

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung (9T01)

Stand: 01.01.2014

Inhaltsverzeichnis

Welche Leistungen erbringen wir?	§ 1
Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?	§ 2
Wann beginnt der Versicherungsschutz?	§ 3
Wie lang ist eine Versicherungsperiode?	§ 4
Was gilt für die Beitragszahlung?	§ 5
Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?	§ 6
Was ist das Deckungskapital dieses Vertrags?	§ 7
Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?	§ 8
Wie ist die Versicherung an den Überschüssen beteiligt?	§ 9
Welche besonderen Umstände beeinflussen den Versicherungsschutz bei Berufsunfähigkeit?	§ 10
Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?	§ 11
Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?	§ 12
Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht bei Berufsunfähigkeit ab?	§ 13
Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?	§ 14
Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?	§ 15
Was bedeutet die Nachversicherungsgarantie?	§ 16
Welche Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?	§ 17
Inwieweit kann reduzierter Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung wiederhergestellt werden?	§ 18
Wo sind die vertraglichen Verpflichtungen zu erfüllen?	§ 19
Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?	§ 20
Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?	§ 21
Wer erhält die Leistungen?	§ 22
Welches Recht gilt für Ihren Vertrag?	§ 23
Wo ist der Gerichtsstand?	§ 24
Welche Rechnungsgrundlagen hat die Versicherung?	§ 25
Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten bilanziell berücksichtigt?	§ 26
Was gilt bei Einschluss der Dynamik?	§ 27

Wir bieten vorläufigen Versicherungsschutz für die Berufsunfähigkeitsabsicherung nach den „Besonderen Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz“.

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

Leistungen bei Berufsunfähigkeit

1. Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer berufsunfähig im Sinne des § 2 dieser Bedingungen, zahlen wir die Berufsunfähigkeitsrente. Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus. Während der Rentenzahlung sind keine Beiträge zu zahlen.

Garantierte Rentensteigerung im Leistungsbezug

2. Ist eine garantierte Steigerung der Berufsunfähigkeitsrente im Leistungsbezug vereinbart, erhöht sich nach Eintritt der Berufsunfähigkeit und nach Ablauf einer eventuell vereinbarten Karenzzeit die Berufsunfähigkeitsrente jährlich um einen fest vereinbarten Prozentsatz der Vorjahresrente. Die Erhöhungen erfolgen jeweils zum Versicherungsjahrestag. Liegt der Leistungsbeginn auf einem Versicherungsjahrestag, beginnen die Erhöhungen ein Jahr später.
3. Endet die Berufsunfähigkeit vor Ablauf der Versicherungsdauer, können Sie die während des Leistungsbezugs erfolgten Erhöhungen beitragspflichtig für den Fall einer erneuten Berufsunfähigkeit mitversichern. Machen Sie von diesem Recht keinen Gebrauch, zahlen wir bei einer erneuten Berufsunfähigkeit die Berufsunfähigkeitsrente ohne bisherige Erhöhungen. Es sei denn, die Berufsunfähigkeit tritt aufgrund derselben Ursachen ein. Machen Sie von Ihrem Recht Gebrauch, berechnet sich der Beitrag für die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit dem zum Erhöhungszeitpunkt gültigen Tarif für die Dynamik nach § 7 Ziffer 3 b) und 4.

Beginn des Leistungsanspruchs

4. Der Anspruch auf Leistungen entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist.
Sie sind nicht verpflichtet, den Eintritt der Berufsunfähigkeit unverzüglich anzuzeigen. Das bedeutet, für Sie besteht keine Anmeldefrist. Werden Ansprüche jedoch so spät angemeldet, dass der Eintritt der Berufsunfähigkeit für die Vergangenheit nicht mehr nachweisbar ist (z. B. weil Unterlagen nicht mehr beigebracht werden können), kann der Anspruch auf Leistungen bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen frühestens mit Beginn des Monats entstehen, für den entsprechende Nachweise vorgelegt werden.
5. Ist eine Karenzzeit vereinbart, entsteht der Anspruch auf die Leistungen erst mit Ablauf der Karenzzeit, sofern die Berufsunfähigkeit während der Karenzzeit ununterbrochen bestanden hat und bei Ablauf der Karenzzeit noch andauert. Karenzzeit ist der Zeitraum vom Ablauf des Monats an, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist, bis zum Beginn der Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung.
Während der Karenzzeit besteht für Sie weiterhin die Pflicht zur Beitragszahlung.
Endet die Berufsunfähigkeit und tritt erneut Berufsunfähigkeit ein, werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten angerechnet.

Ende des Leistungsanspruchs bei Berufsunfähigkeit

6. Der Anspruch auf Leistungen erlischt,
 - wenn eine Berufsunfähigkeit nicht mehr vorliegt,
 - oder wenn die versicherte Person stirbt,
 - oder bei Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer gerechnet ab Versicherungsbeginn.

Leistungsanspruch nach Ablauf der Versicherungsdauer

7. Ist die Leistungsdauer länger als die Versicherungsdauer und wird die Leistung eingestellt, lebt der Leistungsanspruch innerhalb der Leistungsdauer wieder auf, auch wenn die Versicherungsdauer schon beendet ist. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person erneut wegen der ursprünglichen Ursache berufsunfähig wird. Die Bestimmungen des § 12 gelten entsprechend.

Beitragszahlung bis zur Leistungsentscheidung

8. Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen die Beiträge in voller Höhe weiter gezahlt werden. Die über den Leistungsbeginn hinaus gezahlten Beiträge zahlen wir bei Anerkennung der Leistungspflicht zurück und verzinsen sie für die Dauer der Leistungsprüfung mit dem Rechnungszins der Beitragskalkulation. Auf Wunsch stunden wir zu zahlende Beiträge bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht. Stundungszinsen erheben wir in diesen Fällen nicht.
Besteht kein Anspruch auf Leistungen, sind die gestundeten Beiträge in einem Betrag nachzuzahlen. Sie haben auch die Möglichkeit, die Rückzahlung der gestundeten Beiträge auf 12 Monate zu verteilen oder durch Reduktion der versicherten Leistung auszugleichen. Auf Wunsch informieren wir Sie über ggf. weitere Möglichkeiten des Beitragsausgleichs.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

1. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen mindestens zu 50 % außerstande ist, ihrem zuletzt ausgeübten Beruf nachzugehen, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war.
Hierbei gilt:
 - Die Tätigkeiten von Schülerinnen /Schülern und Hausfrauen / Hausmännern sehen wir als Beruf an.
 - Bei Auszubildenden in einem von der Bundesagentur für Arbeit anerkannten Ausbildungsberuf stellen wir bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit auf den mit der Ausbildung angestrebten Beruf ab.
 - Bei Studierenden, die an einer deutschen Universität oder Fachhochschule immatrikuliert sind, legen wir bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit die Studierfähigkeit in dem gewählten Studienfach als Beruf zugrunde. Liegt bereits während des Studiums ein unterschriebener Arbeitsvertrag vor, der den Abschluss des Studiums voraussetzt, werden wir bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit die in dem Arbeitsvertrag genannte Tätigkeit zugrunde legen.
2. Berufsunfähigkeit liegt auch vor, wenn die versicherte Person das 50. Lebensjahr vollendet hat, die Versicherung mindestens 10 Jahre besteht und die versicherte Person den unbefristeten (Original-) Rentenbescheid eines Sozialversicherungsträgers vorlegt, aus dem sich eine volle Erwerbsminderung der versicherten Person allein aus medizinischen Gründen ergibt. Der Nachweis der Schwerbehinderung (z.B. Anerkenntnis durch ein Versorgungsamt) genügt dafür nicht.
3. Berufsunfähigkeit liegt bei einem Beamten auf Lebenszeit auch vor, wenn dieser aus gesundheitlichen Gründen in den Ruhestand versetzt wird. Die Versetzungsverfügung und das dieser Verfügung zugrunde liegende ärztliche Gutachten sind vorzulegen.
4. Berufsunfähigkeit liegt auch vor, wenn der versicherten Person nach Bundesinfektionsschutzgesetz die Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit vollständig untersagt wird und das vollständige Tätigkeitsverbot mindestens 6 Monate ununterbrochen besteht. Zum Nachweis des Vorliegens eines Tätigkeitsverbots ist uns die Verfügung der zuständigen Behörde vorzulegen. Bei Human- und Zahnmedizinern gilt auch ein mindestens 6 Monate durchgehendes Verbot aufgrund des Bundesinfektionsschutzgesetzes, Patienten zu behandeln, als Berufsunfähigkeit.
5. Berufsunfähigkeit nach Ziffern 1 bis 4 liegt nicht vor, wenn die versicherte Person eine andere, ihrer Ausbildung, Fähigkeiten und bisherigen Lebensstellung entsprechende berufliche Tätigkeit tatsächlich konkret ausübt.
Die versicherte Person kann im Leistungsfall zu Lasten ihrer Gesundheit arbeiten. Dies hat keinen Einfluss auf den Leistungsanspruch.
Die Lebensstellung ergibt sich aus dem beruflichen Einkommen und der sozialen Wertschätzung des Berufs, wobei eine andere Tätigkeit nicht der bisherigen Lebensstellung entspricht, wenn sowohl das Einkommen als auch die Wertschätzung der anderen Tätigkeit spürbar unter das Niveau des bislang ausgeübten Berufs absinken. Die zumutbare Minderung des Einkommens und der Wertschätzung richtet sich dabei nach den individuellen Gegebenheiten und der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Eine Einkommenseinbuße bezogen auf das jährliche Bruttoeinkommen von 20 % oder mehr gilt jedoch in jedem Fall als unzumutbar.
6. Ist die versicherte Person 6 Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, mindestens zu 50 % außerstande gewesen, ihren Beruf auszuüben, gilt dieser Zustand von Beginn an als Berufsunfähigkeit. Es sei denn, sie hat eine andere, ihrer Ausbildung, Fähigkeiten und bisherigen Lebensstellung entsprechende berufliche Tätigkeit tatsächlich konkret ausgeübt.
7. Scheidet die versicherte Person vorübergehend oder endgültig aus dem Berufsleben aus und werden später Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt, kommt es bei der Anwendung der Ziffern 1 bis 6 darauf an, dass die versicherte Person keine Tätigkeit tatsächlich konkret ausübt, die aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten ausgeübt werden kann und ihrer bisherigen Lebensstellung zum Zeitpunkt des Ausscheidens entspricht. Für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit bleibt die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit maßgebend, so wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war.
8. Wir verzichten auf das Recht der abstrakten Verweisung.

Umorganisation bei Selbständigen und beherrschenden Gesellschafter-Geschäftsführern

9. Bei Selbständigen und beherrschenden Gesellschafter-Geschäftsführern liegt Berufsunfähigkeit nicht vor, wenn die versicherte Person aufgrund ihres Einflusses auf die betriebliche Situation durch zumutbare Umorganisation des Betriebs weiter beruflich tätig ist oder sein könnte. Ein Gesellschafter-Geschäftsführer gilt als beherrschend, wenn er bei Eintritt der Berufsunfähigkeit mindestens 50 % der Stimmrechte der Gesellschaft hält. Zumutbar ist eine Umorganisation, wenn
- sie wirtschaftlich und betrieblich zweckmäßig ist,
 - die verbleibende Tätigkeit aufgrund der Gesundheitsverhältnisse und ohne Inkaufnahme einer weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausübbar ist,
 - die verbleibende Tätigkeit der Ausbildung und den Fähigkeiten der versicherten Person entspricht,
 - die bisherige Lebensstellung der versicherten Person als Selbständiger oder beherrschender Gesellschafter-Geschäftsführer gewahrt bleibt, das heißt diese nach dem Einkommen und der gesellschaftlichen Wertschätzung nicht spürbar unter das Niveau der bislang ausgeübten Tätigkeit absinkt. Die im Einzelfall zumutbare Einkommenseinbuße bestimmt sich dabei grundsätzlich nach den Maßstäben der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Eine Einkommenseinbuße bezogen auf das durchschnittliche jährliche Einkommen aus beruflicher Tätigkeit vor Abzug von Personensteuern der letzten 3 Jahre von 20 % oder mehr gilt jedoch in jedem Fall als unzumutbar.

Ist eine Umorganisation nach den dargestellten Kriterien nicht zumutbar und läge daher Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor, haben Sie einen Anspruch auf einen Zuschuss zu eventuellen Anschaffungs- oder Fortbildungskosten in Höhe einer vereinbarten Jahresrente, wenn durch die Anschaffung oder Fortbildung eine zumutbare Umorganisation erreicht und eine Berufsunfähigkeit damit abgewendet werden kann. Die Inanspruchnahme dieser einmaligen Leistung ist freiwillig und wir können daher die Inanspruchnahme der Leistung von Ihnen nicht verlangen. Bleiben Sie nach Inanspruchnahme der einmaligen Leistung dennoch berufsunfähig, entsteht der Anspruch auf Zahlung der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente frühestens ein Jahr nach dem Zeitpunkt, zu dem die Berufsunfähigkeit ohne die Auszahlung des Zuschusses eingetreten wäre.

Auf eine Prüfung der Umorganisation bei Betrieben mit weniger als 5 Mitarbeitern verzichten wir.

Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit

10. Ist die versicherte Person 6 Monate ununterbrochen im Sinne von Ziffer 11 pflegebedürftig gewesen, gilt dieser Zustand von Beginn an als Berufsunfähigkeit.
11. Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls so hilflos ist, dass sie voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen bei einem der folgenden Punkte täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim ...

Fortbewegen im Zimmer

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

Aufstehen und Zubettgehen

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

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken

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

Verrichten der Notdurft

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

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

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

12. Es gilt ebenfalls als Berufsunfähigkeit,
- wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf.
 - 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. 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 3 Monaten noch anhält.

Arbeitsunfähigkeit

14. Wir leisten auch – gegebenenfalls nach Ablauf einer vereinbarten Karenzzeit, siehe § 1 Ziffer 5 – rückwirkend von Beginn einer Arbeitsunfähigkeit an, wenn die Arbeitsunfähigkeit tatsächlich mindestens 6 Monate andauert. Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person auf Grund von Krankheit, die ärztlich nachzuweisen ist, Ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit nicht mehr ausführen kann.
- Vorübergehende Arbeitsversuche zur Erprobung der möglicherweise wieder erlangten Arbeitsfähigkeit stellen keine Unterbrechung der Arbeitsunfähigkeit dar, sofern diese einen Arbeitsversuch im Sinne des § 74 SGB V (Stufenweise Wiedereingliederung mit Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit) darstellen.
- Ein Anspruch auf die vereinbarten Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit besteht auch dann, wenn eine Berufsunfähigkeit endgültig nicht festgestellt werden kann. Die vereinbarte Leistung wird dann solange erbracht, wie die Arbeitsunfähigkeit vorliegt (vergleiche § 14 Ziffer 7). Erkennen wir unsere Leistungspflicht aufgrund vorliegender Berufsunfähigkeit an, so endet die vorübergehende Arbeitsunfähigkeit und die vereinbarten Leistungen werden aufgrund der bestehenden Berufsunfähigkeit fortgesetzt.

§ 3 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie den ersten Beitrag (Einlösungsbeitrag) gezahlt haben, frühestens zu dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt.

§ 4 Wie lang ist eine Versicherungsperiode?

