

Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung mit einem generellen Verzicht auf die abstrakte Verweisbarkeit

(Version 1/2008)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

in unseren Bedingungen sprechen wir Sie als unseren Versicherungsnehmer und Vertragspartner an. Mit den Bedingungen informieren wir Sie über die Regelungen, die für unser Vertragsverhältnis gelten, sie betreffen sowohl den Versicherungsnehmer als auch die versicherte Person.

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Was ist versichert?
- § 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?
- § 3 Versicherter Beruf
- § 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?
- § 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- § 6 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?
- § 7 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen?
- § 8 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?
- § 9 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
- § 10 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?
- § 11 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?
- § 12 Verjähren Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag?
- § 13 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?
- § 14 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?
- § 15 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?
- § 16 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?
- § 17 Wer erhält die Versicherungsleistungen?
- § 18 Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet?
- § 19 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?
- § 20 Sonderleistungen
- § 21 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?
- § 22 Welche Gestaltungsmöglichkeiten gibt es während der Versicherungsdauer dieser Versicherung?
- § 23 Verzicht auf die Anwendung von § 19 Abs. 3 VVG und § 19 Abs. 4 VVG bei unverschuldeter vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung
- § 24 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?
- § 25 Wo ist der Gerichtsstand?

§ 1 Was ist versichert?

(1) Wird die versicherte Person während der Dauer dieser Versicherung (Versicherungsdauer) zu mindestens 50 % berufsunfähig, so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

- a) Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente. Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus.
- b) volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht.

(2) Liegt der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 %, und wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer berufsunfähig aufgrund von Pflegebedürfnis-

tigkeit (vgl. § 2 Abs. 5), so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

- a) Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente. Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus.
- b) volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht.

(3) Für die Berufsunfähigkeitsrente gemäß (1a/2a) kann bei Vertragsschluss gegen Mehrbeitrag eine garantierte Leistungsdynamik vereinbart werden. Bei Eintritt unserer Leistungspflicht erhöht sich die garantierte Leistung um den vereinbarten Prozentsatz. Die Erhöhung findet wäh-

rend unserer Leistungspflicht jeweils zum Jahrestag des Versicherungsbeginns statt. Nähere Einzelheiten zum Umfang und Maßstab der Leistungsdynamik können dem Versicherungsschein entnommen werden.

(4) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Berufsunfähigkeitsrente entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Die Berufsunfähigkeit ist uns schriftlich zu melden. Ist für die Berufsunfähigkeitsrente eine Karenzzeit vereinbart, so entsteht der Leistungsanspruch für diese Rente erst nach Ende der Karenzzeit (siehe Abs. 5). Die Karenzzeit beginnt bei Eintritt der Berufsunfähigkeit.

Der Anspruch auf Leistung wegen Berufsunfähigkeit aufgrund von Pflegebedürftigkeit (Absatz 2) ruht in den Kalendermonaten, in denen sich die versicherte Person während des vollen Monats in stationärer Heilbehandlung befindet. Als stationäre Heilbehandlung gelten stationäre Krankenhausaufenthalte, stationäre Rehabilitationsmaßnahmen oder stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlungen.

(5) Die Karenzzeit ist der vereinbarte Zeitraum vom Eintritt der Berufsunfähigkeit bis zum Beginn der Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente. Während der Karenzzeit müssen keine Beiträge mehr entrichtet werden. Ist für die Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente eine Karenzzeit vereinbart, so entsteht der Anspruch auf Leistung zu Beginn des Monats, der auf das Ende der Karenzzeit folgt. Der Leistungsanspruch entsteht nur, wenn die Berufsunfähigkeit während der Karenzzeit ununterbrochen bestanden hat und nach Ende der Karenzzeit andauert. Endet eine Berufsunfähigkeit und wurden bereits Berufsunfähigkeitsrenten gezahlt, so setzt eine erneute Berufsunfähigkeit keine erneute Karenzzeit in Gang. Dies gilt auch, wenn die erneute Berufsunfähigkeit eine andere Ursache als eine frühere Berufsunfähigkeit hat. Wurde keine Berufsunfähigkeitsrente gezahlt, so wird durch eine erneute Berufsunfähigkeit eine erneute Karenzzeit in Gang gesetzt.

(6) Berufsunfähigkeitsschutz besteht weltweit. Der Berufsunfähigkeitsschutz besteht während der Versicherungsdauer. Leistungsansprüche bestehen längstens bis zum Ende der Leistungsdauer. Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente erlischt vorher, wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % sinkt oder wenn die versicherte Person stirbt. Bei Berufsunfähigkeit aufgrund von Pflegebedürftigkeit erlischt der Anspruch auch, wenn die Voraussetzungen gemäß § 2 Abs. 5 nicht mehr bestehen.

Bei Berufsunfähigkeit aufgrund einer Anerkennung der gesetzlichen Erwerbsminderungsrente gemäß § 2 Abs. 6 erlischt der Anspruch auch, wenn die gesetzliche Erwerbsminderungsrente entfällt.

Erlischt der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente aufgrund einer Reaktivierung (Grad der Berufsunfähigkeit sinkt unter 50 % oder die Voraussetzungen gemäß § 2 Abs. 5 oder 6 bestehen nicht mehr), so wird die Berufsunfähigkeitsversicherung in Höhe der bei Eintritt des Leistungsfalls bestehenden garantierten Versicherungsleistungen weitergeführt. Ist eine Leistungsdynamik gemäß § 1 Abs. 3 vereinbart, kann der Vertrag auf Antrag auch mit dem zu Beginn der Reaktivierung bestehendem Stand der garantierten Leistung fortgesetzt werden. Eine ggf. eingeschlossene Beitragsdynamik setzt wieder ein, wenn das Recht auf Beitragsdynamik beim Eintritt des Leistungsfalls noch bestand.

(7) Bei der Berufsunfähigkeitsversicherung mit verlängerter Leistungsdauer lebt nach einer Reaktivierung der Anspruch auf die Versicherungsleistung bei erneuter Berufsunfähigkeit auch nach Ablauf der Versicherungsdauer wieder auf, wenn die Leistungsdauer noch besteht. Diese Berufsunfähigkeit muss allerdings denselben Ursprung wie die letzte von uns anerkannte Berufsunfähigkeit haben.

(8) Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht (vgl. § 11) besteht weder Befreiung von der Beitragszahlungspflicht noch wird eine Berufsunfähigkeitsrente gezahlt. Bei Anerkennung unserer Leistungspflicht werden wir jedoch die gezahlten Beiträge erstatten und die Renten rückwirkend zahlen. Auf Antrag stunden wir die Beiträge zinslos bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht. Steht nach endgültiger Entscheidung fest, dass eine Leistungspflicht nicht besteht, sind die gestundeten Beiträge an uns zahlen.

Anstelle der Rückzahlung der gestundeten Beiträge in einem Betrag können Sie auf Antrag mit uns eine Ratenzahlung der gestundeten Beiträge über einen Zeitraum von bis zu 12 Monaten vereinbaren.

Alternativ können Sie mit uns auch die Verrechnung der gestundeten Beiträge mit dem Deckungskapital - falls vorhanden - bzw. den Überschüssen - falls vorhanden - oder eine Reduzierung der versicherten Leistung vereinbaren.

