) Wird eine Leistung wegen einer versicherten schweren Krankheit aus dem Vertrag beansprucht, müssen uns unverzüglich auf Kosten des Ansprucherhebenden folgende Auskünfte, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, gegeben und Nachweise vorgelegt werden:

- eine ausführliche fachärztliche Diagnosestellung über die versicherte schwere Krankheit wie sie bei der jeweiligen versicherten schweren Krankheit gemäß Anlage 1 vorgeesehen ist bzw.

- ausführliche Berichte der Fachärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer der versicherten schweren Krankheit bzw.

- die fachärztliche Indikation und der Operationsbericht für eine Operation, die als versicherte schwere Krankheit gemäß Anlage 1 definiert ist.

Weitere Leistungspflichten

- (3) Wir können außerdem auf unsere Kosten weitere fachärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise - auch über wirtschaftliche
-

Verhältnisse und ihre Veränderungen - verlangen; insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen.

Für die medizinischen Abfragen benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns sowie für die schweigepflichtigen Stellen, die wir von Ihnen verlangen können, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

- (4) Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir alle Kosten, die im Zusammenhang mit diesen Untersuchungen stehen (z.B. Reise- und Unterbringungskosten).
- (5) Die versicherte Person ist dazu verpflichtet, geeignete Hilfsmittel (z. B. Sehhilfe, Prothese) zu verwenden und zumutbare Heilbehandlungen vorzunehmen, die eine wesentliche Besserung ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung erwarten lassen. Zumutbar sind Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind. Heilbehandlungen, die mit einem operativen Eingriff verbunden sind, sehen wir in diesem Zusammenhang als nicht zumutbar an.
- (6) Unsere Leistungen werden fällig, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Wenn Sie eine der genannten Pflichten nicht erfüllen, kann dies zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine Pflichtverletzung kann somit dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird.
- (7) Bei Überweisungen von Leistungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums trägt die empfangsberechtigte Person die damit verbundene Gefahr.

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

- (1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail), ob und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen.
- (2) Wir können unsere Leistungspflicht einmalig zeitlich befristet für einen Zeitraum bis zu 12 Monaten anerkennen, wenn hierfür ein sachlicher Grund besteht, den wir Ihnen mitteilen werden. Bis zum Ablauf der Frist ist dieses Anerkenntnis für uns bindend; eine Nachprüfung ist während der Befristung ausgeschlossen.
- (3) Grundsätzlich erfolgt unser Anerkenntnis ohne zeitliche Befristung. Eine Befristung werden wir nur in begründeten Einzelfällen vornehmen, beispielsweise wenn nicht geklärt ist, ob die versicherte Person (*das ist die Person, auf deren Berufsfähigkeit die Versicherung abgeschlossen ist*) eine andere Tätigkeit im Sinne von § 2 Absatz 1 ausübt, wobei noch ergänzende Untersuchungen oder Begutachtungen erforderlich sind oder aus medizinischen, beruflichen bzw. betrieblichen Gründen (z.B. ausstehender Abschluss einer medizinischen Behandlung oder einer Rehabilitationsmaßnahme, Abschluss einer Einarbeitung oder Fortbildung, Möglichkeit der Umorganisation bei Selbstständigen) ein Ende der Berufsunfähigkeit zum Ablauf der Befristung zu erwarten ist.
- (4) Während der Prüfung Ihres Anspruchs auf Leistung aus der Berufsunfähigkeitsversicherung werden wir Sie jeweils innerhalb von vier Wochen nach Eingang von Unterlagen

gemäß § 8 über erforderliche weitere Prüfungsschritte bzw. fehlende Unterlagen informieren. Liegen uns alle für unsere Leistungsentscheidung erforderlichen Unterlagen gemäß § 8 vor, so entscheiden wir innerhalb von vier Wochen über unsere Leistungspflicht. Solange Unterlagen noch ausstehen, informieren wir Sie spätestens alle sechs Wochen über den Sachstand der Leistungsprüfung.

- (5) Der Anspruch auf die Leistungen muss innerhalb der Verjährungsfrist von drei Jahren gerichtlich geltend gemacht werden, um den Eintritt der Verjährung zu vermeiden. Die Frist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch auf die Leistungen entstanden ist und Sie von den Umständen, die den Anspruch begründen, Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen mussten.

§ 10 Was gilt nach Anerkennung der Berufsunfähigkeit?

Nachprüfung

- (1) Wenn wir unsere Leistungspflicht unbefristet anerkannt haben oder sie gerichtlich festgestellt worden ist, sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit oder das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit und das Fortleben der versicherten Person nachzuprüfen. Dabei können wir erneut prüfen, ob die versicherte Person (*das ist die Person, auf deren Berufsfähigkeit die Versicherung abgeschlossen ist*) eine andere Tätigkeit im Sinne von § 2 ausübt, wobei neu erworbene berufliche Kenntnisse und Fähigkeiten zu berücksichtigen sind.
- (2) Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte anfordern und einmal jährlich verlangen, dass sich die versicherte Person durch von uns beauftragte Ärzte umfassend untersuchen lässt. Hierbei anfallende Kosten sind von uns zu tragen. Die Bestimmungen des § 8 Absatz 2 bis 4 gelten entsprechend.

Mitteilungspflicht

- (3) Sie müssen uns unverzüglich (*d. h. ohne schuldhaftes Zögern*) mitteilen, wenn sich die Berufsunfähigkeit oder die Pflegebedürftigkeit mindern oder wegfallen oder eine berufliche Tätigkeit wieder aufgenommen wird bzw. sich die Art oder der Umfang der Tätigkeit ändert.

Leistungsfreiheit

- (4) Wir sind leistungsfrei, wenn wir feststellen, dass die in § 1 und § 2 genannten Voraussetzungen der Leistungspflicht entfallen sind und wir Ihnen diese Veränderung in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) darlegen. Unsere Leistungen können wir mit Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen einstellen. Ab diesem Zeitpunkt müssen Sie auch die Beiträge wieder zahlen.
- (5) Liegt Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit vor und ist der Umfang der Pflegebedürftigkeit unter das Ausmaß von einem Pflegepunkt gesunken, stellen wir unsere Leistungen ein. Absatz 4 Satz 2 und 3 gelten entsprechend.
- (6) Für eine Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Absatz 2 und 3 gilt § 11.

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

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 10 von Ihnen, der versicherten Person (*das ist die Person, auf deren Berufsfähigkeit die Versicherung abgeschlossen ist*) oder dem Anspruchshebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, leisten wir nicht. Bei

grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

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

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

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

§ 12 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

- (1) Wir können Ihnen den Versicherungsschein in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) übermitteln. Stellen wir diesen als Dokument in Papierform aus, dann liegt eine Urkunde vor. Sie können die Ausstellung als Urkunde verlangen.
- (2) Den Inhaber der Urkunde können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Vertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber der Urkunde seine Berechtigung nachweist.

§ 13 Wer erhält die Leistung?

- (1) Als unser Versicherungsnehmer können Sie bestimmen, wer die Leistung erhält. Wenn sie keine Bestimmungen treffen, leisten wir an Sie.

