

Tarif BV13
(Stand 09.2013)

EGO Classic



C. Anlage zur Kundeninformation

D. Versicherungsbedingungen

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Antragsteller und zukünftigen Versicherungsnehmer möchten wir Sie von Anfang an umfassend über Ihren Versicherungsschutz informieren. Zu diesem Zweck haben wir für Sie eine Broschüre entwickelt, die wichtige Vertragsbedingungen enthält. Ihrem individuellen Teil des Vertragsvorschlages (Teil A und B) können Sie entnehmen, welche Abschnitte dieser Broschüre für Ihren Versicherungsschutz Gültigkeit haben. **Die Broschüre entspricht den Vorgaben der gesetzlichen Informationspflichten und wird mit Abgabe Ihrer Vertragserklärung Bestandteil Ihres Versicherungsvertrages.** Bitte heben Sie die Broschüre deshalb sorgfältig auf!

Bei Fragen zu Ihren Vertragsunterlagen wenden Sie sich bitte an Ihren Berater.

Inhalt

C. Anlage zur Kundeninformation

- I. Beschwerdestellen
- II. Informationen zu den Anlagemöglichkeiten
- III. Steuerregelungen für diese Versicherungsart
- IV. Hinweise zum Geldwäschegesetz

D. Versicherungsbedingungen

- AVB: Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung
- BB-INF: Besondere Bedingungen für die Leistung bei Berufsunfähigkeit bei Infektionsgefahr
- BB-NVG: Besondere Bedingungen für die Nachversicherungsgarantie auf Erhöhung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente
- ERL-BU: EGO Versicherungsschutz bei Berufsunfähigkeit
- BB-DYN: Besondere Bedingungen für die planmäßige Erhöhung der Prämie und Leistungen ohne Gesundheitsprüfung

C. I. Beschwerdestellen

(LV_BS_CI_CII_D.0801)

Beschwerdemanagement / Außergerichtliche Beschwerdestellen

Wenn Sie mit unseren Leistungen oder dem Service unzufrieden oder mit einer Entscheidung unserer Gesellschaft nicht einverstanden sind, können sie sich an die Abteilung "Kundenservice / Beschwerdeteam Leben" oder an den Vorstand der HDI Lebensversicherung AG in 50580 Köln wenden. Eine Verpflichtung hierzu besteht nicht.

Sie können sich jederzeit bei Meinungsverschiedenheiten, Beanstandungen oder Beschwerden außergerichtlich an folgende Stellen wenden:

a) Versicherungsombudsmann e. V., Postfach 080632, 10006 Berlin

Wir sind dem Verein "Versicherungsombudsmann e. V." beigetreten. Damit können Sie das kostenlose, außergerichtliche Streit-schlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Wir unterwerfen uns einer Entscheidung des Ombudsmanns innerhalb der durch den Verein aufgestellten Regeln. Weitere Informationen über das Verfahren erhalten Sie von der Geschäftsstelle des Vereins, Postfach 080632, 10006 Berlin, oder über <http://www.versicherungsombudsmann.de>.

Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

b) Bundesanstalt für Finanzdienstleistungs-aufsicht als Aufsichtsbehörde

Sie haben die Möglichkeit, sich an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht - Bereich Versicherungsaufsicht - (BaFin), Postfach 1253, 53002 Bonn zu wenden.

C. II. Informationen zu den Anlagemöglichkeiten

Die an dieser Stelle beschriebenen Regelungen betreffen nur fondsgebundene Versicherungen und sind daher für Ihren Vertragsvorschlag ohne Bedeutung.

C. III. Steuerregelungen für diese Versicherungsart

(LV_ST_Deutschland_privat.1302)

Steuerliche Förderung für Tarife der privaten Versorgung

Allgemeines

Das vorliegende Steuermerkblatt soll einen allgemeinen Überblick über die derzeit geltenden steuerlichen Regelungen zu verschiedenen Formen der privaten Lebensversicherung geben. Hierbei möchten wir darauf hinweisen, dass die nachfolgenden Erläuterungen keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben und nicht jede einzelne Besonderheit behandeln. Für eine abschließende Betrachtung der persönlichen Situation sollte ein steuerlicher Berater hinzugezogen werden.

Für Vertragsabschlüsse der privaten Versorgung ab dem 01.01.2013 gelten die nachfolgenden Regelungen, soweit der Vertrag nicht der sog. Basisversorgung i. S. des § 10 Abs. 1 Nr. 2 b Einkommensteuergesetz (EStG) und nicht den sog. Altersvorsorgeverträgen i. S. des § 10 a EStG zuzurechnen ist. Die Ausführungen zu Prämien beziehen sich sowohl auf einmalige oder laufende Prämien, als auch auf geleistete Sonderzahlungen.

Diese Steuerinformationen gelten grundsätzlich nur für Versicherungsnehmer mit Sitz- oder Wohnsitz im Inland.

(A) Lohn- und Einkommensteuer

(1) Vorsorgeaufwendungen

Im Rahmen von Höchstbeträgen können neben den Beiträgen zu Basiskranken- und Basispflegeversicherungen Prämien zu folgenden Versicherungen als so genannte sonstige Vorsorgeaufwendungen (§ 10 Abs. 1 Nr. 3a EStG) bei der Veranlagung zur Einkommensteuer geltend gemacht werden:

- Risikoversicherungen, die nur im Todesfall eine Leistung vorsehen,
- selbständige Berufsunfähigkeits-Versicherungen sowie

- Prämienanteile für Nebenrisiken (Berufsunfähigkeits- und Pflegefallrisiko sowie Optionen auf Erhöhung der Versicherungsleistungen), soweit der Versicherer den darauf entfallenden Prämienanteil, den Überschussanteil und die sonstige Leistung für diese Nebenrisiken getrennt ausweist.

Die Prämien zu den o. g. Versicherungen wirken sich nur steuermindernd aus, soweit durch die Beiträge zur Basiskranken- und Basispflegeversicherung der Höchstbetrag nicht bereits ausgeschöpft wurde.

Die Prämien zu Rentenversicherungen mit und ohne Kapitalwahlrecht sowie Kapitalversicherungen mit Sparanteil sind dagegen vom Sonderausgabenabzug - bis auf den Prämienanteil für eventuelle Nebenrisiken - ausgeschlossen; dies gilt auch für entsprechende fondsgebundene Versicherungen.

(2) Steuerliche Behandlung der fälligen Versicherungsleistung

Steuerpflichtiger ist die Person, die wirtschaftlicher Eigentümer des Anspruchs auf die steuerpflichtige Versicherungsleistung ist; in der Regel wird dies der Versicherungsnehmer sein.

a) Steuerliche Behandlung von Kapitalleistungen aus Versicherungen

Kapitalauszahlungen aus Risikoversicherungen und selbständigen Berufsunfähigkeits-Versicherungen sind bei Eintritt des versicherten Risikos einkommensteuerfrei.

