

Inhaltsübersicht

I Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung „TopLine“

Umfang des Versicherungsschutzes	2
§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?	2
§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?	2
§ 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	3
§ 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	4
§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	4
§ 6 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht? ..	5
Der Beitrag	6
§ 7 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?	6
§ 8 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	6
§ 9 Wann können Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?	7
§ 10 Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet?	7
Der Leistungsfall	7
§ 11 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?	7
§ 12 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	7
§ 13 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?	8
§ 14 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungs- pflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?	8
§ 15 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein? ..	8
§ 16 Wer erhält die Versicherungsleistung?	8
Bedingungsänderungen	9
§ 17 Wann können wir die Bedingungen ändern?	9
Formelle Regelungen	9
§ 18 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?	9
§ 19 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?	9
§ 20 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?	9
§ 21 Wo ist der Gerichtsstand?	9
§ 22 Salvatorische Klausel	9

II Zusatzleistungen

§ 1 Nachversicherungsgarantie	10
§ 2 Behinderungsbedingte Kosten	10
§ 3 Rehabilitationshilfen	10
§ 4 Hilfen zur Umorganisation	11
§ 5 Wiedereingliederungshilfen	11
§ 6 Obergrenzen für Zusatzleistungen	11

III Anhang der AVB zur Kündigung Ihrer Versicherung

11

IV Besondere Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung

§ 1 Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Versicherungsleistungen?	11
§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?	12
§ 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?	12
§ 4 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen?	12
§ 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?	12

I Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung „TopLine“

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Sie können selbst versicherte Person sein oder jemand anderen als versicherte Person im Antrag benennen. Sowohl der Versicherungsnehmer als auch die versicherte Person haben Rechte und Pflichten aus dem Vertrag. Für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

Umfang des Versicherungsschutzes

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

1. Wird die versicherte Person gemäß § 2 während der Dauer dieser Versicherung zu mindestens 50 % berufsunfähig, so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

- a) Zahlung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente,
- b) volle Befreiung von der Beitragspflicht.

Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit besteht kein Anspruch auf diese Versicherungsleistungen.

2. Die Rente zahlen wir entsprechend der vereinbarten Rentenzahlungsweise im Voraus, erstmals anteilig bis zum Ende der laufenden Rentenzahlungsperiode.

3. Wird die versicherte Person während der Dauer dieser Versicherung infolge Pflegebedürftigkeit (vgl. § 2 Nr. 8 bis 10) berufsunfähig und liegt der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 %, so erbringen wir dennoch folgende Leistungen:

- a) Volle Befreiung von der Beitragspflicht,
- b) Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente in Höhe von 100 % ab Pflegestufe I.

Für die Zahlungsmodalitäten gilt Nr. 2 entsprechend.

4. Der Anspruch auf Rente und Beitragsbefreiung entsteht mit Beginn des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit gemäß § 2 eingetreten ist.

5. Versicherungsdauer ist der Zeitraum, in dem Versicherungsschutz besteht. Leistungsdauer ist der Zeitraum, bis zu dessen Ablauf eine während der Versicherungsdauer zuerkannte Leistung längstens gewährt wird.

Ist eine gegenüber der Versicherungsdauer längere Leistungsdauer vereinbart, so werden Ansprüche, die durch Eintritt der Berufsunfähigkeit vor Ablauf der Versicherungsdauer entstanden sind, auch dann noch anerkannt, wenn sie nach Ablauf der Versicherungsdauer geltend gemacht werden, sofern die Leistungsdauer noch nicht abgelaufen ist. Entsprechendes gilt für den Fall, dass eine innerhalb der Versicherungsdauer fällig gewordene Leistung infolge Wiederherstellung der Berufsfähigkeit (Reaktivierung) erloschen ist und nach Ablauf der Versicherungsdauer eine erneute Berufsunfähigkeit angezeigt wird, die ihren Ursprung in der ersten Berufsunfähigkeit hat.

6. Der Anspruch auf Rente und Beitragsbefreiung erlischt, wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % sinkt – bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit (§ 2 Nummern 8 bis 10), wenn die Pflegebedürftigkeit unter das Maß der Pflegestufe I sinkt. Ansonsten erlischt der Anspruch spätestens, wenn die versicherte Person stirbt oder bei Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer; Einzelheiten regelt § 13 Nr. 4.