1. Während der Beitragszahlungspflicht beträgt die Versicherungsperiode entsprechend der vereinbarten Beitragszahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr.
2. Andernfalls beträgt die Versicherungsperiode ein Jahr.
3. Der Versicherungsjahrestag stimmt mit dem Jahrestag des Versicherungsbeginns überein, es sei denn, es ist ein anderer vereinbart. Der Zeitraum von einem Versicherungsjahrestag bis zum nächsten Versicherungsjahrestag wird als Versicherungsjahr bezeichnet.
4. Die erste Versicherungsperiode nach Ziffer 1 ist verkürzt, wenn der Zeitraum zwischen dem Versicherungsbeginn und dem zweiten Beitragsfälligkeitstermin weniger als die vereinbarte Beitragszahlungsweise beträgt.
Entsprechendes gilt für die letzte Versicherungsperiode der Versicherungsdauer.

§ 5 Was gilt für die Beitragszahlung?

Einlösungsbeitrag, Fälligkeit, Verzug

1. Der Einlösungsbeitrag wird sofort nach Zugang des Versicherungsscheins fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt.
2. Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir - solange die Zahlung nicht bewirkt ist - vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.
3. Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.
Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten der zur Gesundheitsprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchungen verlangen.

Folgebeiträge, Fälligkeit, Verzug

4. Weitere Beiträge (Folgebeiträge) sind zu Beginn jeder Versicherungsperiode bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer an uns zu zahlen.
5. Wenn Sie einen Folgebeitrag oder einen sonstigen Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig zahlen und dies zu vertreten haben, erhalten Sie von uns eine Mahnung in Textform mit einer Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen.
6. Ist der Gesamtbetrag der Mahnung durch einen Umstand, den Sie zu vertreten haben, innerhalb der Frist nicht gezahlt, wirkt sich dies wie folgt aus:
Am Ende des Monats, in dem der Versicherungsfall eingetreten ist, sind wir nur zu der Leistung verpflichtet, die sich bei einer möglichen Beitragsfreistellung ergibt. Kann die Versicherung nicht beitragsfrei gestellt werden, zahlen wir den Betrag nach § 8 Ziffer 3 aus.
Ist die in der Mahnung gesetzte Frist durch einen Umstand, den Sie zu vertreten haben, erfolglos abgelaufen, kündigen wir die Versicherung fristlos. Das bedeutet: Die Versicherung wird mit sofortiger Wirkung beitragsfrei gestellt, wenn am Ende des Monats, in dem die Kündigung erfolgt, eine Beitragsfreistellung möglich ist. Kann die Versicherung nicht beitragsfrei gestellt werden, zahlen wir den Betrag nach § 8 Ziffer 3 aus und die Versicherung erlischt.
7. Zahlen Sie innerhalb eines Monats nach Erhalt der Kündigung den angemahnten Betrag sowie einen eventuell ausgezahlten Betrag nach § 8 Ziffer 3, besteht wieder uneingeschränkter Versicherungsschutz.
8. Bei Fälligkeit der Leistung verrechnen wir etwaige Beitragsrückstände.

Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung

9. Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Ist ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnten wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, dürfen wir künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens verlangen.

Startphase und Beitragsstufe

10. Bei einer Versicherung mit Beitragsstufe ist nach Ablauf der Startphase die Erhöhung des Startbeitrags vereinbart, ohne dass sich dabei die garantierte Leistung erhöht. Die jeweiligen Beitragshöhen finden Sie im Produktinformationsblatt und im Versicherungsschein. Die Startphase ist der Zeitraum zwischen Versicherungsbeginn und dem Termin der vereinbarten Beitragserhöhung.
11. Sie haben das Recht, nach einem Versicherungsjahr die Startphase zu verkürzen. Dies ist jeweils zum nächsten Versicherungsjahrestag möglich. Möchten Sie die Startphase verkürzen, wenden Sie sich an uns. Wir teilen Ihnen dann die neuen Beiträge mit.

Anteilige Beitragszahlung

12. Während der Beitragszahlungsdauer wird der Beitrag für eine verkürzte Versicherungsperiode zeitanteilig fällig.

§ 6 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

1. Kosten, die wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen, ergeben sich aus dem Produktinformationsblatt.
2. Kosten für Rücklastschriften und Mahnkosten dürfen wir abhängig von der Kostensituation verändern.
3. Wenn Sie uns nachweisen, dass die den gesondert in Rechnung gestellten Kosten zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall wesentlich niedriger zu beziffern sind oder nicht zutreffen, werden wir die Kosten entsprechend vermindern oder auf sie verzichten.

§ 7 Was ist das Deckungskapital dieses Vertrags?

1. Das Deckungskapital des Vertrags ist Bezugsgröße für die Berechnung
 - der beitragsfreien Leistungen bei einer Beitragsfreistellung und
 - der Überschussbeteiligung.
2. Durch den Abschluss und die Verwaltung von Versicherungsverträgen entstehen Kosten. Diese Kosten berücksichtigen wir bei der Tarifikalkulation und stellen sie nicht gesondert in Rechnung. Bei der Berechnung des Deckungskapitals der Versicherung werden die bei der Kalkulation angesetzten Kosten einbezogen.

3. Das Deckungskapital setzt sich aus verschiedenen Deckungskapitalien zusammen, die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik bestimmt werden:
- Deckungskapital für die bei Vertragsbeginn garantierten Leistungen**
Dies wird mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechnet. Dabei berücksichtigen wir die Abschluss- und Vertriebskosten einmalig bei Beginn. Bei einer Versicherung mit Beitragsstufe erfolgt die Berücksichtigung jeweils bei Beginn des Vertrags und bei Beginn des ersten Versicherungsjahres nach Ablauf der Startphase.
 - Deckungskapitalien für garantierte Leistungen aufgrund von dynamischen Erhöhungen**
Diese werden mit den Rechnungsgrundlagen des jeweils zum Zeitpunkt der Erhöhung gültigen Tarifs für die Dynamik berechnet. Dabei berücksichtigen wir jeweils die Abschluss- und Vertriebskosten einmalig zum Erhöhungstermin.
 - Deckungskapitalien für garantierte Leistungen aufgrund von Erhöhungen aus der Nachversicherungsgarantie**
Diese werden mit den Rechnungsgrundlagen des jeweils zum Zeitpunkt der Erhöhung gültigen Tarifs für Erhöhungen berechnet. Dabei berücksichtigen wir jeweils die Abschluss- und Vertriebskosten einmalig zum Erhöhungstermin. Bei Ausübung der Nachversicherungsgarantie innerhalb der Startphase gilt die Regelung zu den Abschluss- und Vertriebskosten entsprechend wie in Ziffer a).
 - Deckungskapitalien für die Leistungen aus der Überschussbeteiligung**
Diese werden mit den Rechnungsgrundlagen des zum Zeitpunkt der Zuteilung der Überschussbeteiligung jeweils gültigen Tarifs für die Dynamik berechnet. Dabei werden keine Abschluss- und Vertriebskosten erhoben.
4. Die Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation sind die Rechnungsgrundlagen für die garantierten Leistungen bei Vertragsbeginn.
Bei Vertragsbeginn stimmen die Rechnungsgrundlagen der Tarife nach Ziffer 3 b) bis d) mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation überein. Ändern sich diese Rechnungsgrundlagen, teilen wir dies mit.

§ 8 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?

Fristen

1. Sie können während der Beitragszahlungspflicht
- jederzeit zum Ende einer Versicherungsperiode oder
 - mit einer Frist von einem Monat zum nächsten Monatsersten
- Ihre Versicherung schriftlich kündigen oder schriftlich verlangen, von Ihrer Beitragszahlungspflicht befreit zu werden.
Beitragsfrei gestellte Versicherungen und Versicherungen im Leistungsbezug können nicht gekündigt werden.
Sofern eine Karenzzeit vereinbart wurde, kann eine Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung nur vor dem Beginn der Karenzzeit erfolgen.