Kapitalauszahlungen im Todesfall aus Renten- und Kapitallebensversicherungen sind einkommensteuerfrei.

Im Erlebensfall oder bei Rückkauf einer Kapitalversicherung mit Sparanteil bzw. einer Rentenversicherung mit und ohne Kapitalwahlrecht, soweit nicht die lebenslange Rentenzahlung erbracht wird, sind die im Auszahlungsbetrag enthaltenen Erträge einkommensteuerpflichtig. Dies gilt auch für entsprechende fondsgebundene Versicherungen.

Die Erträge ergeben sich aus dem Unterschiedsbetrag zwischen der Versicherungsleistung und der Summe der auf sie entrichteten Prämien (Besonderheiten bei entgeltlichem Erwerb => vgl. Abschnitt (5)).

Alle Versicherungsleistungen, die vom Versicherer aus dem Versicherungsvertrag erbracht werden, sofern sich das versicherte Risiko nicht realisiert hat, sind Leistungen im Erlebensfall oder bei Rückkauf. Dabei spielt es keine Rolle, ob es sich um Einmal- oder Teilauszahlungen sowie wiederkehrende Bezüge, die nicht die Anforderungen an eine lebenslange Rente erfüllen, handelt (vgl. c) Leibrenten).

Bei der Ermittlung der steuerpflichtigen Erträge

- ist die Versicherungsleistung um Überschussanteile und sonstige Leistungen aus eventuellen Nebenrisiken (vgl. (A) (1)) zu kürzen, sofern ein getrennter Ausweis erfolgt ist;
- sind die Prämienanteile für Nebenrisiken nicht ertragsmindernd abzuziehen; dementsprechend sind die zu berücksichtigenden Prämien gegebenenfalls geringer als die tatsächlich gezahlten Prämien;
- gelten die Prämien für die Prämienbefreiung für den Hauptvertrag als Leistung eines Nebenrisikos und mindern als entrichtete Prämien den Ertrag;
- sind bei Teilleistungen (Teilauszahlungen, Auszahlungen in Form von wiederkehrenden Bezügen, die keine lebenslange Rentenzahlung darstellen, sowie Barauszahlungen von laufenden Überschussanteilen) nur die anteilig entrichteten Prämien von der jeweiligen Auszahlung in Abzug zu bringen.

Wenn der Steuerpflichtige zum Zeitpunkt der Kapitalauszahlung das 62. Lebensjahr vollendet hat und der Vertrag seit Vertragsabschluss mindestens 12 Jahre (Mindestvertragsdauer) besteht, dann sind lediglich die Hälfte der Erträge

ge einkommensteuerpflichtig (häftige Ertragsbesteuerung).

Für den Beginn der Mindestvertragsdauer bestehen aus Vereinfachungsgründen keine Bedenken, als Zeitpunkt des Vertragsabschlusses den im Versicherungsschein bezeichneten Tag des Versicherungsbegins gelten zu lassen, wenn innerhalb von drei Monaten nach diesem Tag der Versicherungsschein ausgestellt und die erste Prämie gezahlt wird; ist die Frist von drei Monaten überschritten, tritt an die Stelle des im Versicherungsschein bezeichneten Tages des Versicherungsbegins der Tag der Zahlung der ersten Prämie.

Vertragsänderungen führen steuerlich zu einem neuen Vertrag (Novation), wenn wesentliche Vertragsmerkmale (z. B. Prämie oder Versicherungsleistung oder Versicherungsdauer oder Prämienzahlungsdauer) erhöht werden; dabei ist grundsätzlich vom Fortbestand des "alten Vertrages" und nur hinsichtlich der Erhöhung von einem "neuen Vertrag" auszugehen. Vertragsanpassungen, die bereits bei Vertragsabschluss vereinbart worden sind, sowie hinreichend bestimmte Optionen zur Änderung des Vertrages führen vorbehaltlich der Grenzen des Gestaltungsmissbrauchs nicht zu einem Neubeginn der 12-Jahresfrist.

Insbesondere in den Fällen eines frühzeitigen Rückkaufs des Versicherungsvertrags kann es zu einem negativen Unterschiedsbetrag (Verlust) kommen. Sofern der Vertrag mit der Absicht zur Einkunftserzielung zum vereinbarten Vertragsablauf abgeschlossen worden ist, kann dieser Verlust vom Steuerpflichtigen im Rahmen seiner Einkommensteuererklärung geltend gemacht werden.

b) Verfahren bei steuerpflichtigen Erträgen

Der Versicherer ist verpflichtet, von den Erträgen grundsätzlich 25 % Kapitalertragsteuer zuzüglich 5,5 % Solidaritätszuschlag von der Kapitalertragsteuer einzubehalten und an das Finanzamt abzuführen. Auf Antrag des Kunden berücksichtigt der Versicherer dabei ebenfalls die Kirchensteuer zur Kapitalertragsteuer. Im Steuerabzugsverfahren werden jedoch die Besonderheiten nach einem entgeltlichen Erwerb sowie die nur häftige Ertragsbesteuerung nicht berücksichtigt. Die Leistung wird nach dem Steuerabzug ausgezahlt und eine amtliche Bescheinigung über die abgeführten Steuern erstellt. Die Steuerschuld auf diese Kapitalerträge gilt mit dem Steuerabzug grundsätzlich als abgegolten (Abgeltungsteuer).

Eine Erfassung der Erträge in der Einkommensteuererklärung ist unter anderem erforderlich, wenn die Konfession oder die Besonderheiten nach einem entgeltlichen Erwerb zu berücksichtigen sind oder der persönliche Einkommensteuersatz unter 25 % liegt. Unabhängig von der Höhe des persönlichen Einkommensteuersatzes ist die Erfassung der Erträge in der Einkommensteuererklärung immer vorteilhaft, wenn die Voraussetzungen für eine häftige Ertragsbesteuerung vorliegen, da diese nur nachträglich über die Einkommensteuererklärung berücksichtigt wird.

Vertragsvorschlag

C. Anlage zur Kundeninformation

- Seite 2 von 2 -



Der Versicherer kann auf den Steuerabzug verzichten, wenn ein ausreichender Freistellungsauftrag oder eine so genannte "Nicht-Veranlagungsbescheinigung" vorgelegt wird.

c) Rentenzahlung aus Versicherungsverträgen

- Leibrenten

Leibrenten aus privaten Versicherungsverträgen gehören zu den sonstigen Einkünften und sind grundsätzlich nur mit dem sog. Ertragsanteil (gemäß § 22 Nr. 1 Satz 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb EStG) steuerpflichtig; dieser richtet sich nach dem vollendeten Lebensjahr des Rentenberechtigten bei Beginn der Rente.