7. Bis zu unserer endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge weiter entrichten; wir werden jedoch die über den Leistungsbeginn hinaus gezahlten Beiträge bei Anerkennung der Leistungspflicht verzinst mit 5 % p.a. zurückzahlen. Auf Ihren Wunsch hin sind wir bereit, die Beiträge bis zu unserer endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos zu stunden. Im Falle eines Rechtsstreits über unsere Leistungspflicht stunden wir Ihnen die Beiträge bis zur rechtskräftigen gerichtlichen Entscheidung. Nach einer abschlägigen Entscheidung sind die gestundeten Beiträge innerhalb von 30 Tagen nachzuzahlen. Sie können stattdessen beantragen, dass die gestundeten Beiträge durch eine Vertragsänderung oder durch Verrechnung mit dem Guthaben oder den Gewinnanteilen getilgt werden. Sollte die Tilgung auf diesem Wege nicht möglich sein, teilen wir Ihnen das unverzüglich mit. Dann können Sie die gestundeten Beiträge in einem Zeitraum von bis zu 12 Monaten in Raten zusammen mit den laufenden Beiträgen nachzahlen. Stundungszinsen erheben wir in diesem Falle nicht.

8. Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Rentenleistungen erhalten Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (siehe § 3).

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

1. Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, mindestens 6 Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich außerstande sein wird, ihrem zuletzt ausgeübten Beruf wie in gesunden Tagen nachzugehen und auch keine andere Tätigkeit ausübt, die sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten ausüben kann und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht. Wir erbringen in diesem Fall unsere Leistungen bereits ab Beginn dieses sechsmonatigen Zeitraumes.

Eine Tätigkeit entspricht dann der bisherigen Lebensstellung, wenn

- das mit dem Ausüben der Tätigkeit verbundene soziale Ansehen mit dem des zuletzt ausgeübten Berufs vergleichbar ist und
- das daraus erzielbare jährliche Einkommen mindestens 80 Prozent des durchschnittlichen Einkommens aus Erwerbstätigkeit der letzten drei Jahre vor der Berufsunfähigkeit beträgt. Bei der Ermittlung werden krankheitsbedingte Einkommensausfälle ausgeglichen.

2. Als Beruf gilt

- a) bei Hausfrauen und Hausmännern die Tätigkeit eines Hauswirtschafters,
- b) bei Schülern, bei Auszubildenden, welche die Zwischenprüfung noch nicht abgelegt haben, sowie bei Studenten vor erfolgreichem Abschluss des Grundstudiums die berufliche Tätigkeit einer Arbeitskraft mit noch nicht bestimmtem Beruf,
- c) bei Auszubildenden, welche die Zwischenprüfung abgelegt haben, die berufliche Tätigkeit eines Gesellen des Ausbildungsberufes,
- d) bei Studenten nach erfolgreichem Abschluss des Grundstudiums die berufliche Tätigkeit eines Absolventen des Studienganges.

3. Hat die versicherte Person ihren Beruf innerhalb von 12 Monaten vor Eintritt der Berufsunfähigkeit gewechselt und zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet, so wird bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit auch die berufliche Tätigkeit vor dem Berufswechsel berücksichtigt. Die Berücksichtigung der früheren Tätigkeit ist ausgeschlossen, wenn die für die Berufsunfähigkeit ursächlichen Gesundheitsstörungen

- gen zum Zeitpunkt des Berufswechsels weder bekannt noch absehbar waren oder wenn der Berufswechsel aus gesundheitlichen Gründen erfolgte.
4. Vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit brauchen Sie uns einen Wechsel oder das Ende der beruflichen Tätigkeit der versicherten Person nicht anzuzeigen.
 5. Übt die versicherte Person bei Eintritt des Versicherungsfalles keine berufliche Tätigkeit aus, so wird die Berufsunfähigkeit nach der in den vorangegangenen 12 Monaten ausgeübten Berufstätigkeit beurteilt. Liegt die letzte Berufstätigkeit mehr als 12 Monate zurück, so kommt es darauf an, ob die versicherte Person außerstande ist, einen Beruf auszuüben, wie sie ihn aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung in gesunden Tagen hätte ausüben können und der ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.
 6. Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn die versicherte Person in zumutbarer Weise weiterhin als Selbstständiger nach einer Umorganisation innerhalb ihres Betriebes tätig sein könnte. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn der versicherten Person die Stellung als Betriebsinhaber erhalten bleibt, mindestens 80 % des Einkommens wie in gesunden Tagen erzielt werden kann und die Kosten der Umorganisation von uns getragen werden.
 7. Berufsunfähigkeit von mindestens 50 % ist gegeben, wenn die in Nr. 1 genannten Voraussetzungen mindestens 6 Monate ununterbrochen von mindestens 50 % erfüllt waren oder voraussichtlich erfüllt sein werden.
 8. Berufsunfähigkeit von mindestens 50 % wird auch bei Pflegebedürftigkeit angenommen. Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls mindestens 6 Monate ununterbrochen so hilflos war oder voraussichtlich sein wird, dass sie für eine oder mehrere der in Nr. 9 genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Im Falle von Pflegebedürftigkeit erbringen wir unsere Leistungen ebenfalls bereits ab Beginn des sechsmonatigen Zeitraumes. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.
 9. Pflegebedürftigkeit ist gegeben, wenn wenigstens eine der folgenden Voraussetzungen zutrifft:

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

 - a) 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;
 - b) 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;
 - c) An- und Auskleiden: Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann;
 - d) Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken: Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann;
 - e) Waschen, Kämmen oder Rasieren: Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen;
 - f) 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 Bettenschüssel verrichten kann oder weil
 - der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, und kann die versicherte Person diese Hilfsmittel selbstständig verwenden, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft kein Hilfebedarf vor.
 10. Unabhängig von diesen Voraussetzungen liegt Pflegebedürftigkeit vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf. Das Gleiche gilt für eine versicherte Person, die dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann, oder die 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.
 11. Vorübergehende akute Erkrankungen oder Besserungen sowie Unterbrechungen der Pflegebedürftigkeit werden bei der Prüfung, ob Berufsunfähigkeit besteht oder fortbesteht, nicht berücksichtigt. Eine Erkrankung, Besserung oder Unterbrechung der Pflegebedürftigkeit gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach 3 Monaten noch anhält.

§ 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

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

1. Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

- a) 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 können aus den Erträgen der Kapitalanlagen entstehen. Von den anzurechnenden 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). Aus den verbleibenden Mittel wird die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer dotiert.

b) Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Gruppen zusammengefasst. Kriterium für die Bildung einer solchen Gruppe ist vor allem das versicherte Risiko. Danach werden Berufsunfähigkeitsversicherungen, Risikoversicherungen, Kapitallebensversicherungen sowie die Rentenversicherungen eigenen Gruppen zugeordnet. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Gruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der sog. Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im 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 Notstandes (z. B. Verlustabdeckung) heranziehen. Hierfür benötigen wir die Zustimmung der Aufsichtsbehörde.

2. Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages

- a) Ihre Versicherung gehört zur Bestandsgruppe BV/2008. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Den Geschäftsbericht können Sie bei uns jederzeit anfordern.
- b) Die Bemessungsgrößen für die Überschussanteile werden nach versicherungsmathematischen Regeln mit den Rechnungsgrundlagen der Tarifikalkulation ermittelt. Die Tarifikalkulation ist von den DAV-Tafeln 1997I, 1997II, 1997RI sowie 1994T, jeweils für Männer bzw. Frauen, abgeleitet. Als Rechnungszins wurde 2,25 % angesetzt.
- c) Bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung besteht die Überschussbeteiligung aus einem Sofortrabatt, der in Prozent des Bruttobeitrags gemäß Zahlweise bemessen wird. Die Zuteilung erfolgt in anteiliger Höhe gleichbleibend für das ganze Versicherungsjahr zu Beginn eines jeden Monats. Die innerhalb eines Zahlungsabschnitts fällig werdenden monatlichen Überschussanteile werden zu Beginn dieses Zahlungsabschnitts mit den Bruttobeiträgen verrechnet. Ein Rechtsanspruch auf die Überschussanteile entsteht allerdings erst mit ihrer Zuteilung. Beitragsfreie Versicherungen sind nicht überschussberechtig.

3. Gewinngruppen:

a) Verträge in Anwartschaft mit Verrechnung

Wartezeit:	keine
Risikoüberschuss:	in Prozent des Jahresbeitrags
Überschussssystem:	Verrechnung

b) Verträge im Rentenbezug bei Berufsunfähigkeit

Wartezeit:	keine
Zinsüberschuss:	in Prozent der Deckungsrückstellung zu Beginn des Versicherungsjahres
Überschussssystem:	Rentenerhöhung

4. Überschussysteme

- a) **Überschussystem Verrechnung:**
Die Überschüsse werden mit den Beiträgen verrechnet
- b) **Überschussystem Rentenerhöhung:**
Im Rentenbezug bei Berufsunfähigkeit werden die jährlich anfallenden Zinsüberschussanteile dazu verwendet, die jeweils fälligen Renten zu erhöhen.

5. Information über die Höhe der Überschussbeteiligung

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 ist insbesondere bei laufenden Berufsunfähigkeitsrenten von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden.

§ 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

1. Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag abgeschlossen worden ist und Sie den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung (vgl. § 7 Nr. 2 und § 8).
2. Ist mit Ihnen ein vorläufiger Versicherungsschutz vereinbart worden, so wird dieser durch die Regelungen in Nr. 1 nicht berührt.