Bezugsberechtigung

- (2) Sie können uns widerruflich oder unwiderruflich eine andere Person benennen, die die Leistung erhalten soll (Bezugsberechtigter).

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

Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und **unwiderruflich** das Recht auf die Leistung erhält. Sobald uns Ihre Erklärung zugegangen ist, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des unwiderruflich Bezugsberechtigten geändert werden.

Abtretung und Verpfändung

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

Anzeige

- (4) Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts (Absatz 2) sowie die Abtretung und die Verpfändung (Absatz 3) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam,

wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Schriftform (d. h. durch ein *eigenhändig unterschriebenes Schriftstück*) angezeigt worden sind. Der bisher Berechtigte sind im Regelfall Sie als unser Versicherungsnehmer. Es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits zuvor Verfügungen (z. B. unwiderrufliche Bezugsberechtigung, Abtretung, Verpfändung) getroffen haben.

§ 14 Was müssen Sie bei Beitragszahlungen beachten?

- (1) Die Beiträge zu Ihrem Vertrag können Sie je nach Vereinbarung monatlich, viertel-, halbjährlich oder jährlich zahlen (laufende Beitragszahlung).
- (2) Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich (d. h. *ohne schuldhaftes Zögern*) nach Abschluss des Vertrages zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden jeweils zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig. Die Versicherungsperiode umfasst bei Jahreszahlung ein Jahr, ansonsten entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.
- (3) Sie haben den Beitrag **rechtzeitig** gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag (Absatz 2) alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Wenn die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart wurde, gilt die Zahlung in folgendem Fall als rechtzeitig:
 - Der Beitrag konnte am Fälligkeitstag eingezogen werden und
 - Sie haben einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen.

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

- (4) Sie müssen die Beiträge auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten zahlen.
- (5) Für eine Stundung der Beiträge ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich.
- (6) Bei Fälligkeit einer Leistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

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

Erster Beitrag

- (1) Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir - solange die Zahlung nicht bewirkt ist - vom Vertrag zurücktreten. In diesem Fall können wir von Ihnen die Kosten für ärztliche Untersuchungen im Rahmen einer Gesundheitsprüfung verlangen. Wir sind nicht zum Rücktritt berechtigt, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.
- (2) Zusätzlich können wir eine Pauschale in Höhe von 10 % der Beiträge des ersten Versicherungsjahres für die Bearbeitung Ihres Vertrages erheben. Wir haben uns bei der Bemessung der Pauschale an dem bei uns durchschnittlich entstehenden Aufwand orientiert. Sofern Sie uns nachweisen, dass die der Bemessung zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall dem Grunde nach nicht zutreffen, entfällt die Pauschale. Sofern Sie uns nachweisen, dass die Pau-

schale der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern ist, wird sie entsprechend herabgesetzt.

- (3) Ist der erste Beitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. *Papierform, E-Mail*) oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie das Ausbleiben der Zahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag

- (4) Zahlen Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.
- (5) Für einen Versicherungsfall, der nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintritt, entfällt oder vermindert sich der Versicherungsschutz, wenn Sie sich bei Eintritt des Versicherungsfalles noch mit der Zahlung in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.
- (6) Nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn Sie sich noch immer mit den Beiträgen, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Sie wird dann automatisch mit Ablauf der Frist wirksam, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt noch immer mit der Zahlung in Verzug sind. Auf diese Rechtsfolge müssen wir Sie ebenfalls hinweisen.
- (7) Sie können den angeforderten Betrag auch dann noch nachzahlen, wenn unsere Kündigung wirksam geworden ist. Nachzahlen können Sie nur
- innerhalb eines Monats nach der Kündigung
 - oder, wenn die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf.

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

§ 16 Wann können Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen oder kündigen?

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

- (1) Sie können jederzeit in Schriftform (*d.h. durch ein eigenhändig unterschriebenes Schriftstück*) verlangen, zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (siehe § 14 Absatz 2) ganz oder teilweise von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Fall setzen wir die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente sowie ggf. die Zusatzleistungen ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Leistung herab. Diese wird nach folgenden Gesichtspunkten berechnet:
- nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen für die Beitragskalkulation
 - für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode.

Abzug

- (2) Der aus Ihrem Vertrag für die Bildung der beitragsfreien Leistungen zur Verfügung stehende Betrag mindert sich um rückständige Beiträge. Außerdem nehmen wir einen Abzug vor. Eine Tabelle über die Höhe des Abzugs in Euro finden Sie in den Informationen zum Versicherungsangebot. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug bei Beitragsfreistellung finden Sie in der beigefügten „Anlage 2 zu den Versicherungsbedingungen zum Abzug bei Beitragsfreistellung Ihres Vertrages“. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Darüber hinaus dient der Abzug dem Ausgleich der bisher durch die Überschussbeteiligung gewährten Beitragsreduzierung. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihres Verlangens der Beitragsfreistellung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.
- (3) **Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihres Vertrages sind wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (siehe § 17) keine oder nur geringe Beträge zur Bildung einer beitragsfreien Leistung 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 Leistung zur Verfügung. Nähere Informationen zur Höhe der beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente und zum Abzug können Sie der Tabelle, die Bestandteil der Informationen zum Versicherungsangebot ist, entnehmen.**
- (4) Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht verlangt und erreicht die nach Absatz 1 zu berechnende beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente den Mindestbetrag von 50 EUR Monatsrente nicht, erhalten Sie statt der beitragsfreien Rente – soweit vorhanden – den Rückkaufswert entsprechend § 169 VVG, und der Vertrag endet. Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht können Sie nur verlangen, wenn die verbleibende beitragspflichtige versicherte Berufsunfähigkeitsrente mindestens 75 EUR monatlich beträgt.
- (5) Der Rückkaufswert mindert sich um rückständige Beiträge. Außerdem nehmen wir einen Abzug vor. Eine Tabelle über die Höhe des Abzugs in Euro finden Sie in den Informationen zum Versicherungsangebot. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Darüber hinaus dient der Abzug dem Ausgleich der bisher durch die Überschussbeteiligung gewährten Beitragsreduzierung. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug bei Beitragsfreistellung finden Sie in der beigefügten „Anlage 2 zu den Versicherungsbedingungen zum Abzug bei Beitragsfreistellung Ihres Vertrages“. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihres Verlangens der Beitragsfreistellung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.
- (6) Ist die versicherte Person (*das ist die Person, auf deren*

Berufsunfähigkeit die Versicherung abgeschlossen ist) zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung berufsunfähig, bleiben Ansprüche aufgrund bereits vor Beitragsfreistellung eingetretener Berufsunfähigkeit unberührt.

Wiederinkraftsetzung

- (7) Den beitragsfreien Vertrag können Sie ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder in Kraft setzen, wenn seit dem Zeitpunkt der Beitragsfreistellung noch keine 6 Monate vergangen sind, der Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist und der gesamte Beitragsrückstand ausgeglichen wird. Der in Absatz 2 genannte Abzug wird Ihrem Vertrag gutgeschrieben.