Der einmal ermittelte Ertragsanteil zum Rentenbeginn gilt auch für die Erhöhung der Altersrente bei Pflegebedürftigkeit.

Leibrenten setzen insbesondere voraus, dass gleich bleibende oder steigende wiederkehrende Bezüge zeitlich unbeschränkt für die Lebenszeit der versicherten Person (Lebenslange Leibrente) vereinbart werden.

Bei Vereinbarung einer Rentengarantiezeit (verlängerte Leibrente) ist die Ertragsanteilsbesteuerung nur einschlägig, wenn die Rentengarantiezeit kürzer ist, als die durchschnittliche Lebenserwartung der versicherten Person bei Rentenbeginn.

Werden neben der gleich bleibenden Grundrente Überschussbeteiligungen gezahlt, so ist der gesamte Auszahlungsbetrag - unabhängig davon ob die Überschussbeteiligung steigt oder sinkt - mit einem einheitlichen Ertragsanteil der Besteuerung zu unterwerfen.

Werden neben der gleich bleibenden Grundrente und einer eventuell erhöhten Altersrente bei Pflegebedürftigkeit Überschussbeteiligungen gezahlt, so ist der gesamte Auszahlungsbetrag - unabhängig davon ob die Überschussbeteiligung steigt oder sinkt - mit einem einheitlichen Ertragsanteil der Besteuerung zu unterwerfen.

Wird zum Rentenbeginn eine spätere Herabsetzung der Rentenhöhe vereinbart, so liegt ab Rentenbeginn neben der lebenslangen Leibrente auch ein sonstiger wiederkehrender Bezug vor (s. u.), deren Erträge unterschiedlich zu ermitteln sind.

- Überlebensrente

Die mitversicherte Überlebensrente ist erst von dem Zeitpunkt an zu besteuern, in dem die Bedingung für die Zahlung der Überlebensrente eintritt (z. B. Tod des Ehemannes); der Ertragsanteil hängt vom vollendeten Lebensjahr des Rentenberechtigten bei Beginn der Überlebensrente ab.

- Berufsunfähigkeitsrente

Die Erträge aus diesen Renten mit einer vertraglich vereinbarten Höchstlaufzeit (abgekürzte Leibrenten) sind mit dem Ertragsanteil gemäß Tabelle zu § 55 Abs. 2 EStDV zu ermitteln. Der Ertragsanteil hängt von der voraussichtlichen Laufzeit der Rentenzahlung und dem vollendeten Lebensjahr des Rentenberechtigten ab.

Schließt sich an die Berufsunfähigkeitsrente aus einer Zusatzversicherung eine Rentenleistung aus dem Hauptvertrag an, so handelt es sich auch dann um eine neue Rente mit neu zu berechnendem Ertragsanteil, wenn sich die Rentenhöhe nicht ändert.

- Pflegerente

Pflegerenten sind einkommensteuerfrei.

- Sonstige wiederkehrende Bezüge

Hierzu gehören insbesondere abgekürzte Leibrenten aus aufgeschobenen und sofort beginnenden Rentenversicherungen, die keine Berufsunfähigkeitsrenten sind, sowie die Versicherungsleistung in Form einer konstanten Anzahl von Investmentfondsanteilen. Die steuerliche Behandlung ergibt sich aus Abschnitt (2) a) und b) des Merkblatts.

(3) Bescheinigung

Bei erstmaligem Bezug von Leistungen sowie bei Änderung der im Kalenderjahr auszahlenden Leistungen stellt der Versicherer dem Versorgungsberechtigten eine Bescheinigung über den Betrag der im abgelaufenen Kalenderjahr zugeflossenen Leistungen zur Verfügung. Diese sind in der persönlichen Steuererklärung anzugeben.

(4) Rentenbezugsmitteilungen an die zentrale Stelle

Der Versicherer ist verpflichtet, die beim Leistungsempfänger als sonstige Einkünfte steuerpflichtigen Leistungen der zentralen Stelle bei der Deutschen Rentenversicherung Bund zu melden. Ausgenommen sind "sonstige wiederkehrende Bezüge".

(5) Ermittlung der Einkünfte bei entgeltlichem Erwerb

Bei einem entgeltlichen Erwerb der Versicherungsansprüche durch eine natürliche Person treten im Rahmen der persönlichen Einkommensteuerveranlagung bei der Ermittlung der Erträge gemäß Abschnitt (2) a) die Anschaffungskosten an die Stelle der vor dem Erwerb entrichteten Prämien. Dadurch wird sichergestellt, dass nur die Erträge zu versteuern sind, die in der Zeit entstanden sind, in der der Erwerber Inhaber des Anspruchs auf die Versicherungsleistung war.

Die Veräußerung der Versicherungsansprüche muss vom Versicherer dem zuständigen Finanzamt angezeigt werden.

(6) Leistungen aus Prämiendepots

Zinsen aus Prämiendepots stellen jährlich zufließende steuerpflichtige Kapitalerträge allgemeiner Art dar. Hinsichtlich des Besteuerungsverfahrens gilt Abschnitt (2) a) und b) analog.

(B) Erbschaftsteuer

Die Zahlung von Versicherungsleistungen, die an einen anderen als den Versicherungsnehmer erbracht werden, muss vom Versicherer dem zuständigen Erbschaftsteuerfinanzamt des ehemaligen Versicherungsnehmers angezeigt werden, da hier eine Schenkung des Versicherungsnehmers oder bei

dessen Tod ein Erwerb von Todes wegen vorliegen kann. Ob sich aus den erbschaftsteuerpflichtigen Leistungen eine Erbschaftsteuerschuld tatsächlich ergibt, ist von den jeweiligen individuellen Verhältnissen (z. B. den zur Verfügung stehenden, persönlichen Freibeträgen) abhängig.

Ausnahmen bestehen nur für Kapitalversicherungen, wenn der auszuzahlende Betrag 5.000 EUR nicht übersteigt.

(C) Versicherungsteuer

Prämien zu Lebensversicherungen sind gemäß § 4 Nr. 5 Versicherungsteuergesetz versicherungsteuerfrei.

(D) Umsatzsteuer

Versicherungsleistungen sind gemäß § 4 Nr. 10a Umsatzsteuergesetz steuerfrei; die Prämien sind ohne Umsatzsteuer zu entrichten.

Die vorstehenden Hinweise sind auf Grundlage der bis zum 01.07.2013 im Bundesgesetzblatt veröffentlichten Gesetze und Verlautbarungen der Finanzverwaltung (Richtlinien, Erlasse) erstellt worden. Durch künftige Gesetzesänderungen kann sich die Rechtslage, wie sie in den steuerlichen Hinweisen zu Grunde gelegt wurde, ändern.