§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Berufsunfähigkeit gekommen ist. Soweit nichts anderes vereinbart ist, leisten wir jedoch nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:

- a) unmittelbar oder mittelbar durch kriegerische Ereignisse, außer 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. Wir werden aber leisten, wenn die versicherte Person als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei, des Bundesgrenzschutzes oder einer staatlich anerkannten Hilfsorganisation im Auftrag der Bundesrepublik Deutschland mit Mandat der NATO oder UNO an deren humanitären Hilfeleistungen teilnimmt,
- b) 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,
- c) durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person,
- 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, werden wir leisten,
- e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben,

- f) 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.

§ 6 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

1. Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Vertragsabschluss in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). 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. Nr. 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 Versicherungsfalles 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 Versicherungsfalles 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 (§ 9 Nr. 1 bis 3).

Vertragsanpassung

9. 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 Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, verzichten wir auf die Möglichkeit der Vertragsanpassung bzw. der Vertragsbeendigung.
10. 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

11. 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.
12. Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung sind ausgeschlossen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
13. Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von drei Jahren seit Vertragsschluss 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

14. Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmeh Entscheidung 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. Nr. 5 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung / Wiederherstellung der Versicherung

15. Die Nummern 1 bis 14 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen nach Nr. 13 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

Erklärungsempfänger

16. Die Ausübung unserer Rechte erfolgt durch eine schriftliche Erklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist.
17. Auf den Rücktritt, die Kündigung, die Vertragsanpassung oder Anfechtung des Versicherungsvertrages können wir uns auch dritten Berechtigten gegenüber berufen.

Der Beitrag

§ 7 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

1. Sie zahlen für jede Versicherungsperiode einen laufenden Beitrag. Versicherungsperiode kann je nach Vereinbarung ein Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr sein. Die Beiträge werden jeweils zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.
2. Der erste Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind jeweils zum vereinbarten Fälligkeitstag an uns zu zahlen.
3. 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 schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.
4. Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.
5. Die Beiträge zu Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung können Sie je nach Vereinbarung durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge (laufende Beiträge) entrichten. Hierfür werden Ratenzuschläge erhoben: 2 % bei halbjährlicher, 3 % bei vierteljährlicher und 5 % bei monatlicher Beitragszahlung.
6. Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.
7. Wir sind nach § 163 des Versicherungsvertragsgesetzes zu einer Neufestsetzung der vereinbarten Prämie berechtigt, wenn
 - a) sich der Leistungsbedarf nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den Rechnungsgrundlagen der vereinbarten Prämie geändert hat,
 - b) die nach den berichtigten Rechnungsgrundlagen neu festgesetzte Prämie angemessen und erforderlich ist, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistung zu gewährleisten, und
 - c) ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die Voraussetzungen gemäß a) und b) überprüft und bestätigt hat.

Die Mitwirkung des Treuhänders entfällt, wenn Änderungen nach Nr. 7 a) der Genehmigung der Aufsichtsbehörde bedürfen.

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

1. Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten der zur Gesundheitsprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchungen verlangen.
2. Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die Nicht-Zahlung nicht zu vertreten haben.
3. Wenn ein Folgebeitrag oder ein sonstiger Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig gezahlt worden ist oder eingezogen werden konnte, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist, entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

§ 9 Wann können Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?

1. Sie können Ihre Versicherung schriftlich ganz oder teilweise kündigen
 - a) jederzeit zum Schluss des laufenden Versicherungsjahres,
 - b) bei Vereinbarung von Ratenzahlung auch innerhalb des Versicherungsjahres mit Frist von einem Monat zum Schluss eines jeden Ratenzahlungsabschnitts, frühestens jedoch zum Schluss des ersten Versicherungsjahres.
2. Kündigen Sie Ihre Versicherung nur teilweise, ist diese Kündigung nur wirksam, wenn die verbleibende beitragspflichtige Monatsrente einen Mindestbetrag von 25 € und die Beitragsrate einen Mindestbetrag von 10 € erreicht. Ist dies nicht der Fall, müssen Sie, um Ihre Versicherung zu beenden, den Vertrag ganz kündigen.
3. Mit Kündigung erlischt die Versicherung, ohne dass ein Rückkaufswert fällig wird. Auch eine Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung oder die Rückzahlung der Beiträge ist nicht möglich.
4. Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt der Kündigung berufsunfähig, bleiben anerkannte oder festgestellte Ansprüche aus der Versicherung von der Kündigung unberührt.

§ 10 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, RechVersV) 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 Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt.
3. Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden während der vertraglich vereinbarten Beitragszahlungsdauer aus den laufenden Beiträgen getilgt.

Der Leistungsfall

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

1. Zum Nachweis des Versicherungsfalls sind uns unverzüglich auf Kosten des Anspruchshebenden folgende Unterlagen einzureichen:
 - a) Ein amtliches Zeugnis über den Tag der Geburt der versicherten Person,
 - b) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit,
 - c) ausführliche Berichte der Ärzte, welche 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,
 - d) Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen,
 - 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.
2. Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen.

Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser, sonstige Krankenanstalten, Alten- und Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder Pflege war oder sein wird, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen.
3. Zumutbare Anordnungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt trifft, um die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu mindern, sind zu befolgen. Zumutbar sind
 - a) die Verwendung verordneter Heil- oder Hilfsmittel, z. B. der Gebrauch einer Seh- oder Hörhilfe und von Prothesen,
 - b) Maßnahmen, die nicht mit besonderen Schmerzen oder Gefahren verbunden sind sowie sichere Aussicht auf Heilung oder wesentliche Besserung bieten.

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

1. Nach Prüfung der bei uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in Textform, ob, in welchem Umfang und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen. Wir verpflichten uns, Ihnen innerhalb von 10 Arbeitstagen nach Eingang der jeweils zur Prüfung vorgelegten Unterlagen unsere Entscheidung über die Leistungspflicht mitzuteilen oder weitere Unterlagen für die Prüfung anzufordern oder Ihnen mitzuteilen, dass wir weitere Schritte (z. B. ein neutrales Gutachten) einleiten werden.

- Wir können in sachlich begründeten Ausnahmefällen einmalig ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis unter einstweiliger Zurückstellung der Frage aussprechen, ob der Versicherte berufsunfähig im Sinne von § 2 ist. Die Dauer des mit zeitlicher Begrenzung ausgesprochenen Anerkenntnisses darf insgesamt 12 Monate nicht überschreiten. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich begrenzte Anerkenntnis für uns bindend. Die in diesem Zusammenhang erbrachten Leistungen werden nicht zurückgefordert, auch wenn später kein Anspruch auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit entsteht.

§ 13 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

- Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit im Sinne von § 2, ihren Grad, die Pflegebedürftigkeit und das Fortleben der versicherten Person nachzuprüfen; dies gilt jedoch nicht für die Dauer der zeitlich begrenzten Anerkenntnisse nach § 12 Nr. 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 § 11 Nr. 2 und 3 gelten entsprechend.
- Eine Minderung der Berufsunfähigkeit, den Wegfall der Pflegebedürftigkeit und die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.
- Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen oder hat sich ihr Grad auf weniger als 50 % vermindert, bzw. sind bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit die Voraussetzungen des § 2 Nummern 8 bis 10 entfallen, 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.

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

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 11 oder § 13 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchshebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 15 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

- 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.
- In den Fällen des § 16 Nr. 3 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die schriftliche Anzeige des bisherigen Berechtigten vorliegt.

§ 16 Wer erhält die Versicherungsleistung?

- 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 Fälligkeit die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll (Bezugsberechtigter). Bis zur jeweiligen Fälligkeit können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen.
- 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 des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.
- Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie schriftlich angezeigt worden sind. Das Gleiche gilt für die Abtretung und Verpfändung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag, soweit derartige Verfügungen überhaupt rechtlich möglich sind.
- Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.

Bedingungsänderungen

§ 17 Wann können wir die Bedingungen ändern?

- Wir sind berechtigt, die Bedingungen mit Wirkung für bestehende Verträge unter folgenden Voraussetzungen zu ändern, zu ergänzen oder zu ersetzen:
 - Wenn dies aufgrund neuer oder geänderter Rechtsvorschriften oder höchstrichterlicher Rechtsprechung zur Fortführung des Vertrages notwendig ist,
 - im Falle der gerichtlich festgestellten Unwirksamkeit einzelner Regelungen oder
 - wenn die Anpassung aufgrund einer kartell- oder aufsichtsbehördlichen Maßnahme erforderlich ist.

Weiterhin sind wir berechtigt, für bestehende Verträge die Bestimmungen zur Überschussbeteiligung (§ 3) zu ändern.

- Die entsprechend Nr. 1 angepassten Bedingungen sollen den ursprünglichen Bedingungen auch unter Berücksichtigung der bisherigen Auslegung in rechtlicher und wirtschaftlicher Hinsicht weitestgehend entsprechen. Sie dürfen den Versicherten auch unter Berücksichtigung der bisherigen Auslegung in rechtlicher und wirtschaftlicher Hinsicht nicht unzumutbar benachteiligen. Eine Schlechterstellung der Versicherten darf nur entstehen, soweit
 - der Anpassungsbedarf nicht vorhersehbar sowie von uns weder veranlasst noch beeinflusst war und
 - ohne die Anpassung eine nicht unbedeutende Störung des bei Vertragsabschluss vorhandenen Äquivalenzverhältnisses vorliegen würde oder eine Regelungslücke gefüllt werden muss.
- Die geänderten Bedingungen werden dem Versicherungsnehmer schriftlich bekannt gegeben und erläutert. Sie gelten als genehmigt, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe schriftlich widerspricht. Hierauf wird er bei der Bekanntgabe besonders hingewiesen. Zur Fristwahrung ist die Absendung ausreichend. Bei fristgerechtem Widerspruch laufen die Verträge mit den ursprünglichen Bedingungen weiter.
- Zur Beseitigung von Auslegungszweifeln kann der Versicherer den Wortlaut von Bedingungen ändern, wenn diese Anpassung vom bisherigen Bedingungstext gedeckt ist und den objektiven Willen sowie die Interessen beider Parteien berücksichtigt. Das Verfahren nach Nr. 3 ist zu beachten.