Nach Vereinbarung können Sie nicht gezahlte Beiträge in einem Betrag oder innerhalb eines Zeitraumes von 12 Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten zinslos nachzahlen. Alternativ können Sie beantragen, dass ein eventuell vorhandenes Überschussguthaben um die nicht gezahlten Beiträge reduziert wird.

Kündigung

- (8) Sie können Ihre Berufsunfähigkeits-Versicherung jederzeit zum Schluss der Versicherungsperiode (siehe § 14 Absatz 2) in Schriftform (*d.h. durch ein eigenhändig unterschriebenes Schriftstück*) kündigen.

Kündigen Sie Ihren Vertrag hängt die Wirkung auf Ihren Vertrag davon ab, ob die versicherte Person zum Zeitpunkt der Kündigung berufsunfähig ist:

(a) Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt der Kündigung berufsunfähig, bleiben Ansprüche aus Ihrem Vertrag davon unberührt. Daher wird bei Kündigung die laufende Berufsunfähigkeitsrente weitergezahlt.

(b) Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt der Kündigung nicht berufsunfähig, erlischt der Vertrag bei Kündigung.

Wenn Sie den Vertrag kündigen, haben Sie keinen Anspruch auf einen Rückkaufswert.

Die Kündigung Ihres Vertrages kann daher mit Nachteilen verbunden sein.

Keine Beitragsrückzahlung

- (9) Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

§ 17 Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?

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

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

Die Höhe der einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten können Sie dem Produktinformationsblatt, das Bestandteil Ihres Versicherungsangebotes ist, entnehmen.

- (2) Wir wenden auf Ihren Vertrag das Verrechnungsverfahren

nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung an. Das bedeutet, dass wir die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten heranziehen. Dies gilt jedoch nicht für den Teil der ersten Beiträge, der für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und aufgrund von gesetzlichen Regelungen für die Bildung einer Deckungsrückstellung bestimmt ist. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 4 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt.

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

- (4) Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihres Vertrages nur geringe Beträge zur Bildung der beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente vorhanden sind (siehe § 16). Nähere Informationen zur beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente können Sie der Tabelle, die Bestandteil der Informationen zum Versicherungsangebot ist, entnehmen.

§ 18 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift oder Ihres Namens?

Eine Änderung Ihres Namens oder Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich (*d. h. ohne schuldhaftes Zögern*) mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen. Wir sind berechtigt, eine an Sie zu richtende Erklärung (*z.B. Setzen einer Zahlungsfrist*) mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift zu senden. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie den Vertrag in Ihrem Gewerbebetrieb abgeschlossen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

§ 19 Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?

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

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

- Ihrer persönlichen Steuerpflicht,
- der Steuerpflicht dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben und
- der Steuerpflicht des Leistungsempfängers

maßgebend sein können.

Dazu zählen die deutsche oder ausländische Steuerpflicht, die Steueridentifikationsnummer, der Geburtsort und der Wohnsitz. Welche Umstände dies nach derzeitiger Gesetzeslage im Einzelnen sind, können Sie den „Informationen zum Versicherungsangebot“ entnehmen.

Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, müssen Sie trotz einer nicht bestehenden Steuerpflicht damit rechnen, dass wir Ihre Vertragsdaten an in- und ausländische Steuerbehörden melden.

§ 20 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

(1) In folgenden Fällen stellen wir Ihnen pauschal zusätzliche Kosten gesondert in Rechnung:

- Erteilung einer Ersatzurkunde für den Versicherungsschein;
- schriftlicher Fristsetzung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen;
- Durchführung von Vertragsänderungen;
- Rückläufen im Lastschriftverfahren;
- gebührenpflichtigen Auskünften, die von öffentlichen Stellen im Zuge der Leistungsabwicklung eingeholt werden müssen.

Die Höhe der Kosten können Sie der Kostentabelle entnehmen, die Bestandteil des Produktinformationsblattes ist.

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

(2) Die Höhe der Kosten kann von uns nach billigem Ermessen (§ 315 des Bürgerlichen Gesetzbuches, BGB) für die Zukunft geändert werden. Die jeweils aktuelle Kostentabelle können Sie jederzeit bei uns anfordern.

§ 21 Unter welchen Voraussetzungen ist eine Nachversicherung ohne Gesundheitsprüfung möglich?

Ereignisabhängige Nachversicherungsgarantie

(1) Durch die Nachversicherungsgarantie bleiben Sie in der Gestaltung Ihres Vertrages flexibel und können die versicherte Berufsunfähigkeitsrente während der Vertragslaufzeit den privaten und beruflichen Entwicklungen anpassen.

Sie haben das Recht, die versicherte Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung bei Nachweis folgender Ereignisse aufzustocken:

- Heirat der versicherten Person (*das ist die Person, auf deren Berufsfähigkeit die Versicherung abgeschlossen ist*) oder Begründung einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft der versicherten Person im Sinne des Gesetzes über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG);
- Geburt eines Kindes der versicherten Person;
- Adoption eines minderjährigen Kindes durch die versicherte Person;
- Tod des Ehegatten oder des eingetragenen Lebenspartners im Sinne des LPartG der versicherten Person;
- Ehescheidung oder Aufhebung der eingetragenen Lebenspartnerschaft im Sinne des LPartG der versicherten Person;
- Erfolgreicher Abschluss einer Berufsausbildung oder einer Berufsbildung (z.B. Hochschul- oder Fachhochschulstudium, Meisterprüfung) der versicherten Person
- Erstmaliger Wechsel der versicherten Person in die berufliche Selbstständigkeit (Hauptberuf) in einem anerkannten Ausbildungsberuf;
- Steigerung des jährlichen Bruttoarbeitseinkommens der versicherten Person von mindestens 10 % im Vergleich zum Vorjahr;
- Aufnahme eines Darlehens im gewerblichen Bereich oder zur Finanzierung einer selbst genutzten Immobilie durch die versicherte Person in Höhe von mindestens 50.000 EUR;

- Befreiung des selbstständigen Handwerkers von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung zu dem Zeitpunkt, in dem die Mindestversicherungspflicht erfüllt ist;
- Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung.

Ereignisunabhängige Nachversicherungsgarantie

(2) Sie haben das Recht, einmalig innerhalb der ersten fünf Versicherungsjahre die versicherte Berufsunfähigkeitsrente unabhängig von einem in Absatz 1 genannten Ereignis aufzustocken. Der Versicherungsschutz aus dieser Erhöhungsrente setzt erst nach einer dreijährigen Wartezeit ein.

Weitere Regelungen für die Nachversicherungsgarantie

(3) Das Recht auf Nachversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung ist ausgeschlossen, wenn bei Eintritt eines Ereignisses nach Absatz 1 oder einer ereignisunabhängigen Aufstockung nach Absatz 2

- die versicherte Person das 45. Lebensjahr vollendet hat;
- die versicherte Person bereits berufsunfähig bzw. vermindert erwerbsfähig ist;
- die versicherte Person einen Antrag auf Leistung wegen Berufsunfähigkeit bzw. verminderter Erwerbsfähigkeit gestellt hat;
- der Vertrag beitragsfrei gestellt ist;
- die verbleibende Versicherungsdauer weniger als 5 Jahre beträgt.