C. IV. Hinweise zum Geldwäschegesetz

(LV_GWG.1301)

Das Gesetz über das Aufspüren von Gewinnen aus schweren Straftaten (GwG), zuletzt geändert am 22.12.2011, schreibt folgende Prüfungen vor:

Die Legitimationsprüfung des Versicherungsnehmers

Der/die Versicherungsnehmer/in ist anhand eines gültigen Personalausweises oder Reisepasses zu identifizieren. Zu diesem Zweck sind Name, Anschrift, Geburtsname, Geburtsort, Geburtsdatum, Staatsangehörigkeit sowie Art, Nummer, ausstellende Behörde des amtlichen Ausweises und das Gültigkeitsdatum festzuhalten. Die Identifizierung kann auch durch die Übersendung einer beglaubigten Ausweiskopie erfolgen.

Bei juristischen Personen erfolgt die Identifizierung anhand eines Handelsregisterauszuges, der mit dem Antrag einzureichen ist. Bei Minderjährigen ist der gesetzliche Vertreter zu identifizieren.

Einholen von Informationen zur Mittelherkunft

Es sind Hintergrund und Zweck für den Vertragsabschluss abzuklären und zu prüfen, ob die wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherungsnehmers inhaltlich zu den Vertragsmodalitäten passen und plausibel sind.

Abklären des wirtschaftlich Berechtigten

Der Versicherungsnehmer hat anzugeben, ob er für einen abweichenden wirtschaftlich Berechtigten handelt. Der wirtschaftlich Berechtigte ist die natürliche Person, in deren Eigentum oder unter deren Kontrolle der Versicherungsnehmer steht oder auf deren Veranlassung die Vertragsbeziehung durchgeführt wird.

Der Versicherungsnehmer hat mindestens den Namen und die Anschrift des wirtschaftlich Berechtigten zu nennen, falls es angezeigt ist, sind auch weitere Identifizierungsmerkmale, wie zum Beispiel die Ausweisdaten zu erheben. Ist eine juristische Person der wirtschaftlich Berechtigte, sind die Eigentümer mit Name und Anschrift zu nennen. Dabei sind alle Gesellschafter, die unmittelbar oder mittelbar mindestens 25 % der Kapitalanteile halten oder mindestens 25 % der Stimmrechte kontrollieren, offenzulegen. Dies gilt auch für juristische Personen, die Anteile an dem Unternehmen halten, das Versicherungsnehmer ist. Die Eigentumsstruktur kann z. B. anhand einer Gesellschafterliste dargelegt werden.

Politisch exponierte Personen (PEP)

Im Sinne des Gesetzes handelt es sich bei PEPs um Personen, die ein wichtiges öffentliches Amt ausüben oder bis vor einem Jahr ausgeübt haben. Auch deren unmittelbare Familienmitglieder oder ihnen bekanntermaßen nahestehende Personen werden als PEP

angesehen. Hierbei sind öffentliche Ämter auf nationaler Ebene und diesen vergleichbare Positionen relevant. Vor Vertragsabschluss ist unabhängig von der Nationalität oder des Wohnsitzes abzuklären, ob der Versicherungsnehmer oder der wirtschaftlich Berechtigte eine PEP ist. Der Versicherungsnehmer hat uns die Informationen zur Verfügung zu stellen und die sich im Laufe der Geschäftsbeziehung ergebenden Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

Identitätsprüfung des Bezugsberechtigten

Spätestens bei Auszahlung der Versicherungsleistung ist die Identität des Bezugsberechtigten zu prüfen.

Vertragsvorschlag

D. Versicherungsbedingungen

- Seite 1 von 8 -



AVB: Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung

(LV_AVB_BV.1301)

Sehr geehrter Kunde,

in den Versicherungsbedingungen sprechen wir mit unserer persönlichen Anrede ("Sie") grundsätzlich den Versicherungsnehmer als denjenigen an, der die Versicherung beantragt hat und somit unser unmittelbarer Vertragspartner ist.

Im Text nehmen wir Bezug auf einige Gesetze. Die Abkürzungen bezeichnen im Einzelnen:

BGB: Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

VAG: Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz - VAG)

VVG: Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz - VVG)

Gliederung

I. Leistungsbeschreibung

§ 1 Was ist versichert?

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

II. Leistungsauszahlung

§ 4 Wer erhält die Versicherungsleistung?

§ 5 Welche Obliegenheiten bestehen, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird?

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

§ 7 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

§ 8 Wann erhalten Sie eine Wiedereingliederungshilfe?

§ 9 Was gilt bei einer Verletzung der Obliegenheiten?

§ 10 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

III. Überschussbeteiligung

§ 11 Wie sind Sie grundsätzlich an den Überschüssen beteiligt?

§ 12 Welche Besonderheiten gelten vor Leistungsbeginn?

§ 13 Welche Besonderheiten gelten ab Leistungsbeginn?

IV. Prämienzahlung

§ 14 Was haben Sie bei der Prämienzahlung zu beachten?

§ 15 Welche Kosten sind bei der Kalkulation Ihrer Versicherung berücksichtigt?

§ 16 Welche Kosten und Gebühren stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

§ 17 Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig zahlen?

§ 18 Wann können Sie Ihre Versicherung prämienfrei stellen?

V. Vorzeitige Beendigung

§ 19 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?

VI. Sonstiges

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

§ 21 Wo ist der Gerichtsstand?

I. Leistungsbeschreibung

§ 1 Was ist versichert?

(1) Wird die versicherte Person während der Dauer dieser Berufsunfähigkeits-Versicherung berufsunfähig im Sinne des § 2, so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

a) Vollständige Befreiung von der Verpflichtung zur weiteren Prämienzahlung für die gesamte Versicherung, soweit eine solche Verpflichtung bei Beginn des Leistungsanspruchs noch besteht;

b) Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente.

Diese Rente zahlen wir jeweils zu den vereinbarten Rentenzahlungssterminen an den Bezugsberechtigten. Wenn der Rentenbeginn nicht mit dem vereinbarten Rentenzahlungstermin zusammenfällt, zahlen wir die erste Rente anteilig bis zum nächsten Rentenzahlungstermin.

Sofern Sie mit uns vereinbart haben, dass sich nach Eintritt der Berufsunfähigkeit die Zahlung der zu diesem Zeitpunkt versicherten Berufsunfähigkeitsrente jährlich um einen fest vereinbarten Prozentsatz erhöht (garantierte Rentensteigerung), erfolgt diese Erhöhung erstmals zum nächsten auf den Beginn der Berufsunfähigkeitsrente folgenden Versicherungssichttag (Beginn eines Versicherungsjahres). In der Kundeninformation nennen wir Ihnen den vereinbarten Prozentsatz der Erhöhung. Tritt nach einem Wegfall der Berufsunfähigkeit erneut Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen ein, so bleiben bereits erfolgte Erhöhungen aus der vorherigen Leistungspflicht erhalten.

(2) Der Anspruch auf Prämienbefreiung und Rente entsteht frühestens an dem Tag, an dem die Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen eingetreten ist.