Formelle Regelungen

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

- Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets in Textform erfolgen. Für uns bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie uns zugegangen sind. Versicherungsvermittler sind zu ihrer Entgegennahme nicht bevollmächtigt.
- 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).
- Bitte richten Sie alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen an unsere Hauptverwaltung.

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

- 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 bekannte Anschrift senden können. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.
- Bei Änderung Ihres Namens gilt Nr. 1 entsprechend.

§ 20 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

- Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.
- Es gelten die Rechnungsgrundlagen unseres Tarifwerkes bei Vertragsabschluss.

§ 21 Wo ist der Gerichtsstand?

- 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.
- 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 Aufenthaltes zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.
- Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.
- Sind Ihr Wohnsitz oder Ihr gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie nach unserem Sitz oder unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.

§ 22 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen des Vertrages unwirksam, nichtig oder anfechtbar sein oder werden, wird die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen hierdurch nicht berührt.

II Zusatzleistungen

§ 1 Nachversicherungsgarantie

1. Tritt bei der versicherten Person eines der im folgenden aufgeführten Ereignisse ein, so haben Sie das Recht, innerhalb von 6 Monaten nach Eintritt des Ereignisses die zuletzt vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen. Jede einzelne Nachversicherung gilt für sich als Abschluss eines neuen Versicherungsvertrags mit den dann gültigen Versicherungsbedingungen, Tarifen und gesetzlichen Bestimmungen.
2. Ereignisse, die das Recht zur Inanspruchnahme einer Nachversicherung begründen, sind:
 - Erreichen der Volljährigkeit,
 - Heirat,
 - Ehescheidung, sofern deshalb die wöchentliche Arbeitszeit um mindestens 10 Stunden erhöht oder eine Erwerbstätigkeit wieder aufgenommen wird,
 - Geburt oder Adoption eines Kindes,
 - erfolgreicher Abschluss einer allgemein anerkannten Berufsausbildung, einer Höherqualifikation oder einer akademischen Ausbildung,
 - erstmaliges Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten durch das Jahreseinkommen aus nichtselbstständiger Tätigkeit,
 - Wegfall des Berufsunfähigkeitsschutzes aus der gesetzlichen Rentenversicherung bei Freiberuflern und Selbstständigen,
 - Einkommenserhöhung um mindestens 250 € brutto monatlich aus nichtselbstständiger Tätigkeit der versicherten Person, die mit einem Karrieresprung (z.B. höhere Position in der Hierarchie eines Unternehmens) verbunden ist,
 - Wegfall oder Reduzierung der betrieblichen Altersversorgung, z. B. bei Arbeitgeberwechsel in eine vergleichbare oder bessere Position,
 - erstmaliger Wechsel in die berufliche Selbstständigkeit, falls die versicherte Person aus dieser Berufstätigkeit ihr hauptsächliches Erwerbseinkommen bezieht,
 - Aufnahme eines Darlehens in Höhe von mindestens 50.000 € zur Finanzierung einer selbstgenutzten Immobilie durch die versicherte Person oder ihren Ehepartner. Das Vorliegen dieser Ereignisse ist uns durch entsprechende Unterlagen (z. B. Urkunden) nachzuweisen.
3. Eine Nachversicherung ist nur zulässig, wenn die jährliche Rente hierdurch um mindestens 600 € erhöht wird. Bei Eintritt eines jeden der in Nr. 2 aufgeführten Ereignisse darf die Jahresrente um bis zu 25 % der bei Vertragsbeginn vereinbarten jährlichen Rente erhöht werden. Die Erhöhungen der jährlichen Renten im Rahmen der Nachversicherungsgarantie dürfen während der Versicherungsdauer insgesamt höchstens 100 % der bei Vertragsbeginn vereinbarten jährlichen Rente betragen; die versicherte Jahresrente einschließlich aller Erhöhungen darf hierbei 30.000 € nicht überschreiten. Voraussetzung für die Zulässigkeit jeder einzelnen Erhöhung im Rahmen der Nachversicherungsgarantie ist, dass nach erfolgter Leistungserhöhung die gesamte Jahresrente aller auf den Versicherten bei privaten Versicherern abgeschlossenen Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsversicherungen in einem angemessenen Verhältnis zum Einkommen steht, d.h. das letzte jährliche Nettoeinkommen der versicherten Person nicht übersteigt. Wir haben das Recht, diese Voraussetzung zu überprüfen.