(9) Leistungen aus der Überschussbeteiligung
Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen erhalten Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (siehe § 21).

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn:

- a) die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mehr als sechs Monate ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, nicht mehr ausüben kann oder
- b) die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, außerstande gewesen ist, ihren zuletzt

ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, auszuüben. Dieser Zustand gilt dann von Beginn an als vollständige Berufsunfähigkeit.

Es liegt keine Berufsunfähigkeit vor, wenn

die versicherte Person eine ihrer Ausbildung und Fähigkeiten und ihrer bisherigen Lebensstellung entsprechende andere berufliche Tätigkeit tatsächlich ausübt und auch imstande ist diese andere berufliche Tätigkeit gemäß Absatz a) und b) auszuüben.
oder

die versicherte Person selbstständig ist oder Angestellter mit Weisungs- und Direktionsbefugnis (hierzu zählen mitarbeitende Unternehmer, Betriebs- und Geschäftsinhaber, beherrschende Gesellschafter-Geschäftsführer (GGF) und freiberuflich Tätige, die hinsichtlich ihrer Berufsausübung keiner Fremdbestimmung unterliegen) und ihren zuletzt ausgeübten Beruf nach zumutbarer Umorganisation oder Umgestaltung des bisherigen Arbeitsplatzes oder Tätigkeitsbereichs ausüben kann.

Eine Umorganisation oder Umgestaltung des bisherigen Arbeitsplatzes oder Tätigkeitsbereichs ist zumutbar, wenn

- sie wirtschaftlich sinnvoll ist,
- sie vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person auch realisiert werden kann,
- die versicherte Person ihre Stellung im Betrieb und ihre bisherige Lebensstellung auch nach einer Umorganisation oder Umgestaltung beibehält.

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, so beteiligen wir uns an den Umgestaltungskosten bis zur Höhe von sechs Monatsrenten, insgesamt jedoch maximal 15.000 Euro.

Von einem weisungsgebundenen Mitarbeiter kann keine Umorganisation oder Umgestaltung des bisherigen Arbeitsplatzes oder Tätigkeitsbereichs verlangt werden. Wir beteiligen uns aber auch an den Umgestaltungskosten bis zur Höhe von sechs Monatsrenten, insgesamt jedoch maximal 15.000 Euro, wenn eine weisungsgebundene versicherte Person eine realisierbare Umorganisation oder Umgestaltung des bisherigen Arbeitsplatzes oder Tätigkeitsbereichs wünscht und nach erfolgter Umorganisation oder Umgestaltung ihren zuletzt ausgeübten Beruf am bisherigen Arbeitsplatz oder Tätigkeitsbereich wieder ausübt.

Eine andere, der bisherigen Lebensstellung entsprechende, berufliche Tätigkeit setzt neben einer vergleichbaren sozialen Wertschätzung unter anderem voraus, dass das jährliche Einkommen nicht mehr als 20 % unter dem Einkommen im zuletzt ausgeübten Beruf liegt.

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

(3) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung, Gebrechen oder Schwäche der geistigen oder körperlichen Kräfte so hilflos ist, dass sie für mindestens drei der in Abs. 4 genannten Verrichtungen (Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)) voraussichtlich auf Dauer, jedoch mindestens für sechs Monate auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

(4) Für die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit betrachtete Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL):

Fortbewegen innerhalb der Wohnung

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nicht fähig ist, sich ohne Hilfestellung, auch mit Inanspruch-

nahme von Hilfsmitteln, in der Wohnung fortzubewegen und sie nicht fähig ist, sich ohne Hilfestellung hinzusetzen, aufzustehen, in das und aus dem Bett zu gelangen.

An- und Auskleiden

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nicht fähig ist, sich ohne Hilfestellung, auch mit Inanspruchnahme von Hilfsmitteln, an- und auszukleiden (Ober- und Unterkörper) und gegebenenfalls medizinische Stützstrümpfe, ein medizinisches Korsett bzw. eine Prothese anzuziehen, anzulegen und zu befestigen.

Persönliche Hygiene (Teilkörperwäsche)

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nicht fähig ist, sich ohne Hilfestellung, auch mit Inanspruchnahme von Hilfsmitteln, zu waschen (Teilwäsche Ober- oder Unterkörper), Zähne zu putzen, Haare zu kämmen und sich evtl. zu rasieren. Und wenn sie nicht fähig ist, ohne Hilfestellung, auch mit Inanspruchnahme von Hilfsmitteln, die Intimhygiene nach dem Toilettengang und evtl. während der Menstruation durchzuführen. Allein die Unfähigkeit, ins Badezimmer zu gelangen, gilt nicht als Hilfebedarf.

Baden, Duschen

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nicht fähig ist, sich ohne Hilfestellung, auch mit Inanspruchnahme von Hilfsmitteln, zu baden, zu duschen und abzutrocknen und insbesondere ohne Hilfe in die und aus der Badewanne bzw. Dusche zu steigen. Alleine die Unfähigkeit, ins Badezimmer zu gelangen, gilt nicht als Hilfebedarf.

Einnehmen von Mahlzeiten

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person aus gesundheitlichen Gründen nicht fähig ist, sich eine Mahlzeit mundgerecht zuzubereiten oder auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann. Hilfebedarf liegt auch vor, wenn eine medizinisch indizierte Ernährung über Sonden notwendig ist.

Verrichten der Notdurft

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nicht fähig ist, ihre Darm- und Blasenfunktion zu kontrollieren. Hilfebedarf liegt auch vor, wenn die versicherte Person dauerhaft inkontinent ist oder Darm bzw. Blase nicht eigenständig entleert werden können. Hilfebedarf liegt auch vor, wenn wegen andauernder Darm- oder Blaseninkontinenz ständig und nicht nur aus pflegerleichternden Gründen der Gebrauch von Kathetern, Windeln oder Einlagen notwendig ist, die nicht selbständig angelegt, gewechselt und geleert bzw. gereinigt werden können. Liegt allein eine Inkontinenz der Darm- oder Blasenfunktion vor, die durch das Verwenden von Windeln und Einlagen ausgeglichen werden kann, und ist die versicherte Person fähig, diese ohne Hilfestellung anzulegen, zu wechseln und zu leeren bzw. zu reinigen, besteht kein Hilfebedarf.

(5) Berufsunfähigkeit aufgrund von Pflegebedürftigkeit liegt vor,

- a) wenn die versicherte Person pflegebedürftig gemäß Abs. 3 ist und deswegen täglich gepflegt (Pflegefall) wird
oder
- b) die versicherte Person nachweislich eine Pflegerentenleistung aus der gesetzlichen Pflegeversicherung (Rentenleistung aus der sozialen Pflegerentenversicherung oder der privaten Pflegepflichtversicherung) erhält und täglich gepflegt (Pflegefall) wird
oder
- c) bei der versicherten Person eine mittelschwere oder schwere Hirnleistungsstörung (Demenz, mit mindestens Schweregrad 5 "Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen", ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS) nach Reisberg) vorliegt, die durch Unfall oder Erkrankung verursacht wurde und als deren Folge die versicherte Person Beaufsichtigung oder Anleitung bei Aktivitäten im täglichen Leben gleich welcher Art oder kontinuierliche Beaufsichtigung benötigt, weil sie sich oder andere sonst erheblich gefährden würde

- oder
- d) die versicherte Person der Bewahrung bedarf, weil sie 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.