(3) Ist eine Karenzzeit vereinbart, entsteht der Anspruch auf die Versicherungsleistungen erst, wenn sämtliche der nachfolgenden Voraussetzungen vorliegen:

a) Die vereinbarte Karenzzeit ist abgelaufen. Karenzzeit ist der in Monaten vereinbarte Zeitraum von dem Tag an, an dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist, bis zum Beginn der Leistungen wegen Berufsunfähigkeit.

b) Die Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen hat bis zum Ablauf der Karenzzeit ununterbrochen bestanden.

c) Die Berufsunfähigkeit dauert bei Ablauf der Karenzzeit noch an.

Endet die Berufsunfähigkeit bereits vor Ablauf der Karenzzeit, wird keine Leistung wegen Berufsunfähigkeit fällig. Dies teilen wir dem Anspruchsberechtigten mit.

(4) Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Prämien in voller Höhe weiter entrichten, wir werden jedoch die

über den Leistungsbeginn hinaus gezahlten Prämien bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen. Bei einer vereinbarten Karenzzeit besteht auch bei Anerkennung einer Berufsunfähigkeit bis zum Ende der Karenzzeit die Verpflichtung zur Prämienzahlung, so dass eine Prämienerrstattung oder eine Prämienstundung für diesen Zeitraum nicht erfolgen kann.

Wenn Sie es schriftlich beantragen, werden wir Ihnen die noch zu zahlenden Prämien bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht stunden, ohne hierfür Stundungszinsen zu erheben.

Sollten wir Ihren Leistungsanspruch aus anderen Gründen als Rücktritt, Anfechtung, Vertragsanpassung gemäß § 19 Absatz 4 VVG oder Ausschluss gemäß § 3 Absätze 2 c) bis e) nicht anerkennen können und sollten Sie hiergegen gerichtlich vorgehen, sind wir auf schriftlichen Antrag bereit, Ihnen die aus einer etwaigen zinslosen Prämienstundung angewachsenen Prämienrückstände und die weiter fälligen Prämien zu stunden, ohne hierfür Stundungszinsen zu erheben. Die zinslose Stundung gewähren wir bis zur rechtskräftigen Entscheidung über Ihren vermeintlichen Leistungsanspruch.

Die gestundeten Prämien sind zum Ablauf des Stundungszeitraums nachzuzahlen. Auf Wunsch kann vereinbart werden, dass der nachzuzahlende Betrag innerhalb eines Zeitraumes von maximal 24 Monaten in jährlichen, halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten geleistet wird. Für diese Ratenzahlung erheben wir für das Jahr Zinsen in Höhe von drei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz (§ 247 BGB).

Alternativ zur Nachzahlung kann vereinbart werden, dass die gestundeten Prämien nach Ablauf des Stundungszeitraums mit dem Deckungskapital verrechnet werden.

(5) Der Anspruch auf Prämienbefreiung und Rente erlischt, wenn eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt (siehe hierzu auch die Regelungen gemäß § 7 über die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit). Der Anspruch erlischt ferner mit dem Tod der versicherten Person und spätestens bei Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer; zu Unrecht empfangene Rentenzahlungen sind an uns zurückzuzahlen.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Als Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen gilt

a) Berufsunfähigkeit infolge von Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall (Absätze 2 bis 5)

b) Berufsunfähigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit (Absätze 6 bis 10).

Der in diesen Bedingungen verwendete Begriff der Berufsunfähigkeit stimmt nicht mit dem Begriff der Berufsunfähigkeit oder der Erwerbsminderung bzw. der Pflegebedürftigkeit im sozialrechtlichen Sinne oder dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeldversicherung überein. Der Bescheid eines Sozialversicherungsträgers führt daher

Vertragsvorschlag

D. Versicherungsbedingungen

- Seite 2 von 8 -



nicht automatisch zu einem Leistungsanspruch aus dieser Berufsunfähigkeits-Versicherung.

(2) Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn Art, Schwere und Ausmaß einer Krankheit, einer Körperverletzung oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls nach allgemein anerkannten medizinischen Erkenntnissen erwarten lassen, dass die versicherte Person ununterbrochen wenigstens sechs Monate mindestens zu 50 % außer Stande sein wird, ihrem zuletzt bei Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, nachzugehen.

(3) Hat ein Zustand der in Absatz 2 beschriebenen Art und Auswirkung mindestens sechs Monate ununterbrochen andauert, so gilt dieser Zustand von Beginn an als Berufsunfähigkeit.

(4) Bei den folgenden beruflichen Ausprägungen ist zusätzlich Folgendes zu beachten:

a) bei Auszubildenden wird für die Feststellung der Berufsunfähigkeit als ausgeübter Beruf das der Ausbildung entsprechende Berufsbild zu Grunde gelegt;

b) bei Selbständigen und Freiberuflern ist die berufliche Tätigkeit als "Selbständiger" dadurch geprägt,

- dass diese in ihren unternehmerischen Gestaltungsrechten grundsätzlich keiner Fremdbestimmung unterworfen sind und

- dass ihnen das betriebliche Direktionsrecht zukommt, wonach sie allein darüber bestimmen können, welches betriebliche Arbeitsfeld, in welchem Umfang und für welche Zeit sie durch eigene Arbeit ausfüllen und das ihnen gegenüber ihren Mitarbeitern die Weisungsbefugnis einräumt.

Auf der Grundlage dieser rechtlichen Ausgestaltung der beruflichen Tätigkeit entspricht daher der Beruf "der Leitung des Betriebes unter eigener Mitarbeit an einer von dem Selbständigen bestimmten Stelle."

Wenn Selbständige und Freiberufler ihren Arbeitsplatz sowie ihren Tätigkeitsbereich und ggf. ihren Betrieb in zumutbarer Weise umorganisieren können und dadurch keine wesentliche Beeinträchtigung ihrer bisherigen Lebensstellung eintritt, da der Beruf auch dann noch gemäß dieser Bedingungen ausgeübt wird, liegen die Voraussetzungen für eine Berufsunfähigkeit nicht vor. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie wirtschaftlich zweckmäßig ist, von der versicherten Person auf Grund ihres unternehmerischen Freiraumes realisiert werden kann und keinen erheblichen Kapitalaufwand erfordert;

c) bei hauptberuflich tätigen Studenten wird für die Feststellung der Berufsunfähigkeit als ausgeübter Beruf das Mindestanforderungsprofil des Berufes zu Grunde gelegt, der dem angestrebten Studienabschluss entspricht. Können mit dem Studienabschluss verschiedene Berufe ausgeübt werden, erfolgt die Feststellung der Berufsunfähigkeit auf der Basis beruflicher Anforderungen mit hohen geistig-mentalsten Ansprüchen und mit überwiegend an einem festen Arbeitsplatz auszuübenden geringen bis leichten