4. Die Nachversicherung bewirkt eine Beitragserhöhung, deren Höhe sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnermäßigen Alter¹ der versicherten Person, der Laufzeit der Nachversicherung und nach der Risikoeinstufung des abgeschlossenen Vertrages errechnet.
5. Sofern die Voraussetzungen für die Nachversicherung vorliegen, tritt der erhöhte Versicherungsschutz zu Beginn der nächsten Versicherungsperiode nach Beantragung der Nachversicherung in Kraft. Der erhöhte Versicherungsschutz erstreckt sich längstens bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem die Versicherungsdauer der ursprünglichen Berufsunfähigkeitsversicherung endet.
6. Das Recht auf Nachversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung erlischt, wenn die versicherte Person das 50. Lebensjahr vollendet hat oder eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vorliegt. Nach Meldung eines Leistungsfalles werden bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht keine Erhöhungen im Rahmen der Nachversicherung durchgeführt. Sofern eine Berufsunfähigkeit anerkannt wird, entfällt eine nach Eintritt der Berufsunfähigkeit durchgeführte Erhöhung im Rahmen der Nachversicherung rückwirkend.
7. Das Recht auf Nachversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung besteht nicht, wenn aufgrund der Antragsprüfung ein Beitragszuschlag oder eine Leistungseinschränkung bzw. der Ausschluss der Nachversicherungsgarantie vereinbart ist.

§ 2 Behinderungsbedingte Kosten

1. Innerhalb eines Zeitraums von 3 Jahren nach Eintritt der Berufsunfähigkeit übernehmen wir die Kosten für folgende Maßnahmen bis zu einer Höhe von insgesamt 2 Monatsrenten, höchstens aber 10.000 €, sofern die Maßnahmen ausschließlich aufgrund der Berufsunfähigkeit erforderlich werden:
 - a) behindertengerechter Umbau des PKW der versicherten Person;
 - b) behindertengerechter Umbau der Wohnung oder Umzug in eine behindertengerechte Wohnung;
 - c) Prothesen und Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl);
 - d) Schulungs- und Prüfungsgebühren für Umschulungsmaßnahmen.

Die Kosten sind uns anhand entsprechender Belege nachzuweisen.

Im Falle eines zeitlich begrenzten Anerkenntnisses (Abschnitt I § 12 Nr. 2) entsteht kein Anspruch auf diese Leistung.

§ 3 Rehabilitationshilfen

Wir übernehmen die Kosten von Rehabilitationsmaßnahmen bis zu einer Höhe von 2 Monatsrenten, höchstens 10.000 €, wenn aus medizinischer und arbeitsmarktbezogener Sicht die begründete Aussicht besteht, dass die Aufnahme einer Berufstätigkeit dadurch früher erfolgen kann.

¹ Das rechnermäßige Alter ist das Alter der versicherten Person(en), wobei ein bereits begonnenes, aber noch nicht vollendetes Lebensjahr hinzugerechnet wird, falls davon mehr als 6 Monate verstrichen sind.

§ 4 Hilfen zur Umorganisation

Wenn die versicherte Person nach einer Umorganisation des bisherigen Arbeitsplatzes oder Tätigkeitsbereiches wieder ihren bisherigen Beruf oder eine andere Tätigkeit so ausübt, dass keine Berufsunfähigkeit im Sinne von Abschnitt I § 2 dieser Bedingungen mehr gegeben ist und unsere Leistungspflicht daher endet, beteiligen wir uns an den Umgestaltungskosten bis zu einer Höhe von 4 Monatsrenten, höchstens aber 20.000 €.

§ 5 Wiedereingliederungshilfen

1. Endet der Anspruch auf Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente, weil Berufsunfähigkeit im Sinne von Abschnitt I § 2 nicht mehr gegeben ist, zahlen wir als Einmalleistung eine Wiedereingliederungshilfe in Höhe von 2 Monatsrenten.
2. Der Anspruch auf Wiedereingliederungshilfe entsteht an dem Tag, an dem die Beitragszahlung zur Berufsunfähigkeitsversicherung wieder aufgenommen werden muss (Abschnitt I § 13 Nr. 4).
3. Nach Ablauf eines zeitlich begrenzten Anerkenntnisses (Abschnitt I § 12 Nr. 2) wird eine Wiedereingliederungshilfe nicht gezahlt.
4. Die Wiedereingliederungshilfe kann während der Dauer der Versicherung nur einmal in Anspruch genommen werden.
5. Tritt innerhalb eines Jahres ab Entstehen des Anspruchs auf Wiedereingliederungshilfe erneut Berufsunfähigkeit ein, entfällt der Anspruch auf Wiedereingliederungshilfe. Ist die Wiedereingliederungshilfe bereits ausgezahlt, so wird sie mit zukünftigen Versicherungsleistungen verrechnet.