Kündigung

2. Nach Kündigung wird die Versicherung beitragsfrei gestellt. Ein Rückkaufswert wird nicht gezahlt.

Beitragsfreistellung

3. Die beitragsfreien Leistungen berechnen wir nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik unter Zugrundelegung eines Betrags nach § 169 Absatz 3 - 5 VVG. Dieser Betrag ist das zum Zeitpunkt der Vertragsanpassung berechnete Deckungskapital Ihrer Versicherung, mindestens jedoch der Betrag des Deckungskapitals, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Versicherungsjahre ergibt. Ist die Beitragszahlungsdauer geringer als fünf Jahre, erfolgt die gleichmäßige Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die Beitragszahlungsdauer. Bei einer Versicherung mit Beitragsstufe werden die Abschluss- und Vertriebskosten jeweils auf die ersten fünf Jahre nach ihrer vereinbarten Fälligkeit verteilt.
Ob und in welcher Höhe bei der Berechnung der beitragsfreien Leistungen ein Abzug einbehalten wird, ist sowohl in den Informationen nach § 2 VVG-InfoV als auch im Versicherungsschein dargestellt. Dort ist der Abzug in EUR angegeben.
4. Ergibt sich keine beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente zahlen wir, falls vorhanden, den Betrag nach Ziffer 3 aus und der Vertrag erlischt.
Ob und in welcher Höhe sich eine beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente bzw. ein Auszahlungsbetrag ergibt, finden Sie in den Informationen nach § 2 VVG-InfoV und im Versicherungsschein.

Auswirkung von Kündigung und Beitragsfreistellung auf die Versichertengemeinschaft

5. Durch Kündigung oder Beitragsfreistellung eines Vertrags entstehen der Versichertengemeinschaft zu berücksichtigende Nachteile, da
- sich die Risiko- und Ertragslage verändert. Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass die Versichertengemeinschaft sich gleichmäßig aus Versicherungsnehmern mit einem hohen und einem geringeren Risiko zusammensetzt. Da Personen mit einem geringen Risiko die Versichertengemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko, wird in Form eines Ausgleichs sichergestellt, dass der Versichertengemeinschaft durch die vorzeitige Vertragskündigung kein Schaden entsteht.
 - kollektiv gestelltes Risikokapital ausgeglichen werden muss:
Wir bieten Ihnen neben dem vereinbarten Versicherungsschutz garantierte Leistungen und Optionen. Dies ist möglich, weil ein Teil des dafür erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) durch den Versichertenbestand zur Verfügung gestellt wird. Bei Neuabschluss eines Vertrags partizipiert dieser an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Während der Laufzeit muss der Vertrag daher Solvenzmittel zur Verfügung stellen. Bei 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.
 - sich die Kapitalerträge vermindern:
Eine Kündigung Ihres Vertrags ist mit der vorzeitigen Auflösung von Kapitalanlagen oder mit dem Vorhalten von liquidem Kapital verbunden. Unabhängig von Wertschwankungen verursacht dies Aufwände und reduziert die Kapitalerträge.

Abzug

6. Diese der Versichertengemeinschaft entstehenden Nachteile werden durch den vereinbarten Abzug nach Ziffer 3 ausgeglichen. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Für die generelle Angemessenheit der dargelegten Gründe und der Höhe des Abzugs tragen wir die Darlegungs- und Beweislast.
Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem konkreten Fall entweder der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern sind oder dem Grunde nach nicht zutreffen, werden wir den Abzug entsprechend vermindern oder er entfällt.

Beitragsrückzahlung

7. Beiträge werden nicht zurückgezahlt.

§ 9 Wie ist die Versicherung an den Überschüssen beteiligt?

1. Sie sind an den Überschüssen beteiligt, die jährlich bei unserem Jahresabschluss festgestellt werden.

Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

2. Die Überschüsse stammen im Wesentlichen aus Erträgen der Kapitalanlagen. Von den Nettoerträgen der Kapitalanlagen, die für künftige Leistungen vorgesehen sind (§ 3 der Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung), erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in dieser Verordnung genannten Prozentsatz. In der derzeitigen Fassung der Verordnung sind 90 % vorgeschrieben. Aus diesem Betrag werden zunächst die Zinsen gedeckt, die zur Finanzierung der garantierten Leistungen benötigt werden. Den Rest verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer.
Weitere Überschüsse entstehen beispielsweise dann, wenn der Leistungsverlauf günstiger und die Kosten niedriger sind als bei der Tarifikalkulation angenommen. Auch an diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer nach der genannten Verordnung angemessen beteiligt.
3. Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen in einer Bestandsgruppe und innerhalb einer Bestandsgruppe in Überschussverbänden zusammengefasst. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Bestandsgruppen und Überschussverbände orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben.

Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags

4. Die Angabe, zu welchem Überschussverband Ihre Versicherung gehört, finden Sie in Ihrem Versicherungsschein. Abhängig von dieser Zuordnung erhält Ihre Versicherung Überschussanteile. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Diesen können Sie bei uns anfordern.

Überschussbeteiligung bei beitragspflichtigen Versicherungen

5. Ist die **Beitragsverrechnung** vereinbart, werden der Versicherung während der Beitragszahlungsdauer laufende Überschussanteile in Prozent des Beitrags zu jeder Beitragsfälligkeit zugeteilt.
Bei der Beitragsverrechnung werden die Überschussanteile mit dem Beitrag verrechnet.
6. Ist die **Verzinsliche Ansammlung** vereinbart, werden der Versicherung während der Beitragszahlungsdauer laufende Überschussanteile in Prozent des Beitrags zu jeder Beitragsfälligkeit zugeteilt.
Bei der Verzinslichen Ansammlung werden die Überschussanteile vom Tag der Zuteilung an jährlich verzinst. Sie werden bei Ablauf oder bei Tod der versicherten Person ausgezahlt.
7. Ist der **BU-Bonus** vereinbart, werden im Falle der Berufsunfähigkeit bei Beginn der Rentenzahlung zusätzliche Berufsunfähigkeitsrenten fällig, die jeweils in Prozent der bei Beginn der Rentenzahlung versicherten Berufsunfähigkeitsrenten festgelegt werden. Es gelten die Prozentsätze, die für das Versicherungsjahr festgelegt sind, in dem erstmals Anspruch auf Leistungen aufgrund dieser Berufsunfähigkeit besteht. Werden die versicherten Leistungen mit unterschiedlichen Tarifen nach § 7 Ziffer 3 bestimmt, können die Prozentsätze für die versicherten Leistungen unterschiedlich festgelegt werden.
Diese Renten aus dem BU-Bonus werden zusammen mit der versicherten Berufsunfähigkeitsrente gezahlt. Sie sind für die Dauer einer Berufsunfähigkeit garantiert und selbst wiederum überschussberechtig. Dabei gelten die Regelungen wie bei einer dynamischen Überschussrente.
Ändert sich ein Prozentsatz für den BU-Bonus, werden wir Sie darüber informieren. Solange keine Leistungen erbracht werden bzw. wurden oder beantragt sind, haben Sie das Recht innerhalb von 3 Monaten nach Erhalt dieser Information die garantierte Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung soweit zu erhöhen, dass die Gesamtrente, die sich ohne Änderung der Prozentsätze ergeben hätte, wieder erreicht wird (Erhöhungsrecht). Für die Erhöhung gelten die Rechnungsgrundlagen des Tarifs für die Dynamik nach § 7 Ziffer 3 b) und 4 zum Zeitpunkt der Anpassung.