körperlichen Tätigkeiten. Diese Regelung gilt ab Studienbeginn für die Dauer der Regelstudienzeit zuzüglich eines von der Regelstudienzeit abhängigen Zeitraums (max. zwei Jahre). Über den maßgeblichen Beruf bzw. über die beruflichen Tätigkeits- und Anforderungsprofile im Falle eines Eintritts der Berufsunfähigkeit während der Ausbildung kann und soll mit uns bereits bei Vertragsabschluss eine Vereinbarung getroffen werden;

d) bei Hausfrauen/-männern orientiert sich die Feststellung der Berufsunfähigkeit allein an den von ihr/ihm bei Eintritt der Berufsunfähigkeit als Hausfrau/-mann in ihrem/seinem Haushalt konkret ausgeübten Aufgaben- und Tätigkeitsfeldern. Voraussetzung für die Zugrundelegung dieses Berufsbildes ist, dass der Versicherungsschutz für den Fall der Berufsunfähigkeit als Hausfrau/-mann ohne anderweitige Berufsausübung abgeschlossen wurde und dieser Status bis zum Eintritt der Berufsunfähigkeit ununterbrochen vorgelegen hat. Hat die Hausfrau/der Hausmann nach Abschluss der Versicherung eine anderweitige Berufstätigkeit ausgeübt oder übt sie/er eine solche noch bei Eintritt der Berufsunfähigkeit aus, so erfolgt die Prüfung der Berufsunfähigkeit auf Basis dieses Berufes.

(5) Scheidet die versicherte Person aus dem Berufsleben aus und werden später Leistungen wegen einer nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben eingetretenen Berufsunfähigkeit beantragt, so ist für die Frage, ob eine Berufsunfähigkeit im Sinne der Absätze 2 bis 4 vorliegt, der beim Ausscheiden aus dem Berufsleben ausgeübte Beruf mit dessen Lebensstellung maßgebend.

(6) Berufsunfähigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn Art, Schwere und Ausmaß einer Krankheit, einer Körperverletzung oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls nach allgemein anerkannten medizinischen Erkenntnissen erwarten lassen, dass die versicherte Person ununterbrochen wenigstens sechs Monate im Umfange von mindestens einem Pflegepunkt nach den Absätzen 8 bis 10 pflegebedürftig sein wird.

(7) Hat ein Zustand der in Absatz 6 beschriebenen Art und Auswirkung mindestens sechs Monate ununterbrochen andauert, so gilt dieser Zustand von Beginn an als Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit.

(8) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls so hilflos ist, dass sie für die in der folgenden Punktetabelle genannten Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf und diese Hilfe auch täglich erfolgt.

Bewertungsmaßstab für die Einstufung des Pflegefalles ist die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung wird die nachstehende Punktetabelle zu Grunde gelegt:

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim
a) Fortbewegen im Zimmer: 1 Punkt

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

b) Aufstehen und Zubettgehen: 1 Punkt

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

c) An- und Auskleiden: 1 Punkt

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

d) Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken: 1 Punkt

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

e) Waschen, Kämmen oder Rasieren: 1 Punkt

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

f) Verrichten der Notdurft: 1 Punkt

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

- sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,

- ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil

- der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

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

(9) Unabhängig von der Bewertung auf Grund der Punktetabelle gemäß Absatz 8 ist mehr als ein Pflegepunkt erreicht, wenn die versicherte Person

a) wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf oder

b) 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 (Bewahrung) oder

c) dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann.

(10) Bei der Bewertung der Pflegebedürftigkeit führen vorübergehende akute Erkrankungen zu keiner höheren Einstufung. Vorübergehende Besserungen bleiben ebenfalls unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Bes-

Vertragsvorschlag

D. Versicherungsbedingungen

- Seite 3 von 8 -



serung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht und wo er eintritt. Bei folgenden Ursachen gilt jedoch ein Ausschluss der Leistungspflicht. Der Nachweis des Leistungsausschlusses ist von uns zu führen.

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

a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse; dies gilt nicht, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig wird, denen sie während eines Aufenthaltes im Ausland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;

b) unmittelbar oder mittelbar durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;

c) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person. Dieser Ausschluss gilt nicht bei fahrlässigen und grob fahrlässigen Verstößen (z. B. im Straßenverkehr);

d) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung, es sei denn, dass uns der Anspruchserhebende nachweist, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind;

e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;

f) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass es zu deren Abwehr und Bekämpfung des Einsatzes der Katastrophenschutzbehörde der Bundesrepublik Deutschland oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf.

II. Leistungsauszahlung

§ 4 Wer erhält die Versicherungsleistung?

(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 Ihrem Versicherungsvertrag erwerben soll (Bezugsberechtigter). Bis zur jeweiligen Fälligkeit können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen. Nach dem Tod der versicherten Person kann das Bezugsrecht nicht mehr widerrufen werden.

(2) Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts sowie eine Abtretung oder Verpfändung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag 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.

(3) 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.

(4) Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf das von ihm angegebene Konto auf seine Kosten und Gefahr.

§ 5 Welche Obliegenheiten bestehen, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird?

(1) Werden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt, können wir von dem Anspruchserhebenden verlangen, dass er uns jede Auskunft erteilt, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), und dass er uns alle Angaben macht, die zur Aufklärung des Sachverhalts dienlich sind, um uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht zu ermöglichen (Aufklärungsobliegenheit). Darüber hinaus ist uns von dem Anspruchserhebenden die Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 nachzuweisen. Hierfür sind uns unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:

a) bei einer Berufsunfähigkeit nach § 2 Absätze 2 bis 5:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit und

- ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art und Verlauf der Gesundheitsstörungen, deren Auswirkungen auf die körperlichen, geistigen oder seelischen Funktionen, die bisherige bzw. voraussichtliche Dauer der Gesundheitsstörungen sowie über den Grad der Beeinträchtigung, dem zuletzt bei Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübten Beruf nachgehen zu können, und

- Unterlagen über die von der versicherten Person durch Ausbildung und Erfahrung erworbenen beruflichen Fähigkeiten und Kenntnisse, über ihren Beruf, ihre Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen, und

- sofern die versicherte Person selbstständig ist, Nachweise über die Betriebsstruktur vor Eintritt der Berufsunfähigkeit und zum Zeitpunkt des Eintritts sowie über die nach Eintritt der Berufsunfähigkeit eingetretenen Veränderungen der betrieblichen und wirtschaftlichen Verhältnisse und der Mitarbeitersituation des Betriebes.

b) bei einer Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit nach § 2 Absätze 6 bis 10:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit und

- ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art und Verlauf der Gesundheitsstörungen, deren Auswirkungen auf die körperlichen, geistigen oder seelischen Funktionen, die bisherige bzw. voraussichtliche Dauer der Gesundheitsstörungen sowie über den Umfang der Pflegebedürftigkeit und

- eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Beginn, Art, Umfang und Dauer der bisherigen bzw. zu erwartenden künftigen Pflege.