(6) Anerkennung der gesetzlichen Erwerbsminderungsrente

Vollständige Berufsunfähigkeit liegt auch vor, wenn die versicherte Person nach den Bestimmungen der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung ausschließlich infolge ihres Gesundheitszustands eine unbefristete Rente wegen voller Erwerbsminderung erhält und bei Eintritt der Erwerbsminderung das 55. Lebensjahr vollendet hat.

Der Rentenbezug ist durch einen unbefristeten Rentenbescheid des Sozialversicherungsträgers nachzuweisen.

(7) 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 Versicherter Beruf

(1) Zuletzt ausgeübter Beruf im Sinne von § 2 ist die berufliche Tätigkeit, die bei Eintritt des Versicherungsfalls von der versicherten Person ausgeübt wird. Maßstab für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit ist dabei die Ausübung der beruflichen Tätigkeit, so wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war.

(2) Bei Hausfrauen oder Hausmännern gilt als Beruf die Tätigkeit eines Hauswirtschafters.

(3) Bei versicherten Personen, die sich in der Ausbildung befinden (Schüler, Auszubildende, Studenten) gilt als Beruf und die sich daraus ergebende Lebensstellung

- bei Schülern der Beruf einer Arbeitskraft mit noch nicht bestimmtem Beruf
- bei Auszubildenden der Beruf eines Gesellen des Ausbildungsberufs
- bei Studenten die berufliche Tätigkeit eines Absolventen des Studiengangs.

(4) Übt die versicherte Person bei Eintritt des Versicherungsfalls keine berufliche Tätigkeit aus, so ist der zuletzt ausgeübte Beruf im Sinne von § 2 die letzte ausgeübte berufliche Tätigkeit und die daraus resultierende Lebensstellung, wenn diese letzte ausgeübte berufliche Tätigkeit höchstens fünf Jahre zurückliegt.

Liegt die letzte ausgeübte berufliche Tätigkeit bei Eintritt des Versicherungsfalls mehr als fünf Jahre zurück, so wird die Berufsunfähigkeit nach Berufen beurteilt, die die versicherte Person aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten (Schulbildung, beruflicher Werdegang, Studium, etc.) bei Gesundheit noch wahrnehmen könnte und die der Lebensstellung der letzten zwei Jahre vor Eintritt des Versicherungsfalls entsprechen.

(5) Ein Wechsel oder ein Ende der beruflichen Tätigkeit der versicherten Person müssen uns vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit nicht mitgeteilt werden. Ebenso muss uns nach Beginn der Versicherung die Aufnahme eines gefährlichen Hobbys nicht angezeigt werden.

§ 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

(1) Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag abgeschlossen worden ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Allerdings entfällt unsere

Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung (vgl. § 6 Abs. 4 und 5 und § 7).

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

§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

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

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

- a) Unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse oder innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn die Ursache für die Berufsunfähigkeit der versicherten Person in unmittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen steht, denen sie während eines

- Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;
- b) durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person. Fahrlässige Verstöße, z.B. im Straßenverkehr, sind davon nicht betroffen.
- c) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder von mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall,
- absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
- d) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben.

§ 6 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

- (1) Die Beiträge für Ihre Berufsunfähigkeitsversicherung sind durch jährliche Beitragszahlung (Jahresbeiträge) zu begleichen. Die Jahresbeiträge werden zu Beginn eines jeden Versicherungsjahrs fällig.
- (2) Nach Vereinbarung können Sie die Jahresbeiträge auch in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten zahlen; hierfür werden Ratenzuschläge erhoben.
- (3) Bei Fälligkeit einer Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände und alle noch nicht gezahlten Raten des laufenden Versicherungsjahrs verrechnen.
- (4) Der erste Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind jeweils zum vereinbarten Fälligkeitstag an uns zu zahlen.
- (5) Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem im Versicherungsschein angegebenen Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen.
- Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer Zahlungsaufforderung in Textform erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.
- (6) Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.
- (7) Für eine Stundung der Beiträge ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich (siehe § 22 Abs. 5).

§ 7 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen?

Einlösungsbeitrag

- (1) Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir - solange die Zahlung nicht bewirkt ist - vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.
- (2) Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch,

wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag

- (3) Wenn ein Folgebeitrag oder ein sonstiger Betrag, den Sie uns aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig gezahlt worden ist oder eingezogen werden konnte, so erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform gemäß § 38 VVG. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist, so entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

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

Kündigung und Auszahlung des Rückkaufswerts

- (1) Sie können vor Eintritt des Versicherungsfalls Ihre Versicherung ganz oder teilweise schriftlich kündigen
- jederzeit zum Schluss des laufenden Versicherungsjahrs
 - bei Vereinbarung von Ratenzahlungen auch innerhalb des Versicherungsjahrs mit Frist von einem Monat zum Schluss eines jeden Ratenzahlungsabschnitts, frühestens jedoch zum Schluss des ersten Versicherungsjahrs.

- (2) Kündigen Sie Ihre Versicherung nur teilweise, so ist diese Kündigung unwirksam, wenn die verbleibende beitragspflichtige Monatsrente unter den Mindestbetrag von 250 Euro sinkt. Wenn Sie in diesem Falle Ihre Versicherung beenden wollen, müssen Sie also ganz kündigen.

- (3) Nach Kündigung erstatten wir - falls vorhanden - den Rückkaufswert. Er ist das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zum Schluss des laufenden

Ratenzahlungsabschnitts berechnete Deckungskapital der Versicherung. Mindestens erstatten wir jedoch den Betrag des Deckungskapitals, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Von dem so ermittelten Wert erfolgt ein Abzug in Höhe von 50 %. Beitragsrückstände werden von dem Rückkaufswert abgesetzt.

(4) Wenn als Überschussverwendung die Fondsanlage der Überschussanteile gemäß § 21 Abs. 3 vereinbart ist, zahlen wir zusätzlich die Ihrem Vertrag bereits zugeleiteten Überschussanteile aus.

(5) Die Kündigung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 18) nur ein geringer oder kein Rückkaufswert vorhanden. Auch in den Folgejahren sind wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen nur geringe oder keine Rückkaufswerte vorhanden. Nähere Informationen zum Rückkaufswert, seiner Höhe und darüber, in welchem Ausmaß er garantiert ist, können Sie der Garantiewerttabelle im Versicherungsschein entnehmen.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung anstelle einer Kündigung

(6) Anstelle einer Kündigung nach Abs. 1 können Sie zu dem dort genannten Termin schriftlich verlangen, ganz oder teilweise von Ihrer Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Fall setzen wir die Rente ganz oder teilweise auf die beitragsfreie Rente herab, die nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Beitragsfreistellungstermin errechnet wird. Der aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Rente zur Verfügung stehende Betrag ist das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zum Beitragsfreistellungstermin berechnete Deckungskapital

der Versicherung. Mindestens jedoch der Betrag des Deckungskapitals, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Es wird lediglich ein Abzug von Beitragsrückständen vorgenommen.