(4) Für die Nachversicherungsgarantie gelten folgende Regelungen:

- a) Die Nachversicherung erfolgt auf Antrag, der bei einer ereignisabhängigen Nachversicherung innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt des jeweiligen Ereignisses bei uns eingegangen sein muss. Innerhalb dieser Frist müssen Sie uns auch den Eintritt des jeweiligen Ereignisses durch Vorlage geeigneter Nachweise (z.B. Einkommensunterlagen, Urkunden oder amtliche Bestätigungen) belegt haben.
 - b) Die versicherte Jahresrente einer Nachversicherung muss zwischen 900 EUR und 6.000 EUR liegen, wobei eine Aufstockung der bei Vertragsabschluss versicherten Jahresrente je Aufstockung auf maximal 100 % begrenzt ist. Durch die Aufstockung darf außerdem die versicherte Gesamtjahresrente einer versicherten Person den Betrag von 30.000 EUR nicht übersteigen. Die Gesamtjahresrente umfasst neben der bereits versicherten Rente auch sämtliche Renten aufgrund der Nachversicherungsgarantie.
 - c) Die Gesamtjahresrente muss außerdem unter Berücksichtigung gesetzlicher, betrieblicher oder sonstiger Anwartschaften des Versicherten auf Versorgungsleistungen bei Berufsunfähigkeit/Erwerbsminderung aus privaten Verträgen im Verhältnis zur Einkommenssituation des Versicherten finanziell angemessen sein. Dies ist nicht der Fall, wenn die gesamten Versorgungsanwartschaften des Versicherten mehr als 80 % des letzten jährlichen Nettoarbeitseinkommens bei sozialversicherungspflichtig Beschäftigten bzw. mehr als 80 % des letzten jährlichen Nettoeinkommens aus einer selbstständig ausgeübten Tätigkeit bei Selbstständigen bzw. mehr als 40 % der letzten Nettobezüge bei Beamten oder Richtern betragen. Für Soldaten gelten die gleichen Einkommensgrenzen. Ein entsprechendes Überprüfungsrecht behalten wir uns vor.
 - d) Das Recht auf Aufstockungen kann während der Beitragspflicht des Vertrages höchstens dreimal in Anspruch genommen werden.
 - e) Die einzelne Nachversicherung ist ein selbstständiger Vertrag, der zu einem für neu abzuschließende Berufsun-
-

fähigkeitsversicherungen geltenden, mit dem bisherigen vergleichbaren Tarif abgeschlossen wird. Für die Nachversicherung gelten die für den neuen Tarif maßgeblichen Versicherungsbedingungen mit Ausnahme einer dort eventuell vorgesehenen Nachversicherungsgarantie. Die Nachversicherung beinhaltet somit keinen weiteren Anspruch auf Nachversicherung. Der neue Vertrag wird für dieselbe versicherte Person wie bei dem zugrunde liegenden Vertrag abgeschlossen. Für die Nachversicherung gelten das gleiche Endalter der Vertrags- und Leistungsdauer sowie die Risikoeinstufung (Leistungseinschränkungen, Beitragszuschläge) des zugrunde liegenden Vertrages. Der Nachversicherungsvertrag läuft über ganze Jahre und kann daher auch vor dem zugrunde liegenden Vertrag enden.

- (5) Für die von Ihnen zu beachtende Anzeigepflicht bei Abschluss eines Vertrages im Rahmen der Nachversicherungsgarantie gilt § 6.

§ 22 Welche Überbrückungsmöglichkeiten bestehen bei Zahlungsschwierigkeiten?

- (1) Zur Überbrückung von Zahlungsschwierigkeiten haben Sie auf Antrag und unter der Voraussetzung, dass der Versicherungsschutz aus dem Vertrag noch unverändert besteht, neben der Beitragsfreistellung (§ 16) das Recht, auf Antrag unter Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes für eine Übergangszeit von 6 Monaten eine Beitragsstundung zu erhalten.

- (2) Darüber hinaus haben Sie das Recht, auf Antrag unter Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes für einen Übergangszeit von 24 Monaten eine zinslose Beitragsstundung zu erhalten, wenn Sie:

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

Es muss der Bescheid oder Leistungsnachweis eines gesetzlichen Sozialversicherungsträgers oder Versorgungswerks vorliegen.

Wenn die genannten Anlässe enden, müssen Sie uns dies anzeigen. Danach endet die zinslose Stundung.

- (3) Der Antrag auf Beitragsstundung kann frühestens nach 6 Monaten seit Vertragsbeginn gestellt werden. Nach Vereinbarung können Sie gestundete Beiträge in einem Betrag oder innerhalb eines Zeitraumes von 12 Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten zinslos nachzahlen. Alternativ können Sie beantragen, dass ein eventuell vorhandenes Überschussguthaben um die nicht gezahlten Beiträge reduziert wird.

§ 23 Ist der Versicherer zu einer Anpassung des Beitrags berechtigt?

Von der Möglichkeit des § 163 VVG, die Beiträge bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen neu festzusetzen (zu erhöhen), machen wir keinen Gebrauch. Der vereinbarte Tarifbeitrag (ohne Verrechnung der Überschussanteile) ist somit garantiert.

§ 24 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 25 Wo ist der Gerichtsstand?

- (1) Für Klagen aus dem Vertrag **gegen uns** ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk unser Sitz oder die für den Vertrag zuständige Niederlassung liegt. Zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz haben. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.
- (2) Klagen aus dem Vertrag **gegen Sie** müssen wir bei dem Gericht erheben, das für Ihren Wohnsitz zuständig ist. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.
- (3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

§ 26 Welche Auswirkungen hat die Unwirksamkeit von Bestimmungen?

Sollten eine oder mehrere Bestimmungen dieser Allgemeinen Bedingungen ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, wird dadurch die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt.

Merkblatt für die Berufsunfähigkeits-Versicherung

1. Die Berufsunfähigkeits-Versicherung sieht Leistungen bis zum Ende der Leistungsdauer vor; diese kann, wie die Versicherungsdauer, höchstens bis zum Alter 67 gewählt werden. Durch die Berufsunfähigkeits-Versicherung wird keine Alters- und Hinterbliebenen-Versicherung erworben. Diese muss vielmehr auf andere Art gesichert werden, z.B. durch eine Versicherung auf den Todes- und Erlebensfall.

Da in der Berufsunfähigkeits-Versicherung kein Sparkapital für die Altersversorgung gebildet wird, kann bei einer Kündigung dieses Vertrages keine Rückvergütung geleistet werden.

2. Die Beiträge für die Berufsunfähigkeits-Versicherung sind vorsichtig berechnet worden. Normalerweise werden daher Überschüsse entstehen, die im Rahmen der Überschussbeteiligung an die Versicherungsnehmer zurückfließen.

3. Für den Fall, dass die vereinbarte Versicherungsdauer kürzer als die Leistungsdauer ist, gilt folgendes:

Ansprüche, die durch Eintritt der Berufsunfähigkeit vor Ablauf der Versicherungsdauer entstanden sind, können auch nach Ablauf der Versicherungsdauer noch geltend gemacht werden.