Überschussbeteiligung bei beitragsfreien Versicherungen, bei denen wir keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erbringen

8. Beitragsfreien Versicherungen werden jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres jährliche Überschussanteile zugeteilt. Diese Anteile bestehen aus Überschussanteilen auf das Deckungskapital und auf den Risikobeitrag. Für die Berechnung der jährlichen Überschussanteile sind folgende Bemessungsgrößen festgelegt:
 - Bemessungsgrößen für die Überschussanteile auf das Deckungskapital sind die überschussberechtigten Deckungskapitalien nach § 7 Ziffer 3, die zum Ende des abgelaufenen Versicherungsjahres berechnet werden.
 - Bemessungsgrößen für die Überschussanteile auf den Risikobeitrag sind die überschussberechtigten Risikobeiträge. Grundlage für deren Bestimmung sind die Deckungskapitalien nach § 7 Ziffer 3. Ein überschussberechtigter Risikobeitrag wird als Differenz zwischen dem zugehörigen Deckungskapital zum Ende des Vorjahres und dem zugehörigen mit dem jeweiligen Zins um ein Jahr abgezinsten Deckungskapital zum Ende des abgelaufenen Versicherungsjahres gebildet. Die Deckungskapitalien sind jeweils ohne Berücksichtigung der Verwaltungskosterrückstellung für die leistungsfreie Zeit berechnet.
9. Die Überschussanteile werden vom Tag der Zuteilung an jährlich verzinst (**Verzinsliche Ansammlung**). Sie werden bei Ablauf oder bei Tod der versicherten Person ausgezahlt.
10. Wenn während der Beitragszahlungspflicht der BU-Bonus vereinbart war, gelten die Regelungen zum BU-Bonus für die beitragsfreie Zeit mit Ausnahme des Erhöhungsrechts entsprechend. Das Erhöhungsrecht besteht in der beitragsfreien Zeit nicht.

Überschussbeteiligung bei Leistungen wegen Berufsunfähigkeit

11. Bei der **dynamischen Überschussrente** werden ab dem ersten Versicherungsjahr nach Leistungsbeginn jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres jährliche Überschussanteile zugeteilt. Bemessungsgröße für diese Anteile ist das bei Zuteilung überschussberechtigten Deckungskapital. Dieses Deckungskapital setzt sich aus den Deckungskapitalien nach § 7 Ziffer 3 zusammen, die zum Ende des abgelaufenen Versicherungsjahres berechnet werden.
Ist eine Zuteilung erfolgt, berechnet sich die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit dem jeweils bei Zuteilung gültigen Tarif für die Dynamik nach § 7 Ziffer 3 d) und 4. Die jeweils erreichte dynamische Überschussrente ist garantiert und selbst wiederum überschussberechtig.
Die dynamische Überschussrente zahlen wir zusammen mit der garantierten Berufsunfähigkeitsrente aus.

§ 10 Welche besonderen Umstände beeinflussen den Versicherungsschutz bei Berufsunfähigkeit?

1. Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Berufsunfähigkeit gekommen ist.

Ausschluss des Versicherungsschutzes

2. Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, leisten wir nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:
 - a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse;
Wir werden jedoch leisten, wenn die Berufsunfähigkeit während eines Aufenthalts der versicherten Person außerhalb der Bundesrepublik Deutschland verursacht wurde und sie an den kriegerischen Ereignissen nicht aktiv beteiligt war.
Darüber hinaus werden wir leisten, 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-Mitgliedstaaten teilnimmt.
 - b) durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
 - c) dadurch, dass die versicherte Person vorsätzlich eine Straftat ausgeführt oder versucht hat; vorsätzliche oder fahrlässige Ordnungswidrigkeiten im Straßenverkehr sind nicht von diesem Ausschluss betroffen.
 - d) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung.
Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, leisten wir;
 - e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;
 - f) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden, dass zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Einrichtung tätig wurde;
 - g) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden.

Die Einschränkung unserer Leistungspflicht nach f) und g) entfällt, wenn es sich um ein räumlich und zeitlich begrenztes Ereignis handelt, bei dem nicht mehr als 1.000 Menschen unmittelbar sterben oder voraussichtlich mittelbar innerhalb von fünf Jahren nach dem Ereignis sterben oder dauerhaft schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen erleiden werden.

Die Voraussetzungen für den Wegfall der Einschränkung unserer Leistungspflicht sind von einem unabhängigen Gutachter zu prüfen und zu bestätigen.

Weltweiter Versicherungsschutz

3. Der Versicherungsschutz gilt weltweit. Das gilt auch, wenn Sie Ihren Wohnsitz (auch ohne zeitliche Begrenzung) ins Ausland verlegen.

§ 11 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

1. Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, uns alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen (Anzeigepflicht).
2. Gefahrerheblich sind die Umstände, die unsere Entscheidung beeinflussen können, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.
3. Soll eine andere Person versichert werden (versicherte Person), ist auch diese für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

Rücktritt

4. Eine Verletzung der Anzeigepflicht berechtigt uns, vom Vertrag zurückzutreten.
5. Wir haben kein Rücktrittsrecht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben. Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
6. Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Das bedeutet, dass wir im Versicherungsfall keine Leistungen erbringen. Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder nicht angezeigte Umstand für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls nicht ursächlich war. Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Uns steht der Teil des Beitrags bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung zu.

Kündigung

7. Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.
Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Rückwirkende Vertragsanpassung

8. Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.
Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen.

Ausübung der Rechte des Versicherten

9. Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung oder Vertragsanpassung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.
Wir müssen die uns nach den Ziffern 4 bis 8 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangen. Wir dürfen nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben, wenn für diese die Frist nicht verstrichen ist.
Wir können uns auf die in den Ziffern 4 bis 8 genannten Rechte nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige bei Abgabe Ihrer Vertragserklärung kannten.
Unsere Rechte nach den Ziffern 4 bis 8 erlöschen nach Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsabschluss. Diese Rechte können wir auch nach Ablauf von fünf Jahren geltend machen, wenn der Versicherungsfall innerhalb dieses Zeitraums eintritt. Haben Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf zehn Jahre.

Verzicht auf die Rechte des Versicherten

10. Wir verzichten auf unsere Rechte aus § 19 VVG zur Vertragsanpassung nach Ziffer 8 und Kündigung nach Ziffer 7, wenn die Anzeigepflichtverletzung unverschuldet ist.

Anfechtung

11. Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmeentscheidung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten.
Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil des Beitrags bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung zu.

Folgen bei Rücktritt, Kündigung oder Anfechtung

12. Bei Rücktritt, Kündigung oder Anfechtung erlischt der Vertrag ohne Auszahlung. Beiträge werden nicht zurückgezahlt.

Änderung des Vertrags

13. Die Ziffern 1 bis 12 gelten auch für Anzeigen, die bei einem Antrag auf Änderung des Vertrags zu machen sind.

Entgegennahme von unseren Erklärungen

14. Grundsätzlich werden Erklärungen Ihnen gegenüber abgegeben.

§ 12 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?