(7) Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung stehen wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten keine Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Rente zur Verfügung. Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Rente Verfügung. Nähere Informationen zur beitragsfreien Rente und ihrer Höhe können Sie der Garantiewerttabelle im Versicherungsschein entnehmen.

(8) Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht verlangt und erreicht die nach Abs. 7 zu berechnende beitragsfreie Monatsrente den Mindestbetrag von 50 Euro nicht, so erhalten Sie den Rückkaufswert gemäß Abs. 3 bis 5. Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht können Sie nur verlangen, wenn die verbleibende beitragspflichtige Rente mindestens 250 Euro beträgt

(9) Sie können die beitragsfreigestellte Versicherung innerhalb von sechs Monaten, bei einer Beitragspause aufgrund von Mutter-/Elternschaft innerhalb von 12 Monaten ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder aufleben lassen.

Bagatellgrenze

(10) Auf einen Auszahlungsbetrag unter 10 Euro haben Sie keinen Anspruch.

Beitragsrückzahlung

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

§ 9 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

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

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

Rücktritt

(3) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person (vgl. Abs. 2) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten.

Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten

Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

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

(5) Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, haben Sie weder Anspruch auf einen Rückkaufswert noch auf eine Rückzahlung der Beiträge.

Kündigung

(6) Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

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

(8) Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um (§ 8 Abs. 6 und 7).

(9) Wir verzichten auf unser Kündigungsrecht gemäß § 19 Abs. 3 VVG, wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht weder durch Ihr Verschulden noch durch das Verschulden der versicherten Person verletzt wurde oder der anzeigepflichtige Umstand weder Ihnen noch der versicherten Person bekannt war.

Rückwirkende Vertragsanpassung

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

(11) Wir verzichten auf unser Recht zur Vertragsanpassung gemäß § 19 Abs. 4 VVG, wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht weder durch Ihr Verschulden und noch durch das Verschulden der versicherten Person verletzt wurde oder der anzeigepflichtige Umstand Ihnen und der versicherten Person nicht bekannt war.

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

Ausübung unserer Rechte

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

unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände innerhalb eines Monats nach deren Kenntniserlangung angeben.

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

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

Anfechtung

(16) Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmehandlung 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. Abs. 5 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

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

Erklärungsempfänger

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

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

(1) Werden Leistungen aus dieser Versicherung verlangt, so sind uns unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:

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

- c) Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit und über die eingetretenen Veränderungen;
- d) Unterlagen über die finanzielle Lebensstellung aus der beruflichen Tätigkeit der versicherten Person und deren Veränderungen vor und nach Eintritt der Berufsunfähigkeit (z.B. Einkommensbescheide, betriebswirtschaftliche Unterlagen);
- e) bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege;

f) bei Berufsunfähigkeit aufgrund von Anerkennung einer gesetzlichen Erwerbsminderungsrente zusätzlich einen Rentenbescheid des Sozialversicherungsträgers, aus dem sich eine vollständige Erwerbsminderung der versicherten Person allein aus medizinischen Gründen ergibt. Der Nachweis der Schwerbehinderung (z.B. Anerkenntnis durch ein Versorgungsamt) genügt dafür nicht.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Anspruchserhebende zu tragen.

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

Sämtliche Unterlagen für die Leistungsprüfung sind in deutscher oder englischer Sprache einzureichen.

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

(1) Nach Vorliegen aller für unsere Leistungsentscheidung erforderlichen Unterlagen erklären wir innerhalb von 15 Arbeitstagen in Textform, ob, in welchem Umfang und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen. Grundsätzlich sprechen wir keine befristeten Anerkenntnisse aus. Nur in begründeten Einzelfällen können wir einmalig ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis von maximal 12 Monaten unter einstweiliger Zurückstellung der Frage aussprechen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von § 2 Abs. 1 ausübt. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich begrenzte Anerkenntnis für uns bindend.

(2) Wir verpflichten uns, Ihnen nach Stellung des Antrags auf Leistung aufgrund von Berufsunfähigkeit innerhalb von 15 Arbeitstagen nach Eingang der von Ihnen zur Prüfung vorgelegten Unterlagen mitzuteilen, welche weiteren erforderlichen Unterlagen zur Leistungsprüfung wir von Ihnen oder von dritter Stelle noch benötigen.

(3) Darüber hinaus werden wir Sie im Rahmen der Leistungsprüfung laufend über den jeweils aktuellen Bearbeitungsstand unterrichten. Nach Eingang von Unterlagen werden wir Sie jeweils innerhalb von 15 Arbeitstagen über erforderliche weitere Prüfungsschritte bzw. fehlende Unterlagen informieren.

§ 12 Verjähren Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag?

Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag verjähren nach § 195 BGB in drei Jahren.

§ 13 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit und ihren Grad und das Fortbestehen der Pflegebedürftigkeit gemäß § 2 nachzuprüfen. Dabei können wir erneut prüfen, ob die versicherte Person ihren zuletzt ausgeübten Beruf im Sinne von § 2 ausüben kann oder eine andere Tätigkeit im Sinne von § 2 tatsächlich ausübt. Bei der Nachprüfung, ob die versicherte Person eine andere berufliche Tätigkeit im Sinne von § 2 tatsächlich ausübt, werden wir neu erworbene berufliche Fähigkeiten berücksichtigen.

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

(2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich eine umfassende Untersuchung der versicherten Person durch von uns beauftragte Ärzte verlangen. Die Bestimmungen des § 10 Abs. 2 gelten entsprechend.

(5) Liegt Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit vor und hat sich die Art der Pflegebedürftigkeit geändert oder der Umfang der Pflege gemindert, so dass die Voraussetzungen gemäß § 2 Abs. 5 nicht mehr erfüllt sind, stellen wir unsere Leistungen ein, Abs. 4 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.

(3) Eine Minderung der Berufsunfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit und die Wiederaufnahme oder Änderung der beruflichen Tätigkeit während einer Berufsunfähigkeit sind uns unverzüglich mitzuteilen.

(6) Liegt vollständige Berufsunfähigkeit aufgrund der Anerkennung der gesetzlichen Erwerbsminderungsrente vor und sind die Voraussetzungen gemäß § 2 Abs. 6 nicht mehr vorhanden stellen wir unsere Leistungen ein, Abs. 4 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.

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

(1) Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 10 oder § 13 von Ihnen, der versicherten Person oder dem

Ansprucherhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahr-

lässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

(2) Das Befolgen von ärztlichen Anordnungen, um die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu mindern (insbesondere operative Eingriffe) ist nicht Voraussetzung für die Anerkennung unserer Leistungspflicht. Somit

verzichten wir ausdrücklich auf die Arztanordnungsklausel.

Nach der allgemeinen gesetzlichen Schadenminderungspflicht (Grundsätzen von Treu und Glauben) muss die versicherte Person allerdings zumutbare Maßnahmen ergreifen, um eine Minderung der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu erreichen.