Anlage 1 zu den Versicherungsbedingungen zur Definition der versicherten schweren Krankheiten und Ereignisse Ihres Vertrages

Stand (12/2012)

Allgemeiner Hinweis

Diese Anlage 1 ist Bestandteil der Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung mit Zusatzleistungen.

Wir haben versucht, die leistungsfallauslösenden Definitionen für Sie verständlicher zu machen. Aus diesem Grund sind den Definitionen laienverständliche Erläuterungen angefügt. Diese laienverständliche Erläuterungen sind jedoch rechtlich nicht bindend. Der Anspruch auf Leistung hängt allein von der jeweiligen Definition, ggf. unter Berücksichtigung von Ausschlüssen ab.

Verzeichnis der versicherten schweren Krankheiten und Ereignisse:

1. Myokardinfarkt (Herzinfarkt)
2. Krebs
3. Schlaganfall
4. Chronisches Nierenversagen
5. Organ- oder Knochenmarkstransplantation
6. Lähmung von Gliedmaßen (Querschnittslähmung)
7. Koma
8. Hochgradige Sehbehinderung

1. Myokardinfarkt (Herzinfarkt)

Versichert ist die Diagnose eines Myokardinfarktes, der durch ein Absterben von Herzmuskelgewebe aufgrund einer unzureichenden Blutversorgung (Ischämie) der betroffenen Bereiche des Herzmuskels gekennzeichnet ist. Die Diagnose Myokardinfarkt basiert auf dem Anstieg der herzspezifischen Enzyme (Troponin oder CK-MB) über die vom jeweiligen Labor geltenden Grenzwerte, zusammen mit mindestens 2 der nachfolgend genannten Kriterien:

- Typische Symptome eines Myokardinfarktes (z.B. Schmerzen in der Brust)
- Veränderungen im Elektrokardiogramm (EKG), die einer frischen Ischämie entsprechen (z.B. neu aufgetretene ST-Streckenveränderungen oder neu aufgetretener Linksschenkelblock)
- Ausbildung von pathologischen Q-Zacken im Elektrokardiogramm (EKG)

Die Diagnose Myokardinfarkt muss durch einen Facharzt für Kardiologie bestätigt und durch entsprechende Befunde nachgewiesen werden.

Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind:

- Stabile oder instabile Angina Pectoris;
- Erhöhte Troponinwerte ohne offenkundige ischämische Herzerkrankung (gemäß der "Universal Definition of Myocardial Infarction" der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie von 2007);
- Myokardinfarkte bei normalen Herzkranzgefäßen oder bedingt durch Vasospasmen, Muskelbrücken oder in Zusammenhang mit Drogenkonsum;
- Myokardinfarkte innerhalb von 14 Tagen nach Durchführung einer Koronarangioplastie oder Bypass-Operation
- Entzündungen des Herzmuskels (Myokarditis).

Laienverständliche Erläuterung

Myokardinfarkt (Herzinfarkt)

Ein Herzinfarkt tritt auf, wenn ein Teil des Herzmuskels aufgrund einer Unterbrechung der Blutversorgung abstirbt. Häufigste Ursache eines Herzinfarktes ist ein Verschluss eines verkalkten Herzkranzgefäßes.

Ein Herzinfarkt liegt dann vor, wenn eine Reihe von verschiedenen diagnostischen Kriterien erfüllt sind. Im Blut müssen die sogenannten Herzenzyme erhöht sein. Herzenzyme sind Bestandteile der Herzmuskelzelle. Stirbt ein Teil des Herzmuskels bei einem Infarkt ab, so werden diese Enzyme in die Blutbahn freigesetzt und können dann im Rahmen einer Blutentnahme im Labor gemessen werden. Wird ein Anstieg der Herzenzyme über den oberen Normalwert registriert, so ist ein Herzinfarkt wahrscheinlich. Kommt es zu keinem Anstieg der Herzenzyme, so liegt auch kein Herzinfarkt vor. Als gesichert gilt die Diagnose Herzinfarkt erst dann, wenn neben dem Anstieg der Herzenzyme andere begleitende Faktoren vorliegen:

- typische Symptome (z.B. Brustschmerzen) oder
- typische Veränderungen im Elektrokardiogramm (EKG).

Versichert sind die Formen des Herzinfarktes, bei denen die Diagnose durch oben genannte Kriterien gesichert ist.

Schädigungen des Herzmuskels, die nicht auf eine Verengung oder einen Verschluss eines verkalkten Herzkranzgefäßes zurückzuführen sind, sind von der Versicherung ausgenommen. Ebenso sind Schädigungen des Herzmuskels, die bis zu 14 Tage nach medizinischen Behandlungen auftreten (Bypass-OP, Herzkatheteruntersuchung) nicht gedeckt.

2. Krebs – mit Ausnahme von Frühstadien

Versichert ist die Diagnose eines bösartigen Tumors (Krebs), der durch unkontrolliertes Wachstum maligner Zellen, Eindringen in umliegendes Gewebe sowie einer Tendenz zur Metastasierung gekennzeichnet ist. In die Deckung eingeschlossen sind Leukämien, bösartige Tumore des Lymphsystems (maligne Lymphome) und das myelodysplastische Syndrom.

Die Diagnose muss durch eine feingewebliche Untersuchung (Histologie) gesichert und von einem Facharzt bestätigt werden.

Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind nachfolgende frühe Krebsstadien oder Krebsvorstufen:

- Jeder Tumor, der histologisch als präinvasiv, nicht-invasiv oder als Carcinoma in situ (einschließlich des ductalen Carcinoma in situ der Brust) eingestuft wird;
- Prostatakrebs, der histologisch nicht einen Gleason-Score über 6 oder nicht ein klinisches TNM-Stadium von mindestens T2N0M0 aufweist;
- Chronisch lymphatische Leukämie im Stadium Binet A;
- Basalzellkarzinom (Basaliom) und Plattenepithelkarzinom der Haut sowie das maligne Melanom Stadium IA (T1aN0M0);
- Schilddrüsenkrebs mit einer Tumorgröße von weniger als 1 cm Durchmesser und histologisch klassifiziert als T1N0M0;
- Papilläres Mikrokarcinom der Blase histologisch klassifiziert als Ta;
- Monoklonale Gammopathie unklarer Signifikanz;
- Polyzythämia rubra vera und essentielle Thrombozythämie;
- MALT-Lymphom des Magens bei ausschließlicher Behandlung mittels Helicobacter-Eradikation;
- Lymphom der Haut (kutanes Lymphom), außer bei Behandlung mit Chemotherapie und/oder Bestrahlung;
- Mikroinvasive Karzinome der Brust (histologisch klassifiziert als T1mic), außer bei Behandlung mittels Mastektomie;
- Mikroinvasive Karzinome der Zervix Uteri (histologisch klassifiziert als Stadium IA1), außer bei Behandlung mittels Hysterektomie, Chemotherapie oder Bestrahlung.