1. Der Ansprucherhebende muss uns die Berufsunfähigkeit nachweisen. Es sind uns folgende Unterlagen einzureichen:
 - a) eine formlose Meldung des Eintritts der Berufsunfähigkeit in Textform. Die Meldung muss möglichst frühzeitig, unabhängig von eventuellen Anerkennungsbescheiden anderer Institutionen, z. B. Sozialversicherungsträgern, erfolgen;
 - b) ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln, behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens;
 - c) Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, deren Lebensstellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;
 - d) bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege;
 - e) in den Fällen des § 2 Ziffer 2 bis 4 die dort genannten Unterlagen und Nachweise.Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Ansprucherhebende zu tragen.
2. Auch bei Eintritt oder Feststellung der Berufsunfähigkeit im Anschluss an eine mindestens 6 Monate andauernde Arbeitsunfähigkeit sind uns die Unterlagen nach Ziffer 1 unverzüglich einzureichen.
3. Wir können außerdem auf unsere Kosten
 - a) weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte ohne ständige vertragliche Bindung, also keine Vertragsärzte,
 - b) notwendige Nachweise auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse, z. B. Steuerbescheide, Bilanzen, Gewinn- und Verlustrechnungen, Lohn- und Gehaltsabrechnungen und ihre Veränderungen und
 - c) zusätzliche Auskünfte und Aufklärungenverlangen.
Bei von uns verlangten ärztlichen Untersuchungen übernehmen wir neben den Untersuchungskosten auch die vorher mit uns abgestimmten notwendigen Reise- und Unterbringungskosten.
4. Die versicherte Person hat von
 - Ärzten und anderen Behandlern (wie z. B. Heilpraktikern und Psychotherapeuten, Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten),
 - Pflegeheimen, bei denen sie in Behandlung oder Pflege war,
 - Pflegepersonen,
 - anderen Personenversicherern,
 - gesetzlichen Krankenversicherern,
 - Berufsgenossenschaften und Behördenalle medizinischen Unterlagen
 - über Erkrankungen, die dem Leistungsfall zugrunde liegen,
 - über Erkrankungen innerhalb der zur Risikoprüfung erfragten Zeiträume, die Sie in Ihren Antragsunterlagen finden,einzuholen und an uns weiterzugeben.
Im Einzelfall kann die versicherte Person uns bevollmächtigen, die Unterlagen direkt anzufordern.
5. 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 die Untersuchungskosten sowie die vorher mit uns abgestimmten Reise- und Aufenthaltskosten. Mit unserer Zustimmung kann die versicherte Person die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen auch bei Ärzten, die durch eine diplomatische Auslandsvertretung der Bundesrepublik Deutschland empfohlen werden, durchführen lassen. Die Kosten dieser Untersuchungen und die Kosten der beglaubigten Übersetzung trägt die versicherte Person.

6. Die versicherte Person ist verpflichtet, zur wesentlichen Besserung ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung geeignete Hilfsmittel wie z. B. Hörgeräte, Sehhilfen oder Prothesen zu verwenden und zumutbaren ärztlichen Anordnungen Folge zu leisten. Zumutbar sind Heilbehandlungen, die risikolos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und Aussicht auf Besserung oder Ausgleich der gesundheitlichen Beeinträchtigung bieten, wie z. B. die Einhaltung von Diäten, die Durchführung von Blutkontrollen oder physiotherapeutische Heilbehandlungen.
- Unsere Leistungspflicht machen wir jedoch nicht davon abhängig, dass die versicherte Person unzumutbare ärztliche Anordnungen zur Minderung oder Beseitigung der Beschwerden oder der Berufsunfähigkeit befolgt. Unzumutbar sind Heilbehandlungen, die mit Risiken oder besonderen Schmerzen verbunden sind. Als unzumutbar gelten auch stets die Anordnung zur Vornahme operativer Eingriffe sowie die Behandlung durch Heilpraktiker.

§ 13 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht bei Berufsunfähigkeit ab?

1. Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in Textform, ob und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen.
Wir werden Ihnen innerhalb von 10 Arbeitstagen nach Eingang der von Ihnen zur Prüfung vorgelegten Unterlagen entweder mitteilen, ob wir eine Leistung erbringen oder Sie über den Stand der Bearbeitung Ihres Leistungsantrags und die von Ihnen noch einzureichenden Unterlagen informieren. Nimmt die Leistungsprüfung längere Zeit in Anspruch, erhalten Sie danach von uns mindestens alle 6 Wochen eine Information über weiterhin fehlende Unterlagen und über den Stand der Bearbeitung.
2. Unser Leistungsanerkennen erklären wir grundsätzlich unbefristet. Nur in begründeten Ausnahmefällen können wir unsere Leistungspflicht einmalig für höchstens 12 Monate befristen. An ein befristetes Anerkenntnis sind wir bis zum Ablauf der Frist gebunden. Auf eine Beendigung der Leistung infolge einer Nachprüfung innerhalb des befristeten Leistungszeitraums nach § 14 verzichten wir.
Liegen die Voraussetzungen für ein unbefristetes Leistungsanerkennen vor, werden wir dieses - auch vor Ablauf der Frist eines zuvor ausnahmsweise einmalig erklärten befristeten Anerkenntnisses - erklären.

§ 14 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

Fortbestehen der Berufsunfähigkeit

1. Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht werden wir das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit nachprüfen. Dabei prüfen wir erneut, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von § 2 konkret ausübt. Neu erworbene berufliche Fähigkeiten werden dabei berücksichtigt.
2. Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen des § 5 Ziffer 3 gelten entsprechend. Im Übrigen gelten für die Nachprüfung die gleichen Grundsätze wie beim Leistungsbeginn.
3. Die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit oder einen Wechsel des Arbeitsplatzes während des Leistungsbezugs müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Sie sind jedoch nicht verpflichtet, uns Verbesserungen im Gesundheitszustand der versicherten Person von sich aus anzuzeigen.

Wegfall der Berufsunfähigkeit

4. Liegt eine Berufsunfähigkeit nicht mehr vor, stellen wir unsere Leistungen ein. Die Einstellung teilen wir dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Sie wird erst mit Ablauf des dritten Monats nach Zugang dieser Mitteilung wirksam. Dies gilt nicht bei einem zeitlich begrenzten Anerkenntnis. Nach Einstellung der Leistungen sind die Beiträge wieder zu zahlen. Über die Höhe der Beiträge benachrichtigen wir Sie mit Einstellung der Leistungen.
5. Entsprechendes gilt, wenn eine Berufsunfähigkeit vor Ablauf einer vereinbarten Karenzzeit nicht mehr vorliegt.
6. Berufsunfähigkeitsrenten, die wir über das Ableben der versicherten Person hinaus gezahlt haben, sind uns zu erstatten.
7. Leisten wir aufgrund einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit, die mindestens 6 Monate andauert, dann entfallen mit dem Fortfall der Arbeitsunfähigkeit die Leistungen, ohne dass es der Nachprüfung nach Ziffer 1 und 2 bzw. der Frist nach Ziffer 4 bedarf. Die Fortführung der Leistungen aufgrund des Nachweises einer bestehenden Berufsunfähigkeit bleibt davon unberührt.

Wiedereingliederungshilfe

8. Wenn die Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente nach Ziffer 4 endet, zahlen wir einmalig eine Wiedereingliederungshilfe, sofern die Berufsunfähigkeit mindestens ein Jahr bestanden hat und die bisherige Berufstätigkeit deswegen aufgegeben werden musste. Die Wiedereingliederungshilfe beträgt eine Jahresrente, höchstens den Betrag, der bei fortbestehender Berufsunfähigkeit bis zum Ablauf der Leistungsdauer als Rente noch zu zahlen wäre, und maximal 9.000 EUR für alle bei der Gesellschaft auf die versicherte Person abgeschlossenen Versicherungen gegen Berufsunfähigkeit.
Bei mehrfach eintretender und entfallender Berufsunfähigkeit wird die Wiedereingliederungshilfe jedoch nicht mehrfach gezahlt. Tritt nach Zahlung der Wiedereingliederungshilfe innerhalb eines Jahres nach der Reaktivierung erneut eine Berufsunfähigkeit aus denselben medizinischen Gründen ein und wird deshalb wieder eine Leistung erbracht, wird die gezahlte Wiedereingliederungshilfe darauf angerechnet.
9. Ein Anspruch auf Wiedereingliederungshilfe besteht nicht, wenn Leistungen aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit erbracht wurden.
10. Unterzieht sich im Leistungsfall die versicherte Person freiwillig einer beruflichen Fortbildung oder Umschulung, können wir uns – gegebenenfalls zusätzlich zur Leistung aus der Versicherung – auf Ihren Antrag finanziell in angemessener Höhe daran beteiligen. Wir beteiligen uns bis zur Hälfte der möglichen Wiedereingliederungshilfe. Ein Rechtsanspruch darauf besteht nicht.