Zumutbar sind dabei Maßnahmen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und außerdem die sichere Aussicht auf Heilung oder wesentliche Besserung bieten. Dabei handelt es sich um Maßnahmen wie zum Beispiel der Einsatz von einfachen Hilfsmitteln des täglichen Lebens (z.B. das Tragen einer Brille oder orthopädische Einlagen), die Verwendung von orthopädischen oder anderen Heil- und Hilfsmitteln (z.B. tragen von Prothesen, Verwendung von Seh- und Hörhilfen), die Durchführung von logopädischen Maßnahmen, das Tragen von Stützstrümpfen.

§ 15 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

(1) Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag 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 § 17 Abs. 2 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die schriftliche Anzeige des bisherigen Berechtigten vorliegt.

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

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

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

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

§ 17 Wer erhält die Versicherungsleistungen?

(1) Die Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer oder an Ihre Erben, falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die bei Eintritt des Versicherungsfalles die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll (Bezugsberechtigter). Bis zur jeweiligen Fälligkeit können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen.

(3) Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts (vgl. Abs. 1 und 2) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten schriftlich angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie; es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits vorher Verfügungen vorgenommen haben.

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

Das Gleiche gilt für eine Abtretung oder Verpfändung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag soweit derartige Verfügungen überhaupt rechtlich möglich sind.

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

§ 18 Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet?

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

(2) Für Ihren Versicherungsvertrag ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit die Beiträge nicht für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung der Deckungsrückstellung aufgrund von § 25 Abs. 2 RechversV i.V.m. § 169 Abs. 3 VVG bestimmt sind.

Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 4 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Beiträge beschränkt.

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

(4) Die beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung kein Rückkaufswert und keine Mittel zur Bildung einer beitragsfreien Rente vorhanden sind. Nähere Informationen können Sie der Garantiewerttabelle im Versicherungsschein entnehmen.

§ 19 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

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

- Erstellung einer Ersatzurkunde für den Versicherungsschein
- schriftlicher Fristsetzung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen
- Rückläufern im Lastschriftverfahren

- Durchführung von Vertragsänderungen
- Bearbeitung von Abtretungen und Verpfändungen
- Übertragung von Fondsanteilen anstelle einer Geldleistung.

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

§ 20 Sonderleistungen

Wiedereingliederungshilfe

(1) Endet der Anspruch auf die Rentenzahlung gemäß § 1 Abs. 1b), weil die versicherte Person eine andere berufliche Tätigkeit im Sinne von § 2 ausübt, zahlen wir für weitere drei Monate eine Wiedereingliederungshilfe, längstens jedoch bis zum Ende der Leistungsdauer.

Diese Wiedereingliederungshilfe zahlen wir auch, wenn die versicherte Person ihren zuletzt ausgeübten Beruf ausüben kann, sofern dafür eine Umorganisation oder Umgestaltung des bisherigen Arbeitsplatzes oder Tätigkeitsbereichs notwendig ist. Die Wiedereingliederungshilfe

wird in Höhe der garantierten Rente geleistet, höchstens aber 1000 Euro monatlich.

Während der Rentenzahlung aus der Wiedereingliederungshilfe entfällt die Beitragspflicht. Die Wiedereingliederungshilfe kann auch mit einer Einmalzahlung abgefunden werden.

Umgestaltungskosten

(2) Bei einer Umgestaltung gemäß § 2 beteiligen wir uns an den Umgestaltungskosten bis zur Höhe von sechs Monatsrenten, insgesamt höchstens jedoch 15.000 Euro.

§ 21 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) an den Überschüssen (Überschussbeteiligung). Eine Beteiligung an den Bewertungsreserven erfolgt nicht. Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuchs ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

(1) Überschüsse entstehen dann, wenn die Aufwendungen für das Berufsunfähigkeitsrisiko und die Kosten niedriger sind, als bei der Tarifikalkulation angenommen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer angemessen beteiligt (§ 1 Abs. 1 der Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung, ZRQuotenV).

Weitere Überschüsse stammen aus den Erträgen der Kapitalanlagen. Von den Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind (§ 3 ZRQuotenV), erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in dieser

Verordnung genannten Prozentsatz. In der derzeitigen Fassung der Verordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben. Aus diesem Betrag werden zunächst die Beträge finanziert, die für die garantierten Versicherungsleistungen benötigt werden (§ 1 Abs. 2 und 3 ZRQuotenV). Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer.

Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Gruppen zusammengefasst, diese werden Gewinnpläne genannt. Gewinnpläne bilden wir beispielsweise, um das versicherte Risiko wie das Todesfall oder Berufsunfähigkeitsrisiko zu berücksichtigen.

Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Gewinnpläne orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der sog. Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird.

Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur ausnahmsweise können wir die Rückstellung im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines Notstands (z.B. Verlustabdeckung) heranziehen. Hierfür benötigen wir die Zustimmung der Aufsichtsbehörde.

Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags

(2) Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen desjenigen Gewinnplans, der in Ihrem Versicherungsschein genannt ist. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahrs finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Den Geschäftsbericht können Sie bei uns jederzeit anfordern.

(3) Jeder Berufsunfähigkeitsversicherung werden laufende Überschussanteile zugeteilt. Vor Eintritt der Berufsunfähigkeit erhalten alle Berufsunfähigkeitsversicherungen einen Risikoüberschuss. Die erste Zuteilung erfolgt im 1. Versicherungsjahr. Die Überschussanteile werden zu Beginn eines Versicherungsjahrs berechnet und anteilig jeweils mit Fälligkeit einer Beitragsrate zugeteilt, bei beitragsfreien Berufsunfähigkeitsversicherungen erfolgt die Zuteilung monatlich.

Die zugeteilten Überschussanteile werden je nach Vereinbarung wie folgt verwendet:

a) Beitragsverrechnung

Sie erhalten ab Beginn der Versicherung einen laufenden Überschussanteil, der sich in Prozent des Jahresbeitrags für die Berufsunfähigkeitsversicherung bemisst. Er wird mit der jeweiligen Beitragsrate verrechnet.

Die Beitragsverrechnung ist nur wählbar für Versicherungen mit laufender nicht abgekürzter Beitragszahlung.

b) Leistungsbonus

Sie erhalten zusätzlich zur versicherten garantierten Rente eine Bonusrente (Leistungsbonus). Der Leistungsbonus bemisst sich in Prozent der versicherten Rente. Vermindert sich dieser Prozentsatz, so kann die Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung des Versicherten so erhöht werden, dass der bisherige Versicherungsschutz aus garantierter Rente und Leistungsbonus erhalten bleibt.

c) Fondsanlage der Überschussanteile

Sie erhalten ab Beginn der Versicherung einen laufenden Überschussanteil, der sich in Prozent des Jahresbeitrags für die Berufsunfähigkeitsversicherung bemisst. Die Überschussanteile werden in einen oder mehrere Fonds angelegt (dies ist nur dann möglich, wenn das Jahresbeitragsaufkommen mindestens 300 Euro beträgt).

Die Fondsanlage der Überschussanteile ist nur wählbar für Versicherungen mit laufender nicht abgekürzter Beitragszahlung.

Während der Anwartschaft kann zum Ende des Versicherungsjahrs von der Fondsanlage der Überschussanteile in die Beitragsverrechnung gewechselt werden. Ein Wechsel von der Fondsanlage der Überschussanteile oder Beitragsverrechnung in den Leistungsbonus ist nicht möglich.