Laienverständliche Erläuterung

Krebs – mit Ausnahme von Frühstadien

Krebs ist ein Sammelbegriff für eine Vielzahl von Krankheiten, bei denen Körperzellen unkontrolliert wachsen und gesundes Gewebe verdrängen und zerstören können. Krebs wird in der Regel durch eine Gewebeentnahme (Biopsie) mit anschließender Gewebeuntersuchung (Histologie) diagnostiziert. Zusammen mit anderen diagnostischen Untersuchungen kann ebenfalls festgestellt werden, in welchem Stadium sich eine Krebserkrankung befindet und ob sich bereits Tochtergeschwülste (Metastasen) in den Lymphknoten oder anderen Organen gebildet haben. Alle Tumore, die histologisch gesichert als bösartig (maligne) klassifiziert wurden, in das umliegende Gewebe einwachsen oder bereits metastasiert sind, sind im Rahmen der Versicherung gedeckt.

Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind gutartige (benigne) Tumore sowie sogenannte Krebsvorstufen (z.B. sogenannte Carci-

noma in situ). Krebsvorstufen sind Tumore, die nicht alle Kriterien einer Krebserkrankung aufweisen. Gutartige Tumore sowie Krebsvorstufen können in der Regel gut therapiert werden, haben exzellente Heilungschancen und sind deshalb vom Versicherungsschutz ausgenommen. Bei einzelnen Krebsarten (z.B. dem schwarzen Hautkrebs oder dem Prostatakrebs) sind ebenso Frühstadien von der Versicherung ausgenommen, da bei diesen Krebsarten die Frühstadien ebenso in der Regel gut therapiert werden können und exzellente Heilungschancen haben.

3. Schlaganfall – mit bleibenden neurologischen Ausfallerscheinungen

Versichert ist ein Schlaganfall, bei dem es zum Absterben von Hirngewebe durch eine intrakranielle Thrombose oder Blutung (einschließlich Subarachnoidalblutung) oder durch eine Embolie extrakraniellen Ursprungs kommt. Weiterhin muss der Schlaganfall gekennzeichnet sein durch:

- eine akut beginnende neurologische Symptomatik mit
- neuen, objektiv bestimmbar neurologischen Ausfallerscheinungen bei der klinischen Untersuchung und
- über einen Zeitraum von 3 Monaten anhaltende neurologische Ausfallerscheinungen.

Als neurologische Ausfallerscheinung gelten Hör-, Seh-, Sprech- oder Schluckstörungen, Lähmungen, Geh- oder Koordinationsstörungen, Sensibilitätsstörungen, Tremor oder Bewusstseinsstörungen und Krampfanfälle. Auch gravierende Beeinträchtigungen der intellektuellen Fähigkeiten (z. B. Merkfähigkeits-, Konzentrationsstörungen, Persönlichkeitsveränderungen) fallen unter diesen Begriff.

Nicht unter den Begriff der neurologischen Ausfallerscheinungen fallen:

- Auffälligkeiten in der bildgebenden Diagnostik (z. B. Computertomographie des Gehirns), die keine eindeutige Verbindung zu einer klinischen Symptomatik aufweisen.
- Symptome, die auf psychische/psychiatrische Ursachen oder auf eine nicht im Rahmen der Versicherung gedeckte neurologische Erkrankung zurückzuführen sind.

Die Diagnose sowie die anhaltenden neurologischen Ausfallerscheinungen müssen durch einen Facharzt für Neurologie bestätigt und durch entsprechende Befunde in der Bildgebung sowie klinischen Untersuchung nachgewiesen werden.

Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind:

- Transitorische Ischämische Attacken (TIA) und Prolongierte Reversible Ischämische Neurologische Defizite (PRIND);
- unfallbedingte Verletzungen des Gewebes oder der Blutgefäße im Gehirn;
- neurologische Defizite aufgrund von Hypoxie, Infektionen, Entzündungen, Migräne oder medizinische Eingriffen;
- Zufallsbefunde in der Bildgebung (z.B. CT oder MRT) ohne eindeutig damit in Zusammenhang stehende klinische Symptome (stumme Hirninfarkt);
- Gefäßkrankungen mit Beeinträchtigung von Auge, Sehnerv oder Gleichgewichtsorgan.

Laienverständliche Erläuterung

Schlaganfall – mit bleibenden neurologischen Ausfallerscheinungen

Bei einem Schlaganfall kommt es durch eine Störung in der Blutversorgung des Gehirns zu einem Absterben von Hirngewebe. Die Ursache kann ein Gefäßverschluss sein, so dass die Blutversorgung für einen bestimmten Teil des Gehirns unterbrochen wird. Eine weitere Ursache kann auch eine Gehirnblutung sein, durch die Hirngewebe zerstört wird. Das Gehirn ist für die Kontrolle der meisten Körperfunktionen zuständig. Stirbt ein Teil des Gehirns ab, so können bestimmte Körperfunktionen nicht mehr kontrolliert werden. Diese „neurologischen Ausfallerscheinungen“ können sich als Lähmungen, Koordinationsstörungen, Seh- oder Sprachstörungen und vieles mehr äußern.

Versichert sind die Formen des Schlaganfalls, die zu neurologischen Ausfallerscheinungen führen und diese länger als 3 Monate bestehen.

Schlaganfälle, die zu vorübergehenden oder geringeren neurologischen Ausfallerscheinungen führen, oder nicht durch einen Gefäßverschluss oder eine Blutung verursacht werden, sind von der Versicherung ausgenommen. Gefäßverschlüsse oder Blutungen infolge einer Verletzung des Kopfes sind nicht gedeckt.

4. Chronisches Nierenversagen – mit regelmäßiger Blutwäsche

Chronisches und irreversibles Versagen beider Nieren, aufgrund dessen eine regelmäßige Blutwäsche (Hämodialyse oder Peritonealdialyse) durchgeführt werden muss.

Die Notwendigkeit der Dialysebehandlung muss durch einen Facharzt für Nephrologie sowie anhand geeigneter fachärztlicher Befunde nachgewiesen werden. Das versicherte Ereignis tritt mit Beginn der Dialysebehandlung ein.

Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind:

- Akutes, reversibles Nierenversagen mit vorübergehender Dialysepflichtigkeit

Laienverständliche Erläuterung

Chronisches Nierenversagen – mit regelmäßiger Blutwäsche

Die Hauptfunktion der Nieren besteht darin, Giftstoffe aus dem Blut zu filtern und diese über den Urin auszuscheiden. Eine Vielzahl von verschiedenen Erkrankungen kann jedoch dazu führen, dass die Nieren diese Filterfunktion dauerhaft nicht mehr ausüben können. In diesem Fall spricht man von einem chronischen Nierenversagen. Bei einem völligen Funktionsverlust der Niere bedarf es einer regelmäßigen Blutwäsche (Dialyse), um die Giftstoffe aus dem Blut zu entfernen. Versichert sind die Formen des chronischen Nierenversagens, die eine regelmäßige Dialysebehandlung erforderlich machen.

Das akute Nierenversagen, welches vollständig ausheilen kann, ist vom Versicherungsschutz ausgenommen (dies gilt auch, wenn eine vorübergehende Dialysepflichtigkeit besteht).