Die entstehenden Kosten für die Nachweise gemäß Absatz 1 a) bzw. 1 b) hat der Anspruchserhebende zu tragen.

(2) Darüber hinaus können wir zur Beurteilung unserer Leistungspflicht auf unsere Kosten weitere Auskünfte und Aufklärungen sowie Nachweise verlangen über

a) die beruflichen und wirtschaftlichen Verhältnisse der versicherten Person und über die eingetretenen Veränderungen sowie

b) Beginn, Ursache, Art, Umfang und Verlauf der zur Berufsunfähigkeit bzw. zur Pflegebedürftigkeit führenden Gesundheitsstörungen und

c) die gesundheitlichen Verhältnisse der versicherten Person vor Abgabe der Erklärung über ihre Gesundheitsverhältnisse oder etwaiger Nacherklärungen vor Abschluss des Vertrages.

Hierzu sind auf unser Verlangen Auskünfte und Unterlagen von Ärzten, Zahnärzten, sonstigen Behandlern (z. B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten, Psychologen, Physiotherapeuten, Masseure oder Krankengymnasten), Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, anderen Personenversicherern und gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden beizubringen.

(3) Wir können außerdem zur Beurteilung unserer Leistungspflicht auf unsere Kosten weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte verlangen.

(4) Wir können von der versicherten Person verlangen, dass sie sich in Deutschland oder bei einem Arzt einer deutschen Botschaft untersuchen lässt. Wenn die versicherte Person für die geforderte Untersuchung aus dem Ausland nach Deutschland reisen muss, übernehmen wir neben den Untersuchungskosten auch die üblichen Reise- und Unterbringungskosten. Unter den üblichen Reise- und Unterbringungskosten verstehen wir die Reisekosten gemäß Bahnfahrt 2. Klasse und falls erforderlich Flug in der economy class und Unterbringung in einem 4-Sterne-Hotel.

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

(1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen und Untersuchungsergebnisse erklären wir unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Abschluss unserer Leistungsprüfung, ob, in welchem Umfang und ab welchem Zeitpunkt, ggf. auch für welchen Zeitraum, wir eine Leistungspflicht

Vertragsvorschlag

D. Versicherungsbedingungen

- Seite 4 von 8 -



anerkennen. Während unserer Leistungsprüfung werden wir Sie mindestens alle vier Wochen über den Sachstand informieren.

(2) Wir verzichten auf das Recht nach § 173 Absatz 2 VVG ein einmalig zeitlich begrenztes Anerkenntnis auszusprechen.

§ 7 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

(1) Nach Eintritt unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 bzw. den Wegfall der Leistungspflicht nach § 1 Absatz 5 nachzuprüfen; insbesondere können wir auch einen Nachweis verlangen, dass die versicherte Person noch lebt.

Wir können auch prüfen, ob die versicherte Person nach dem Eintritt ihrer Berufsunfähigkeit neue berufliche Fähigkeiten und Kenntnisse (z. B. durch Umschulung) erworben hat. In diesem Fall liegt eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vor, wenn alle nachfolgenden Voraussetzungen zutreffen:

- Die versicherte Person übt auf der Basis dieser neu erworbenen Fähigkeiten und Kenntnisse auch tatsächlich eine neue berufliche Tätigkeit aus.
- Die versicherte Person kann auf Grund ihrer gesundheitlichen Verhältnisse diese Tätigkeit ausüben.
- Diese ausgeübte berufliche Tätigkeit entspricht der Lebensstellung der versicherten Person zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit. Das ist dann der Fall, wenn die Vergütung für die neue berufliche Tätigkeit nicht spürbar unter dem Niveau der Vergütung für die berufliche Tätigkeit zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit liegt. Bei diesem Vergleich entsprechen sich beide Lebensstellungen noch, wenn der Beruf zu einer Einkommensminderung von maximal 20 % des Bruttoeinkommens führt. Diese allgemein übliche Zumutbarkeitsgrenze werden wir zwar beachten, aber auch ihre Angemessenheit bezüglich der konkreten Verhältnisse des Einzelfalles zum Zeitpunkt des BU-Eintritts prüfen. Sollte die künftige Rechtsprechung andere, insbesondere geringere Zumutbarkeitsgrenzen festlegen, würden diese Grenzen zu beachten sein.

Liegen die vorgenannten Voraussetzungen vor, ist es unerheblich, ob die Berufsunfähigkeit in dem Beruf, zu dem unsere Leistungspflicht anerkannt oder festgestellt wurde, fort dauern würde.

(2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte im Sinne des § 5 und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Regelungen des § 5 Absätze 2 bis 4 gelten entsprechend.

(3) Liegt eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vor, so werden wir unsere Leistungen einstellen. Die Einstellung teilen wir dem Anspruchsberechtigten mit; sie wird nicht vor Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Prämienzahlung - in gleicher Höhe

wie vor Eintritt der Berufsunfähigkeit - wieder aufgenommen werden.

(4) Sofern eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen bei Anspruchserhebung oder bei unserer Erklärung gemäß § 6 bereits nicht mehr besteht, gilt die in Absatz 3 genannte Frist für die Einstellung der Leistungen nicht. In diesem Fall bestehen Ansprüche längstens für den Zeitraum vom Eintritt bis zum Wegfall der Berufsunfähigkeit.

§ 8 Wann erhalten Sie eine Wiedereingliederungshilfe?

(1) Wenn unsere Leistungspflicht im Rahmen der Nachprüfung endet, weil die versicherte Person aufgrund neu erworbener Fähigkeiten und Kenntnisse wieder eine Tätigkeit gemäß § 7 konkret ausübt, zahlen wir zum Ende der Leistungspflicht als besondere Wiedereingliederungshilfe einen einmaligen Betrag in Höhe von sechs Monatsrenten, insgesamt aber höchstens 12.000 Euro. Eine Monatsrente entspricht dabei der zuletzt vor Leistungseinstellung gezahlten Monatsrente.

(2) Voraussetzung für die Zahlung der Wiedereingliederungshilfe ist, dass eine Rente mitversichert ist und dass bei Entstehen des Anspruchs auf Wiedereingliederungshilfe die verbleibende Leistungsdauer für die Rente noch mindestens 12 Monate beträgt.

(3) Bei Wiedereintritt der Berufsunfähigkeit aus gleichem medizinischen Grund innerhalb von sechs Monaten nach dem Zeitpunkt der Leistungseinstellung wird die Wiedereingliederungshilfe auf neu entstehende Leistungsansprüche angerechnet.

(4) Die Wiedereingliederungshilfe kann während der Dauer dieser Versicherung mehrmals geleistet werden.

§ 9 Was gilt bei einer Verletzung der Obliegenheiten?