(4) Weitere Überschussbeteiligung vor Eintritt der Berufsunfähigkeit (Anwartschaftsphase)

Im Rahmen der Überschussbeteiligung kann die versicherte Person vor Eintritt der Berufsunfähigkeit den Präventionsservice nutzen, den wir über unseren Vertragspartner anbieten. Der Leistungsumfang des Präventionsservices wird im Rahmen der Überschussfestsetzung jährlich neu festgelegt und im Geschäftsbericht veröffentlicht. Weitere Informationen können Sie den "Bedingungen für den Präventionsservice" entnehmen.

(5) Überschussbeteiligung während der Berufsunfähigkeit (Leistungsphase)

Der jährliche Überschussanteil wird für die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente verwendet. Sie erhalten einen Zinsüberschussanteil, der sich in Prozent der Deckungsrückstellung zu Beginn des Versicherungsjahrs bemisst. Er wird erstmals zum Anfang des Versicherungsjahrs gewährt, das auf den Beginn der Leistungspflicht aus der Berufsunfähigkeitsversicherung folgt.

(6) Eine durch den Eintritt der Berufsunfähigkeit gewährte Bonusrente (Leistungsbonus) gemäß Abs. 3a oder eine während der Berufsunfähigkeit bereits gewährte Überschussbeteiligung gemäß Abs. 5 werden wir in der Höhe nicht vermindern, solange unsere Leistungspflicht gemäß § 1 besteht.

Information über die Höhe der Überschussbeteiligung

(7) Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor ist dabei die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Aber auch die Zinsentwicklung des Kapitalmarkts ist insbesondere bei laufenden Berufsunfähigkeitsrenten von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden.

§ 22 Welche Gestaltungsmöglichkeiten gibt es während der Versicherungsdauer dieser Versicherung?

(1) Nachversicherungsgarantie

Tritt bei der versicherten Person eines der im folgenden aufgeführten Ereignisse ein, so hat der Versicherungsnehmer das Recht, innerhalb von drei Monaten die zuletzt vereinbarte garantierte Rente ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen. Die monatliche Erhöhungssrente muss mindestens 50 Euro und darf höchstens 50 % der bei Vertragsbeginn vereinbarten garantierten monatlichen Rente betragen. Die aus allen Erhöhungen resultierende garantierte monatliche Rente darf 1.500 Euro nicht übersteigen.

Eine Nachversicherung im Rahmen der Nachversicherungsgarantie ist bei folgenden Ereignissen möglich:

- Heirat
- Geburt oder Adoption eines Kindes
- Abschluss einer akademischen Ausbildung
- Abschluss einer Meisterprüfung
- Karrieresprung (Das Bruttogehalt hat sich innerhalb der letzten 24 Monate um 20 % erhöht.)
- Erwerb eines selbst genutzten Eigenheims oder Eigentumswohnung
- Reduzierung oder Wegfall der versicherten Invaliditätsrentenanwartschaft der versicherten Person aus der Gesetzliche Rentenversicherung, einer arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Altersvorsorge oder einem berufsständischen Versorgungswerk, in dem die versicherte Person auf Grund einer Kammerzugehörigkeit pflichtversichert ist
- erstmalige Aufnahme einer selbstständigen hauptberuflichen Tätigkeit in einem anerkannten IHK-zertifizierten Ausbildungsberuf oder in einem Beruf, der die Mitgliedschaft in einer für diesen Beruf zuständigen Kammer erfordert, sofern die versicherte Person aus dieser beruflichen Tätigkeit ihr hauptsächliches Einkommen bezieht
- wenn Pflichtversicherte in der Gesetzlichen Rentenversicherung erstmalig die Jahresbeitragsbemessungsgrenze der Gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten durch das Jahreseinkommen aus nichtselbstständiger Tätigkeit überschreiten
- wenn Pflichtversicherte in einem berufsständischen Versorgungswerk erstmalig die Jahresbeitragsbemessungsgrenze durch das Jahreseinkommen aus nichtselbstständiger Tätigkeit überschreiten.

(2) Aufbaugarantie

Innerhalb von zwei Jahren nach Vertragsabschluss kann eine vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung um bis zu 100 % bis auf maximal 2.500 Euro Monatsrente erhöht werden.

(3) Die Erhöhung der versicherten Rente im Rahmen der Nachversicherungsgarantie oder der Aufbaugarantie bewirkt eine Beitragserhöhung.

Die Beitragserhöhung errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnermäßigen Alter der versicherten Person, der Restlaufzeit, einem eventuell vereinbarten Risikozuschlag und einer eventuell vereinbarten Sonderregelung, wobei sich die Risikoeinschätzung nach den bei uns für die versicherte Person abgeschlossenen Verträgen richtet. Bei einer Erhöhung der versicherten Rente behalten wir uns das Recht vor, die Berufsunfähigkeitsversicherung auf die zum Zeitpunkt

der Erhöhung für das Neugeschäft geöffneten Tarife umzustellen.

(4) Eine Erhöhung der versicherten Rente im Rahmen der Nachversicherungsgarantie oder der Aufbaugarantie ist nur möglich, wenn nach der Erhöhung die gesamte Anwartschaft auf Berufsunfähigkeitsrente einschließlich anderweitig bestehender privater, gesetzlicher und betrieblicher Anwartschaften 70 % des letzten Nettoeinkommens der versicherten Person nicht übersteigen.

Wir behalten uns das Recht auf Nachprüfung der wirtschaftlichen Verhältnisse vor. Die Nachversicherungsgarantie und die Aufbaugarantie bestehen, solange die versicherte Person das rechnermäßige Alter von 48 Jahren noch nicht überschritten hat und die verbleibende Beitragszahlungsdauer mindestens fünf Jahre ist.

Das Recht auf eine Nachversicherung bzw. die Aufbaugarantie gelten nicht für Versicherungen, bei denen die Annahme der Berufsunfähigkeitsversicherung mit einer Erschwerung aus medizinischen Gründen erfolgte. Das Recht auf eine Erhöhung der versicherten Rente ohne erneute Gesundheitsprüfung erlischt, wenn bereits Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit eingetreten oder abzusehen sind oder Leistungen aufgrund von Dread Disease erbracht werden.