5. Organ- oder Knochenmarkstransplantation

Versichert ist die erfolgte allogene oder isogene Transplantation von Herz, Niere, Leber (einschließlich Leberteiltransplantation), Lunge (einschließlich Lungenteiltransplantation), Knochenmark (allogene Stammzelltransplantation mit vorheriger Knochenmarksablation), Dünndarm oder Bauchspeicheldrüse, von einem Spender auf die versicherte Person. Die Transplantation von Gesicht (partiell und komplett), Hand, Arm oder Bein (sogenannte composite tissue allograft transplants) sind ebenfalls gedeckt.

Die Durchführung und Notwendigkeit der Transplantation muss durch einen Facharzt bestätigt und durch entsprechende Befunde nachgewiesen werden.

Das versicherte Ereignis tritt mit erfolgter Operation ein bzw. tritt vor einer Operation ein, wenn die versicherte Person die Aufnahme in eine offizielle Warteliste für Transplantationen innerhalb Europas durch ein Transplantationszentrum nachweisen kann und alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Die versicherte Person befindet sich seit mindestens einem Jahr auf der Warteliste für Transplantationen und das Transplantationszentrum bestätigt nach diesem Zeitraum, dass die Voraussetzungen für einen Verbleib der versicherten Person auf der Warteliste gegeben sind oder die versicherte Person musste die Warteliste wegen Verschlechterung des Gesundheitszustands verlassen;
- es liegt eine Bestätigung durch einen Facharzt vor, dass die Transplantation die bestmögliche Behandlungsweise für die versicherte Person ist und dass die Erkrankung der versicherten Person lebensbedrohlich ist.

Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind:

- Transplantation von anderen Organen, Körperteilen oder Geweben (einschließlich der Kornea)
- Transplantation von Inselzellen des Pankreas
- Transplantation von Stammzellen mit Ausnahme der Knochenmarkstransplantation

Laienverständliche Erläuterung

Organ- oder Knochenmarkstransplantation

Viele Erkrankungen können zu einem vollständigen Versagen von Organen führen. In diesen Fällen hilft oft nur eine Organverpflanzung (Transplantation). Unter einer allogenen oder isogenen Transplantation versteht man die Verpflanzung eines gesunden Organs von einer anderen Person (der sogenannte Spender).

Versichert ist die erfolgte Transplantation von einem der folgenden Organe:

- Herz
- Niere
- Leber
- Lunge
- Dünndarm
- Bauchspeicheldrüse

Ebenfalls versichert sind sogenannte Teiltransplantationen. Hierunter versteht man zum Beispiel die Transplantation von nur einem Lungenflügel oder nur einem Teil der Leber.

Unter den Versicherungsschutz fällt auch die sogenannte allogene Knochenmarkstransplantation. Hierbei wird nicht ein Organ, sondern es werden sogenannte Stammzellen des Knochenmarks transplantiert.

Ebenfalls versichert sind neuartige Transplantationsformen, die sich „composite tissue allograft transplants“ nennen. Bei diesen Transplantationen werden nicht Organe, sondern Körperteile eines Spenders transplantiert. Versichert sind Transplantationen von Gesicht, Arm, Bein oder Hand.

Die Transplantation von anderen Organen, Geweben oder Zellen, die nicht oben genannt sind, ist nicht versichert (z.B. die Hornhauttransplantation des Auges). Ebenso nicht gedeckt sind sogenannte autologe Transplantationen, d.h. Verpflanzungen von körpereigenem Gewebe von einer Stelle an eine Andere (zum Beispiel Haut- oder Haartransplantation).

6. Lähmung von Gliedmaßen (Querschnittslähmung) – irreversibel

Versichert ist der komplette und irreversible Verlust der Muskelfunktion von zwei oder mehr Gliedmaßen als Folge einer Erkrankung oder einer traumatischen Verletzung des Rückenmarks oder des Gehirns. Gliedmaße ist definiert als vollständiger Arm (Oberarm, Unterarm und Hand) oder vollständiges Bein (Oberschenkel, Unterschenkel und Fuß).

Das Vorliegen einer kompletten Lähmung über einen Zeitraum von mindestens 3 Monaten muss durch einen Facharzt für Neurologie bestätigt und durch entsprechende klinische Befunde nachgewiesen werden.

Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind:

- Lähmungen aufgrund von absichtlichen Selbstverletzungen oder psychischen Erkrankungen
- Guillain-Barré-Syndrom
- Periodische und hereditäre Paralyse

Laienverständliche Erläuterung

Lähmung von Gliedmaßen (Querschnittslähmung) – irreversibel

Das Gehirn und das Rückenmark ist für die Kontrolle der Muskelbewegungen des Körpers verantwortlich. Dies geschieht über elektrische Impulse, die über die Nerven zu den Muskeln geleitet werden. Kommt es durch eine Erkrankung (z.B. einen Tumor) oder einen Unfall zu einer Verletzung des Gehirns oder einer Verletzung (z.B. eine Durchtrennung) des Rückenmarks, können an bestimmte Muskelgruppen keine Impulse mehr gesendet werden. Die Folge davon ist, dass die Muskeln erschlaffen und es zu einer Lähmung kommt. Ein typisches Beispiel hierfür ist die Querschnittslähmung nach einer Wirbelsäulenverletzung in Folge eines Sturzes oder Verkehrsunfalls.

Versichert ist die vollständige Lähmung von mindesten zwei Gliedmaßen (zum Beispiel von beiden Beinen oder beiden Armen oder einem Arm und einem Bein). Die Lähmung muss die ganze Gliedmaße betreffen. So muss zum Beispiel beim Arm der Oberarm, Unterarm sowie die Hand gelähmt sein. Diese Lähmung muss für mindestens 3 Monate bestehen.

Lähmungen, die nicht dauerhaft sind, sich im Rahmen einer absichtlichen Selbstverletzung zugezogen werden oder im Rahmen von psychischen Erkrankungen auftreten, sind nicht gedeckt.

7. **Koma – mit nachfolgenden neurologischen Ausfallerscheinungen**

Bei einem Koma handelt es sich um einen Zustand der Bewusstlosigkeit ohne Reaktion auf äußere Reize oder körpereigene Bedürfnisse.

Versichert ist ein Koma, wenn:

- mit Hilfe der Glasgow Coma Scale (GSC) mindestens 96 Stunden lang ein Wert von maximal 8 Punkten ermittelt wurde;
- die Anwendung lebenserhaltender Maßnahmen erforderlich ist;
- es zu neurologische Ausfallerscheinungen kommt, die länger als 30 Tage nach Beginn des Komats anhalten.

Als neurologische Ausfallerscheinung gelten Hör-, Seh-, Sprech- oder Schluckstörungen, Lähmungen, Geh- oder Koordinationsstörungen, Sensibilitätsstörungen, Tremor oder Bewusstseinsstörungen und Krampfanfälle. Auch gravierende Beeinträchtigungen der intellektuellen Fähigkeiten (z. B. Merkfähigkeits-, Konzentrationsstörungen, Persönlichkeitsveränderungen) fallen unter diesen Begriff.

Das Vorliegen dieser Voraussetzungen muss von einem Facharzt für Neurologie bestätigt werden.

Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind:

- Jedes medizinisch herbeigeführte Koma (künstliches Koma)
- Jedes durch absichtliche Selbstverletzung, Alkohol- oder Drogenmissbrauch verursachte Koma

Laienverständliche Erläuterung

Koma - mit nachfolgenden neurologischen Ausfallerscheinungen

Koma beschreibt einen Zustand tiefer Bewusstlosigkeit. Ein Koma kann durch eine Schädigung oder Störung verschiedener Gehirnbereiche verursacht sein. Als Ursache kommen zum Beispiel Unfälle, Blutungen, schwere Infektionen, Vergiftungen oder Tumore in Frage.

Ein im Koma befindlicher Patient reagiert nicht auf äußere Reize (z.B. lautes Ansprechen, kneifen) und ist nicht in der Lage, Kontrolle über die eigenen Körperfunktionen auszuüben (z.B. Blasenentleerung). Es gibt verschiedene Komatiefen, abhängig von der Reaktionsfähigkeit auf äußere Reize. Die Komatiefe wird durch die sogenannte „Glasgow-Coma-Scale“ vom Arzt oder dem Pflegepersonal ermittelt. Bei einem tiefen Koma sind in der Regel lebenserhaltende Maßnahmen (z.B. eine maschinelle Beatmung) notwendig. Versichert sind die Formen des Komats, die eine gewisse Komatiefe aufweisen, lebenserhaltende Maßnahmen erforderlich machen sowie mehr als 30 Tage lang zu „neurologischen Ausfallerscheinungen“ (z. B. Lähmungen, Koordinationsstörungen, Seh- oder Sprachstörungen) führen.

Ein Koma, welches aufgrund einer anderen Erkrankung medizinisch herbeigeführt (künstliches Koma) oder welches durch absichtliche Selbstverletzung, Alkohol oder Drogenmissbrauch hervorgerufen wurde, ist vom Versicherungsschutz ausgenommen.

8. **Hochgradige Sehbehinderung – irreversibel**

Versichert ist eine hochgradige, dauerhafte Sehbehinderung beider Augen, die aufgrund einer Erkrankung oder einer traumatischen Verletzung verursacht wurde und nicht durch medikamentöse oder chirurgische Maßnahmen oder optische Hilfsmittel korrigiert werden kann. Eine hochgradige Sehbehinderung liegt vor, wenn:

- die Sehschärfe (Visus) des besseren Auges nach optimaler Korrektur mit medizinischen oder optischen Hilfsmitteln 3/60 (0,05) oder weniger beträgt, oder
- das Gesichtsfeld des besseren Auges nach optimaler Korrektur mit medizinischen oder optischen Hilfsmitteln 10° oder weniger beträgt.

Die Diagnose muss durch einen Facharzt für Augenheilkunde bestätigt werden.

Laienverständliche Erläuterung

Hochgradige Sehbehinderung – irreversibel

Verschiedene Erkrankungen oder auch Unfälle können dazu führen, dass die Sehkraft beider Augen dauerhaft beeinträchtigt ist. Gradmesser für das Ausmaß der Beeinträchtigung sind die Sehschärfe (der sogenannte Visus) oder das sogenannte Gesichtsfeld. Versichert ist die hochgradige Sehbehinderung. Diese ist definiert als ein Visus von 3/60 (0,05) oder weniger oder ein Gesichtsfeld von 10° oder weniger auf dem besseren Auge. Eine Sehschärfe von 3/60 (oder 0,05) heißt, dass ein Gegenstand, der von einem Normalsichtigen aus 20 Metern Entfernung erkannt wird, erst bei einer Entfernung von 1 Meter gesehen wird. Eine Einschränkung des Gesichtsfeldes auf weniger als 10° bedeutet, dass nur noch Gegenstände in der Mitte des Blickfeldes wahrgenommen werden können (Tunnel-, oder Röhrenblick). Die Messung des Visus oder des Gesichtsfeldes muss unter optimaler Korrektur der Sehschwäche stattfinden, das heißt zum Beispiel unter Benutzung einer Brille. Zudem muss die Sehschwäche dauerhaft sein, das heißt nicht durch medizinische Eingriffe (z.B. eine Operation) oder durch optimierte Sehhilfen noch verbesserbar sein.

Anlage 2 zu den Versicherungsbedingungen zum Abzug bei Beitragsfreistellung Ihres Vertrages

Stand (12/2012)

Bei Ihrem Vertrag handelt es sich um ein langfristig kalkuliertes Produkt, bei dem schon bei Vertragsschluss eine garantierte Rente für den Versicherungsfall fest zugesagt wird. Daneben übernehmen wir - je nach Vereinbarung - weitere Risiken. Wir dürfen diese Leistungsversprechen nur unter Berücksichtigung angemessener versicherungsmathematischer Annahmen abgeben.

Beiträge und Leistungen werden unter der Annahme berechnet, dass der Vertrag nicht vorzeitig beendet wird. Die durch eine Kündigung oder Beitragsfreistellung entstehenden Belastungen für den Bestand müssen daher von den kündigenden Versicherungsnehmern getragen werden. Würden diese Kosten dagegen allen Versicherungsnehmern in Rechnung gestellt, könnte der Versicherungsschutz nur ungleich teurer angeboten werden.

Wesentliches Kriterium ist schließlich der Gedanke der Risikogemeinschaft. Dies bedeutet, dass wir sowohl bei der Produktkalkulation als auch bei Gestaltung und Durchführung des Vertrages stets darauf achten, dass die Belange der Gesamtheit der Versicherungsnehmer gewahrt werden.

Um die durch eine Beitragsfreistellung entstehenden Belastungen für den Bestand auszugleichen, nehmen wir einen Abzug von den beitragsfreien Leistungen vor. Bei der Kalkulation des Abzugs haben wir 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 Vertrages partizipiert dieser an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Während der Laufzeit muss der Vertrag daher Solvenzmittel zur Verfügung stellen. Bei Vertragskündigung gehen diese Solvenzmittel dem verbleibenden Bestand verloren und müssen deshalb 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.

Abzug aufgrund der Überschussbeteiligung:

Die Aufwendungen für Versicherungsfälle nehmen mit steigendem Alter zu. Die Beiträge sind in jährlich gleich bleibender Höhe kalkuliert. Zur Abdeckung der steigenden Aufwendungen bilden wir aus Teilen Ihres Beitrags ein so genanntes Deckungskapital. Dieses wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik auf Basis der Beiträge ohne Berücksichtigung der Überschussbeteiligung ermittelt. Durch die Überschussbeteiligung haben wir Ihnen bereits Teile des Beitrags wieder gutgeschrieben. Dementsprechend kürzen wir das Deckungskapital durch einen Abzug.

Der Abzug beträgt 20 % von nachfolgend definierter Beitragssumme: je nachdem, welche Summe niedriger ist, wird entweder die Summe der bis zum Beitragsfreistellungstermin fällig gewordenen Beiträge oder die Summe der ab diesem Termin für die restliche Beitragszahlungsdauer noch geschuldeten Beiträge herangezogen. Noch nicht vollendete Jahre werden bei der Berechnung anteilig berücksichtigt.