§ 15 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?

Solange Sie, die versicherte Person oder der Anspruchserhebende eine Mitwirkungspflicht nach § 12 oder § 14 vorsätzlich nicht erfüllen, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, die Leistungen in einem der Schwere des Verschuldens entsprechendem Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 16 Was bedeutet die Nachversicherungsgarantie?

1. Sie haben das Recht, während der Beitragszahlungspflicht innerhalb von 6 Monaten nach Eintritt eines der folgenden Ereignisse die Berufsunfähigkeitsrente ohne Gesundheitsprüfung zu erhöhen (Nachversicherung):
 - a) bei Erreichen der Volljährigkeit der versicherten Person
 - b) Heirat der versicherten Person
 - c) Geburt eines Kindes der versicherten Person
 - d) Adoption eines minderjährigen Kindes durch die versicherte Person
 - e) rechtskräftige Scheidung vom mitverdienenden Ehepartner der versicherten Person
 - f) Tod des mitverdienenden Ehepartners der versicherten Person
 - g) erstmalige Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit nach der Berufsausbildung in einem von der Bundesagentur für Arbeit anerkannten Ausbildungsberuf oder nach Erreichen eines akademischen Grads
 - h) erstmalige Aufnahme einer selbständigen hauptberuflichen Tätigkeit
Dies ist der Fall, wenn keine weiteren Einkünfte aus nicht selbständiger Arbeit vorliegen.
 - i) Erstmaliges Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung durch das Einkommen der versicherten Person
Dabei wird die Beitragsbemessungsgrenze zugrunde gelegt, die am Wohnort der versicherten Person gilt.
 - j) Erhöhung des Jahreseinkommens der versicherten Person unter folgenden Voraussetzungen
 - Ist die versicherte Person angestellt, muss die Erhöhung des garantierten Jahreseinkommens mindestens 10 % des im Kalenderjahr zuvor erzielten garantierten Jahreseinkommens betragen.Zum Jahreseinkommen zählen nicht Tantiemen und Sonderzahlungen.

- Übt die versicherte Person eine selbständige Tätigkeit aus, muss die versicherte Person im abgelaufenen Kalenderjahr ein um mindestens 20 % höheres Jahreseinkommen aus beruflicher Tätigkeit vor Abzug von Personensteuern gegenüber dem durchschnittlichen Jahreseinkommen aus beruflicher Tätigkeit vor Abzug von Personensteuer der drei vorangegangenen Kalenderjahre erzielt haben.
 - k) Ende der Pflichtmitgliedschaft der versicherten Person in einem berufsständischen Versorgungswerk
 - l) Abschluss eines Darlehensvertrags durch die versicherte Person von mindestens 50.000 EUR zur Finanzierung, Modernisierung oder Instandsetzung einer selbstgenutzten Immobilie
2. Die Nachversicherung ist auch ohne besonderes Ereignis zum Beginn des 6. und des 11. Versicherungsjahres möglich. Dies muss spätestens 6 Monate vorher bei uns beantragt werden.
3. Das Recht zur Nachversicherung besteht nur
- wenn zum Zeitpunkt des Ereignisses die restliche Versicherungsdauer noch mindestens 20 Jahre beträgt,
 - außerhalb einer vereinbarten Karenzzeit,
 - wenn das Ereignis innerhalb der Versicherungsdauer eingetreten ist,
 - wenn keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aus der Versicherung erbracht werden bzw. wurden und
 - wenn bislang keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aus der Versicherung beansprucht wurden.
3. Eine Erhöhung aus der Nachversicherung entfällt rückwirkend, wenn zum Erhöhungszeitpunkt die Beitragszahlungspflicht wegen Berufsunfähigkeit entfällt oder sich der Vertrag bei Vorliegen der Berufsunfähigkeit in der Karenzzeit befindet.
4. Die Nachversicherung wird mit der restlichen Versicherungs-, Leistungs- und Beitragszahlungsdauer, restlichen Startphase sowie der Karenzzeit der ursprünglichen Versicherung abgeschlossen.
5. Die Nachversicherung erfolgt nach dem für den Überschussverband, dem Ihre Versicherung angehört, jeweils gültigen Tarif für Erhöhungen. Zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses ist dies der Tarif Ihres Vertrags.
6. Die Nachversicherung
- muss mindestens 600 EUR jährliche Berufsunfähigkeitsrente betragen,
 - ist auf die zum Vertragsbeginn versicherte Berufsunfähigkeitsrente begrenzt und
 - darf 6.000 EUR jährliche Berufsunfähigkeitsrente nicht übersteigen.
- Die Summe aller Nachversicherungen zu bestehenden Berufsunfähigkeits(Zusatz)versicherungen für die versicherte Person darf innerhalb von fünf Jahren 12.000 EUR jährliche Berufsunfähigkeitsrente nicht übersteigen.
7. Sind innerhalb der ursprünglichen Versicherung zusätzliche Leistungseinschränkungen vereinbart, gelten diese auch für die Nachversicherung.

§ 17 Welche Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?

1. Ab dem 6. Versicherungsjahr haben Sie die Möglichkeit, eine Stundung der Beiträge für 3 Monate zu verlangen.
Weitere Voraussetzungen für eine Stundung sind:
- Der Vertrag besteht nicht im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung.
 - Bei einem Vertrag mit Beitragsstufe, bei dem die Startphase länger als 5 Jahre ist, ist zum Stundungszeitpunkt die Startphase bereits seit einem Jahr beendet.
 - Zum Zeitpunkt der Stundung ist bei einer Beitragsfreistellung die Fortführung des Vertrags mit einer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente möglich. Ob sich bei einer Beitragsfreistellung eine beitragsfreie Rente ergibt, können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.
- Wenn Sie eine Stundung über einen längeren Zeitraum benötigen, informieren wir Sie für welche Zeiträume dies möglich ist. Für eine Stundung ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich.
2. Während des Stundungszeitraums
- besteht der Versicherungsschutz unverändert fort,
 - erheben wir Stundungszinsen,
 - ruht Ihr Recht auf Nachversicherungsgarantie und
 - wird eine ggf. eingeschlossene Dynamik ausgesetzt.
3. Eine erneute Stundung ist frühestens nach vollständigem Ausgleich der gestundeten Beiträge und Stundungszinsen möglich.

§ 18 Inwieweit kann reduzierter Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung wiederhergestellt werden?

1. Haben Sie den Beitrag reduziert oder die Versicherung in eine beitragsfreie umgewandelt, können Sie innerhalb einer Frist von 36 Monaten nach der Beitragsreduktion oder Beitragsfreistellung die Beitragszahlung fortsetzen (Wiederinkraftsetzung). Bei der Wiederinkraftsetzung können Sie durch höhere Beiträge oder Zuzahlungen den ursprünglichen Versicherungsschutz vor der Beitragsreduktion oder Beitragsfreistellung wieder herstellen.
2. Voraussetzung für eine Wiederinkraftsetzung ist, dass
 - die Versicherung zum Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung beitragsfrei besteht und
 - der Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist.
3. Die Wiederinkraftsetzung führen wir in den ersten 6 Monaten nach der Beitragsreduktion oder Beitragsfreistellung ohne erneute Risiko- und Gesundheitsprüfung maximal bis zu den zum Zeitpunkt der Reduktion oder Beitragsfreistellung versicherten Leistungen durch. Danach ist eine Wiederinkraftsetzung von einer erneuten Risiko- und Gesundheitsprüfung abhängig.
Haben Sie wegen
 - Arbeitslosigkeit oder
 - Ihrer Elternzeit oder der Ihres Ehe- oder Lebenspartnersden Beitrag reduziert oder die Versicherung beitragsfrei gestellt, verlängert sich die Frist für eine Wiederinkraftsetzung ohne Risiko- und Gesundheitsprüfung auf 12 Monate. Bei einer Wiederinkraftsetzung im Verlängerungszeitraum müssen Sie uns die Arbeitslosigkeit oder die Elternzeit durch entsprechende Belege nachweisen.
4. Haben Sie wegen Ihrer Elternzeit oder der Ihres Ehe- oder Lebenspartners den Beitrag reduziert oder die Versicherung beitragsfrei gestellt, verlängert sich die Frist für eine Wiederinkraftsetzung nach Ziffer 1 von 36 Monate auf bis zu 3 Monate nach Ende der Elternzeit.