(5) Überbrückungsmöglichkeiten

- a) Ist für die Berufsunfähigkeitsversicherung das Überschussystem Fondsanlage der Überschussanteile vereinbart, können Sie beantragen, dass das bereits vorhandene Fondsguthaben vorübergehend zur Beitragszahlung verwendet wird. Voraussetzungen hierfür sind, dass die Versicherung mindestens drei Jahre besteht und das aktuelle Fondsguthaben mindestens die Beitragssumme für ein Jahr beträgt.
- b) Vor Eintritt der Berufsunfähigkeit kann zum Ende eines Versicherungsjahrs von den Überschussystemen Fondsanlage der Überschussanteile oder Leistungsbonus in das Überschussystem Beitragsverrechnung gewechselt werden.
- c) Ab dem dritten Versicherungsjahr stunden wir Ihnen auf einen schriftlichen Antrag für bis zu 12 Monate die Beiträge. Tritt bei der versicherten Person oder dem Versicherungsnehmer eines der nachfolgend aufgezählten Ereignisse ein, stunden wir auf Antrag für bis zu achtzehn Monate die Beiträge:

- Heirat
- Geburt oder Adoption eines Kindes
- Eintritt von Arbeitslosigkeit
- Erwerb eines Eigenheims

Der Antrag auf Beitragsstundung ist in diesen Fällen innerhalb von drei Monaten nach Eintritt des Ereignisses zu stellen. Bei Vorliegen eines weiteren der genannten Stundungsgründe ist eine Verlängerung einer bereits bestehenden Stundung auf bis zu achtzehn Monate möglich. Voraussetzung für eine Stundung ist, dass die Beiträge für die ersten zwei Versicherungsjahre vollständig gezahlt sind und dass der Vertrag zum Zeitpunkt der Geltendmachung des Stundungsanspruchs nicht gekündigt ist. Zwischen zwei Stundungen muss mindestens ein

Zeitraum von fünf Versicherungsjahren liegen in dem die Beiträge vollständig gezahlt sind. Für die Stundung der Beiträge von mehr als drei Monaten erheben wir Stundungszinsen.

Für die Rückzahlung der gestundeten Beiträge können Sie mit uns anstelle der Rückzahlung in einem Betrag folgende Alternativen vereinbaren:

- gestundete Beiträge können in Monatsraten nachgezahlt werden

- die Verrechnung mit einem Deckungskapital - falls vorhanden -
- die Verrechnung mit einem Überschussguthaben - falls vorhanden -
- die Reduzierung der versicherten Leistung.

Die Stundung muss schriftlich vereinbart werden. Die genauen Bedingungen ergeben sich im Einzelnen aus einem Stundungsangebot, das wir Ihnen unterbreiten.

§ 23 Verzicht auf die Anwendung von § 19 Abs. 3 VVG und § 19 Abs. 4 VVG bei unverschuldeter vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung

Wir verzichten auf unsere Rechte zur Kündigung gemäß § 19 Abs. 3 und zur Vertragsanpassung gemäß § 19 Abs. 4 VVG, wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht weder durch Ihr Verschulden noch durch das Verschul-

den der versicherten Person verletzt wurde oder der anzeigepflichtige Umstand weder Ihnen noch der versicherten Person bekannt war.

§ 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 Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder der für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

(2) Sind Sie eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie bei dem Gericht

erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.

(3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz, sind die Gerichte des Staats zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

Bedingungen für die Dread Disease Absicherung im Rahmen der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bzw. Berufsunfähigkeitsversicherung (Version 1/2008)

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Was ist versichert?
- § 2 Welche schweren Erkrankungen sind versichert?
 - a) Krebs (maligne Tumore)
 - b) Koronare Bypassoperation
 - c) Kardiomyopathie
 - d) Schlaganfall (Gehirnschlag, Apoplexie)
 - e) Nierenversagen
 - f) Unfall mit Querschnittslähmung
 - g) Unfall mit Schädel-Hirn-Trauma
- § 3 In welchen Fällen ist der Dread Disease Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- § 4 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Dread Disease verlangt werden?
- § 5 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?
- § 6 Wie ist der Dread Disease Versicherungsschutz an den Überschüssen beteiligt?
- § 7 Welche Besonderheiten gelten für den Dread Disease Versicherungsschutz?

§ 1 Was ist versichert?

(1) Ist für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bzw. Berufsunfähigkeitsversicherung keine Karenzzeit vereinbart, und ist die versicherte Person während der Dauer der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bzw. Berufsunfähigkeitsversicherung (Versicherungsdauer) erstmals von einer der in § 2 genannten schweren Krankheiten (Dread Disease) betroffen, so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

- a) Zahlung einer Dread Disease-Rente in Höhe der beantragten Berufsunfähigkeitsrente. Die Rente zahlen wir bis zu sechs Monate monatlich im Voraus (Abs. 3).
- b) bis zu sechs Monate (Abs. 3) volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die Hauptversicherung und die eingeschlossenen Zusatzversicherungen.

Bei Vorliegen einer Berufsunfähigkeit nach § 2 der Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversiche-

rung bzw. Berufsunfähigkeitsversicherung werden die vereinbarten Berufsunfähigkeitsleistungen jedoch mit den Leistungen aufgrund einer Dread Disease verrechnet.

(2) Der Beginn des Leistungsanspruchs für die Beitragsbefreiung und Dread Disease-Rente ist abhängig von der jeweiligen schweren Erkrankung und in § 2 geregelt. Der Dread Disease Fall ist uns schriftlich zu melden.

(3) Während der Versicherungsdauer ist nur eine Dread Disease versichert.

Der Dread Disease-Schutz besteht weltweit. Der Dread Disease-Schutz besteht während der Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bzw. Berufsunfähigkeitsversicherung. Leistungsansprüche bestehen für den Zeitraum von sechs Monaten, längstens bis zum Ende der Leistungsdauer der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bzw. Berufsunfähigkeitsversicherung und nur solange die versicherte Person lebt.

§ 2 Welche schweren Erkrankungen sind versichert?

a) Krebs (maligne Tumore)

Vorliegen eines malignen (bösartigen) Tumors (Geschwulst), der in der Lage ist, Krebszellen im Körper zu streuen. Maligne Tumore können schnell wachsen, umliegendes Gewebe befallen und die Krebszellen können über den Blutkreislauf und das Lymphsystem in andere Bereiche des Körpers gelangen und dort ihr Tumorwachstum fortsetzen, wenn sie nicht entfernt oder durch Chemotherapie-

tika (Medikamente, die Tumoren oder Zellen zerstören) oder Strahlen zerstört worden sind.

Ausgeschlossen sind Formen des Krebses mit relativ hohen Heilungschancen:

- alle Tumoren, die histologisch als prä-maligne (Vorstufe zur Bösartigkeit) beschrieben werden oder eine frühe maligne (bösartige) Veränderung zeigen

- alle CIN Stadien (cervikale intraepitheliale Neoplasie = Veränderungen des Zellabstrichs des Gebärmutterhalses)
- alle Carcinoma in situ / TIS (= Tumor im Entstehen)
- alle Hautkrebsarten einschließlich des malignen Melanoms Stadium IA (T1aN0M0)
- Prostatakarzinom, Stadium 1 (T1a, 1b, 1c)

Ebenfalls ausgeschlossen sind jegliche Tumore in Gegenwart einer HIV-Infektion.

Die Erkrankung muss durch Vorliegen eines oder mehrerer Tumoren manifestiert sein, die durch eine mikroskopische Gewebeuntersuchung (Histologie) als bösartig (maligne) klassifiziert wurden und ggf. durch unkontrolliertes Wachstum und Ausbreitung maligner Zellen sowie durch eine Infiltration in normales Gewebe charakterisiert worden sein.

Sollte eine Histologie (s.o.) nicht möglich sein, muss die Bösartigkeit durch eine andere schulmedizinisch anerkannte Untersuchungsmethode nachgewiesen sein.

In die Deckung eingeschlossen sind Leukämie (bösartige Bluterkrankung) und Lymphome (Tumore des Lymphsystems).