§ 6 Obergrenzen für Zusatzleistungen

Die Summe der von uns als behinderungsbedingte Kosten (§ 2), Rehabilitationshilfen (§ 3) und Wiedereingliederungshilfen (§ 5) zu erbringenden Leistungen ist während der Vertragslaufzeit auf insgesamt 4 Monatsrenten und einschließlich Hilfen zur Umorganisation (§ 4) auf 6 Monatsrenten begrenzt.

III Anhang der AVB zur Kündigung Ihrer Versicherung

Die Kündigung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden.

Im Falle einer Kündigung Ihrer Versicherung ist kein Rückkaufswert vorhanden. Dabei werden folgende Umstände berücksichtigt:

Veränderung der Risikolage

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

Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital

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

IV Besondere Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

für Haupt- und Zusatzversicherungen mit planmäßiger Erhöhung nach dem Dynamikplan gelten zusätzlich die nachfolgenden Bedingungen. Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen sinngemäß Anwendung.

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

1. In Ihrem Versicherungsschein ist im Einzelnen vereinbart, nach welchem der folgenden Maßstäbe sich die Beiträge bzw. die Versicherungsleistungen Ihrer Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen. Es bestehen folgende Möglichkeiten:
 - a) Der Beitrag für diese Versicherung einschließlich etwaiger Zusatzversicherungen erhöht sich jährlich um den vereinbarten Prozentsatz des Vorjahresbeitrags;
 - b) die Versicherungsleistungen werden jährlich um den vereinbarten Prozentsatz der zuletzt gültigen Versicherungssumme bzw. Rente angehoben.
2. Die Beitragserhöhung (Nr. 1 a)) bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen. Eine nach Nr. 1 b) vorgenommene Erhöhung der Versicherungsleistungen ist mit einer entsprechenden Beitragserhöhung verbunden.
3. Die Erhöhungen erfolgen bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer, jedoch nicht länger, als bis die versicherte Person das rechnungsmäßige Alter¹ von 65 Jahren erreicht hat.

¹ Das rechnungsmäßige Alter ist das Alter der versicherten Person(en), wobei ein bereits begonnenes, aber noch nicht vollendetes Lebensjahr hinzugerechnet wird, falls davon mehr als 6 Monate verstrichen sind.

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?

1. Die Erhöhungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen erfolgen jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres.
2. Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

§ 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?

1. Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnermäßigen Alter¹ der versicherten Person, der restlichen Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer, einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag, dem bei Abschluss des Vertrages gültigen Tarif und den ursprünglichen Annahmbedingungen. Entsprechendes gilt für die Berechnung der Beitragserhöhungen, wenn die Versicherungsleistungen jährlich um einen vereinbarten Prozentsatz angehoben werden. Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge.
2. Sind Zusatzversicherungen eingeschlossen, so werden ihre Versicherungsleistungen im selben Verhältnis wie die der Hauptversicherung erhöht.

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

1. Alle im Rahmen des Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen, auch die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich ebenfalls auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen. Entsprechende Anwendung findet auch der Paragraph „Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet?“ der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Haupt- bzw. Zusatzversicherungen.

2. Die Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag setzt die Fristen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Haupt- bzw. Zusatzversicherungen bezüglich der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht und der Selbsttötung nicht erneut in Lauf.
3. Im Hinblick auf die Überschussbeteiligung gelten die getroffenen Vereinbarungen der zugrunde liegenden Haupt- bzw. Zusatzversicherung. Die Erhöhungen werden hierbei wie neu abgeschlossene Verträge behandelt, deren Versicherungs- bzw. Leistungsdauer jeweils gleich der restlichen Versicherungs- bzw. Leistungsdauer der Grundversicherung ist.

§ 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

1. Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen.
2. Unterbliebene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.
3. Sollten Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, so erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen; es kann jedoch mit unserer Zustimmung neu begründet werden.
4. Ist in Ihrer Versicherung das Berufsunfähigkeitsrisiko mit eingeschlossen, erfolgen keine Erhöhungen, solange wegen Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit Ihre Beitragszahlungspflicht ganz oder teilweise entfällt.

¹ Das rechnermäßige Alter ist das Alter der versicherten Person(en), wobei ein bereits begonnenes, aber noch nicht vollendetes Lebensjahr hinzugerechnet wird, falls davon mehr als 6 Monate verstrichen sind.