§ 19 Wo sind die vertraglichen Verpflichtungen zu erfüllen?

1. Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf dessen Kosten. Bei Überweisungen in Länder außerhalb der Europäischen Union trägt der Empfangsberechtigte die damit verbundene Gefahr.
2. Die Beitragszahlung erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

§ 20 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

1. Den Inhaber des Versicherungsscheins 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 des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.
2. In den Fällen des § 22 Ziffer 3 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die schriftliche Anzeige des bisherigen Berechtigten vorliegt.

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

1. Mitteilungen, die das bestehende Versicherungsverhältnis betreffen, müssen schriftlich erfolgen. Für uns bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie uns zugegangen sind.
2. Eine Änderung Ihrer Postanschrift oder Ihres Namens müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Sonst können für Sie Nachteile entstehen, wenn wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

§ 22 Wer erhält die Leistung?

1. Die Leistung erbringen wir an Sie oder an Ihre Erben, falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag bei deren Fälligkeit erwerben soll (Bezugsberechtigter). Bis zur jeweiligen Fälligkeit können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen.
2. Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung dieses Bezugsberechtigten aufgehoben werden.
3. Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten schriftlich angezeigt worden sind.

§ 23 Welches Recht gilt für Ihren Vertrag?

Für den Vertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland. Die Vertragssprache ist deutsch.

§ 24 Wo ist der Gerichtsstand?

1. Ansprüche aus dem Vertrag gegen uns können geltend gemacht werden bei dem örtlich zuständigen Gericht
 - für unseren Geschäftssitz,
 - für unsere Niederlassung, die für den Vertrag zuständig ist, oder
 - für Ihren Wohnsitz zur Zeit der Klageerhebung oder, in Ermangelung eines Wohnsitzes, für den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts.
2. Ansprüche aus dem Vertrag gegen Sie können geltend gemacht werden bei dem örtlich zuständigen Gericht
 - für Ihren Wohnsitz zur Zeit der Klageerhebung oder, in Ermangelung eines Wohnsitzes, für den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts, oder
 - für den Sitz oder die Niederlassung Ihres Geschäfts- oder Gewerbebetriebs.
3. Verlegen Sie nach Vertragsabschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort aus dem Geltungsbereich des Versicherungsvertragsgesetzes, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach Ziffern 1 und 2 nach dem für unseren Geschäftssitz oder für unsere zuständige Niederlassung örtlich zuständigen Gericht.
Entsprechendes gilt, wenn weder Ihr Wohnsitz noch Ihr gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung bekannt sind.

§ 25 Welche Rechnungsgrundlagen hat die Versicherung?

1. Die Abschluss- und Vertriebskosten des Vertrags haben wir Ihnen im Produktinformationsblatt mitgeteilt. Zusätzlich sind übrige einkalkulierte Kosten in der Kalkulation berücksichtigt.
2. Weitere Grundlagen der Beitragskalkulation sind
 - ein Rechnungszins von 1,75 % p. a.,
 - für die Invalidisierungswahrscheinlichkeiten eine aus der DAV 1997 I hergeleitete vom Geschlecht unabhängige Tafel,
 - für die Invalidensterblichkeit eine aus der DAV-Sterbetafel 1997 TI hergeleitete vom Geschlecht unabhängige Sterbetafel,
 - für die Aktivensterblichkeit eine aus der DAV-Sterbetafel 2008 T hergeleitete vom Geschlecht unabhängige Sterbetafel und
 - für die Reaktivierungswahrscheinlichkeit eine aus der DAV 1997 RI hergeleitete vom Geschlecht unabhängige Tafel.
3. Die Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation sind die Rechnungsgrundlagen für die garantierten Leistungen bei Vertragsbeginn. Die Rechnungsgrundlagen nach Ziffer 2 gelten nicht notwendigerweise für die Berechnung von Leistungen aus der Überschussbeteiligung, Erhöhungen bei Ausübung der Nachversicherungsgarantie und dynamischen Erhöhungen.

§ 26 Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten bilanziell berücksichtigt?

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

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

Bei einer Versicherung mit Beitragsstufe wird das dargestellte Verfahren für jede Beitragsstufe angewandt.

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

§ 27 Was gilt bei Einschluss der Dynamik?

Art der Dynamik

1. Ist die Dynamik vereinbart, erhöht sich der Versicherungsbeitrag jeweils nach Ablauf des vereinbarten Zeitraumes seit Beginn der Versicherung bzw. der letzten Erhöhung um den vereinbarten Prozentsatz des jeweiligen Vorjahresbeitrags. Die Erhöhung erfolgt zum Versicherungsjahrestag. Bei einer Versicherung mit Beitragsstufe erhöht sich der Versicherungsbeitrag erstmals ein Jahr nach Ende der Startphase.
2. Abweichend von Ziffer 1 kann vereinbart werden, dass sich der Versicherungsbeitrag im selben Verhältnis wie die Beitragsbemessungsgrenze (West) in der gesetzlichen Rentenversicherung erhöht. Übersteigt der Versicherungsbeitrag 4 % der Beitragsbemessungsgrenze (West) in der gesetzlichen Rentenversicherung, erhöht sich der darüber hinausgehende Teil des Beitrags nicht. Der Beitrag erhöht sich zur ersten Beitragsfälligkeit im Kalenderjahr.

Erhöhung der Leistung

3. Durch die Dynamik erhöhen sich ohne erneute Gesundheitsprüfung die Leistungen. Ist eine Erhöhung erfolgt, berechnet sich der erhöhte Teil der Leistung nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik jeweils mit dem zum Zeitpunkt der Erhöhung gültigen Tarif für die Dynamik nach § 7 Ziffer 3 b).
Bei Vertragsabschluss ist dies der Tarif Ihres Vertrags. Ändert sich der Tarif, teilen wir Ihnen dies mit.
4. Sind Leistungseinschränkungen vereinbart, gelten diese auch für die Dynamik.

Aussetzen oder Wegfall der Dynamik

5. Über die Erhöhung informieren wir Sie rechtzeitig.
6. Eine Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie
 - ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin schriftlich widersprechen oder
 - den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen.
7. Liegt der Beginn oder die letzte Erhöhung mehr als drei Jahre zurück, erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen. Es kann jedoch mit unserer Zustimmung neu begründet werden.
8. Es erfolgen keine Erhöhungen,
 - solange Ihre Beitragszahlungspflicht wegen Berufsunfähigkeit entfällt,
 - wenn sich der Vertrag in der Karenzzeit befindet,
 - wenn die Restlaufzeit der Versicherung weniger als drei Jahre beträgt,
 - wenn die garantierte monatliche Berufsunfähigkeitsrente einschließlich aller erfolgten Erhöhungen aus der Dynamik und der Nachversicherungsgarantie mehr als 5.000 EUR beträgt oder
 - wenn die versicherte Person das rechnungsmäßige Alter von 56 Jahren am Erhöhungstermin erreicht hat.

Das rechnungsmäßige Alter der versicherten Person ist die Differenz zwischen dem Kalenderjahr und dem Geburtsjahr.