Der Leistungsanspruch entsteht mit Beginn des Monats, in dem die gesicherte onkologische Diagnose (Krebsdiagnose) gestellt wird.

b) Koronare Bypassoperation

Offene Thoraxoperation mittels koronarer Bypassstransplantate (Umgehungsblutgefäße der Blutgefäße des Herzmuskels) zur Versorgung von mindestens drei Koronararterien (Blutgefäße des Herzmuskels), die verengt oder verschlossen sind.

Ausgeschlossen sind perkutane transluminale koronare Angioplastie (PTCA = Aufdehnung der Blutgefäße des Herzmuskels) und andere intraarterielle Therapieverfahren sowie die minimal invasive Chirurgie (Schlüssellochoperation).

Die Notwendigkeit der Operation muss von einem Kardiologen nach den Regeln der deutschen Gesellschaft für Kardiologie bestätigt und durch eine Koronarangiographie (Herzkatheteruntersuchung) nachgewiesen werden.

Der Leistungsanspruch entsteht mit Beginn des Monats, in dem eine Operation durchgeführt wurde.

c) Kardiomyopathie

Schwere Störung der Pumpfunktion des Herzens aufgrund einer Erweiterung der Herzhöhlen (dilatative Kardiomyopathie) oder einer Zunahme der Herzwanddicke (hypertrophische Kardiomyopathie). Es müssen trotz optimaler medikamentöser Behandlung schwere Zeichen einer Herzleistungsschwäche vorliegen (physische Einschränkung von mindestens Klasse IV nach NYHA - New York Heart Association -).

Die Diagnose muss von einem Kardiologen nach den Regeln der deutschen Gesellschaft für Kardiologie nachgewiesen werden.

Der Leistungsanspruch entsteht mit Beginn des Monats, in dem die kardiologisch gesicherte Diagnose gestellt und eine Herzleistungsschwäche Klasse IV nach NYHA nachgewiesen wurde.

d) Schlaganfall (Gehirnschlag, Apoplexie)

Dauerhafte Schädigung des Gehirns durch einen nach einer Hirnblutung, Thrombose oder Embolie erlittenen Hirninfarkt.

Ausgeschlossen sind jedoch vorübergehende Hirndurchblutungsstörungen (TIA's = transitorische ischämische Attacken), die sich ohne Folgen zurückbilden sowie migränebedingte neurologische Ausfallerscheinungen.

Die Erkrankung muss durch die Diagnose eines Arztes für Neurologie/Psychiatrie aufgrund entsprechender bildgebender Diagnostik (Computertomographie, Kernspintomographie) nachgewiesen werden.

Der Leistungsanspruch entsteht nach Ablauf von drei Monaten, beginnend mit dem Schluss des Monats, in dem die gesicherte ärztliche Diagnose gestellt wird.

e) Nierenversagen

Endgültiges, nicht mehr zu behebendes Versagen beider Nieren, aufgrund dessen eine regelmäßige Dialyse durchgeführt werden muss.

Die Diagnose muss durch einen Arzt für Nephrologie nachgewiesen werden.

Der Leistungsanspruch entsteht mit Beginn des Monats, in dem die nephrologisch gesicherte Indikation zur Dialyse gestellt wird oder eine erfolgreiche Operation mit Nierentransplantation durchgeführt wurde.

f) Unfall mit Querschnittslähmung

Vollständiger und dauerhafter motorischer und sensibler Verlust der Gebrauchsfähigkeit beider Arme oder beider Beine mit unfallbedingter Schädigung des Rückenmarks oder Gehirns, die eine Paraplegie (Lähmung beider Beine) oder Tetraplegie (Lähmung beider Beine und beider Arme) beinhalten muss, nachgewiesen durch die Diagnose eines Arztes für Neurologie/Psychiatrie.

Der Leistungsanspruch entsteht mit Beginn des Monats, in dem die Paraplegie oder Tetraplegie neurologisch gesichert nachgewiesen wird.

g) Unfall mit Schädel-Hirn-Trauma

Eine schwere unfallbedingte Kopfverletzung mit schwerer unfallbedingter Hirnschädigung, die zu dauerhaften neurologischen Ausfällen oder zu einem dauerhaften Verlust der intellektuellen Fähigkeiten führt.

Die Diagnose muss von einem Arzt für Neurologie/Psychiatrie nachgewiesen werden.

Der Leistungsanspruch entsteht mit Beginn des Monats, in dem die schwere Kopfverletzung entstand

und in dem die dauerhaften Schäden des Gehirns neurologisch nachgewiesen werden.

§ 3 In welchen Fällen ist der Dread Disease Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Der Dread Disease Versicherungsschutz ist ausgeschlossen für schwere Erkrankungen gemäß § 2, die vor Beginn der Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bzw. Berufsunfähigkeitsversicherung eingetreten und diagnostiziert sind.

Berufsunfähigkeit aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bzw. Berufsunfähigkeitsversicherung erbracht werden.

(2) Der Dread Disease Versicherungsschutz ist ausgeschlossen für schwere Erkrankungen gemäß § 2, die eingetreten sind, während Leistungen aufgrund von

(3) Wurde für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bzw. Berufsunfähigkeitsversicherung eine Ausschlussklausel vereinbart, so gilt dieser Leistungsausschluss auch für die Dread Disease-Leistungen.

§ 4 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Dread Disease verlangt werden?

(1) Werden Leistungen aufgrund einer Dread Disease verlangt, so sind uns unverzüglich die in § 2 zu der

jeweiligen Dread Disease genannten Diagnosen, Nachweise und Unterlagen einzureichen.

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

(1) Liegen uns die zu der jeweiligen Dread Disease genannten Diagnosen, Nachweise und Unterlagen vor, werden wir unverzüglich die Leistungspflicht anerkennen. Es wird lediglich eine Prüfung im Hinblick auf eine vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung durchgeführt, eine weitergehende Leistungsprüfung wird nicht vorgenommen, auch innerhalb der sechs Monate werden wir keine erneute Prüfung des Dread Disease Falls vornehmen.

(2) Werden Leistungen aufgrund einer Dread Disease verlangt, werden wir auch prüfen, ob eine Berufsunfähigkeit nach § 2 der Bedingungen der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bzw. Berufsunfähigkeitsversicherung vorliegt.

Liegt keine Berufsunfähigkeit nach § 2 der Bedingungen der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bzw. Berufsunfähigkeitsversicherung vor, sind erhaltene Leistungen aufgrund einer Dread Disease nicht zurückzuzahlen.

§ 6 Wie ist der Dread Disease Versicherungsschutz an den Überschüssen beteiligt?

Ist für die Überschussbeteiligung der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bzw. Berufsunfähigkeitsversicherung vor Eintritt der Berufsunfähigkeit (Anwartschaftsphase) das Überschusssystem Leistungsbonus vereinbart, so erhalten Sie zusätzlich zur versicherten garantierten

Dread Disease-Rente auch die für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bzw. bzw. Berufsunfähigkeitsversicherung vereinbarte Überschussrente (Leistungsbonus).

§ 7 Welche Besonderheiten gelten für den Dread Disease Versicherungsschutz?

Für den Dread Disease Versicherungsschutz besteht kein vorläufiger Versicherungsschutz.