(1) Solange eine Obliegenheit nach § 5 oder § 7 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich oder arglistig nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen, es sei denn, Sie weisen uns nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

(2) Die Ansprüche auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit bleiben abweichend von Absatz 1 insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist; dies gilt nicht, wenn die Obliegenheit arglistig verletzt wurde.

(3) Wenn die Obliegenheit später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet, jedoch frühestens nach Ablauf einer vereinbarten Karenzzeit.

§ 10 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

(1) Den Inhaber des Versicherungsscheines können wir als berechtigt ansehen, Leistungen aus dem Versicherungsvertrag in Empfang zu nehmen.

(2) Wir können verlangen, dass der Inhaber des Versicherungsscheines seine Berechtigung nachweist. In den Fällen des § 4 Absatz 2 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die schriftliche Anzeige des bisherigen Berechtigten oder dessen schriftliche Zustimmung vorliegt.

III. Überschussbeteiligung

§ 11 Wie sind Sie grundsätzlich an den Überschüssen beteiligt?

(1) Die garantierten Versicherungsleistungen können sich um Leistungen aus der Überschussbeteiligung erhöhen. An den entstehenden Überschüssen und an den Bewertungsreserven werden wir Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 VVG nach folgenden Grundsätzen und Maßstäben beteiligen.

(2) Bei der Prämienkalkulation und bei der Berechnung der Rentenhöhe müssen wir vorsichtige Annahmen über die künftige Entwicklung der Kapitalanlagen (Zinsen), des Risikoverlaufs und der Kosten zugrunde legen, damit wir jederzeit die garantierten Leistungen erbringen können. Aus dem Unterschied zwischen den tatsächlichen und den bei der Prämienkalkulation bzw. Berechnung der Rentenhöhe angenommenen

- Aufwendungen für Versicherungsfälle (Risikoergebnis),
- Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb (Kostenergebnis),
- Nettoerträgen der Kapitalanlagen (Zinsergebnis)

können Überschüsse entstehen. Allerdings ist nicht ausgeschlossen, dass die einzelnen Ergebnisse auch negativ (Verlust) sein können.

Ob und in welcher Höhe Überschüsse entstehen, hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also von uns nicht garantiert werden.

(3) 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 bei unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

An den sich daraus ergebenden Überschüssen werden die Versicherungsnehmer auf der Grundlage der Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung angemessen beteiligt.

(4) Die verschiedenen Versicherungsarten (wie z. B. Risiko-, Renten-, Kapitalversicherungen) tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Gewinnverbänden zusam-

Vertragsvorschlag

D. Versicherungsbedingungen

- Seite 5 von 8 -



mengefasst. Gewinnverbände bilden wir beispielsweise, um das versicherte Risiko zu berücksichtigen. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Gewinnverbände (ggf. können auch mehrere zusammengefasst werden) 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 so genannten Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf abzuschwächen. Die Verwendung der der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugewiesenen Beträge richtet sich nach der jeweils gültigen gesetzlichen Regelung. Gemäß § 56b VAG darf diese Rückstellung grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden; mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde ist auch eine anderweitige Verwendung (derzeit z. B. zur Abwendung eines drohenden Notstandes im Interesse der Versicherungsnehmer, oder zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste auf Grund von allgemeinen Änderungen der Verhältnisse, oder zur Erhöhung der Deckungsrückstellung, sofern die Rechnungsgrundlagen auf Grund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen) möglich.

(5) Die Versicherungsnehmer werden bei Vertragsbeendigung bzw. Rentenbeginn sowie während eines Rentenbezugs an den Bewertungsreserven, die nach aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, gemäß § 153 VVG beteiligt.

(6) Die Bewertungsreserven sorgen für Sicherheit und dienen dazu, kurzfristige Ausschläge an den Kapitalmärkten auszugleichen.

Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert unserer Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem diese Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind.

(7) Die Prämien Ihrer Versicherung sind so kalkuliert, dass sie für die Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle und Kosten benötigt werden. Für die Bildung weiterer Kapitalerträge stehen deshalb keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung. Daher entstehen keine oder nur geringe Bewertungsreserven.

(8) Die Höhe der Bewertungsreserven wird zu monatlichen Stichtagen ermittelt, die für jeweils ein Kalenderjahr im Voraus festgelegt werden. Welcher Stichtag für Ihren Vertrag maßgeblich ist, hängt unter anderem vom Zeitpunkt der Beendigung und vom Beendigungsgrund (z. B. Kündigung, Leistungsfall) ab.

Die Höhe der Bewertungsreserven zum Bilanzstichtag sowie die maßgeblichen Stichtage für die Ermittlung der Bewertungsreserven werden im Geschäftsbericht veröffentlicht, den Sie jederzeit bei uns anfordern können.

(9) Während des Rentenbezugs erfolgt die Beteiligung an den Bewertungsreserven ent-

sprechend der Regelungen, die vertraglich für die Verwendung der Überschüsse vereinbart wurden.

(10) Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen desjenigen Gewinnverbands, der in Ihrem Versicherungsschein genannt ist (Gewinnanteile). Die Mittel für die Gewinnanteile werden bei der Direktgutschrift aus dem Ergebnis des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Gewinnanteilsätze wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Gewinnanteilsätze in unserem Geschäftsbericht.

Den Geschäftsbericht können Sie bei uns jederzeit anfordern.

Wird Ihre Versicherung in dem in § 14 Absatz 7 beschriebenen Falle als Einzelversicherungsvertrag fortgesetzt, führen wir Ihre Versicherung ab dem Beginn des nächsten Versicherungsjahres in dem dann maßgebenden Gewinnverband.

(11) Die Gewinnanteile ergeben sich aus der Multiplikation von Gewinnanteilsätzen mit bestimmten Bezugsgrößen.

Weitere Erläuterungen zu den einzelnen Gewinnanteilen, den Bezugsgrößen und zur Verwendung der Gewinnanteile vor und ab Leistungsbeginn enthalten die beiden nachfolgenden Paragraphen.

Soweit die Gewinnanteile zur Leistungserhöhung aus der Überschussbeteiligung verwendet werden, sind hierfür die bei Zuteilung der für Ihren Vertrag geltenden Kalkulationsgrundlagen für Erhöhungsleistungen maßgeblich. Zu den Kalkulationsgrundlagen gehören unsere Annahmen über Kapitalerträge (Rechnungszins), Risikoverlauf (Sterblichkeit) und Kosten.

§ 12 Welche Besonderheiten gelten vor Leistungsbeginn?

(1) In dem vorangehenden Paragraphen haben wir beschrieben, welche Arten von Überschüssen wann entstehen können (Zins-, Risiko- und Kostenergebnis) und wodurch deren Höhe beeinflusst wird.

Vor Leistungsbeginn können jährlich Risikogewinne anfallen, die sich je nach der gemäß Absatz 2 gewählten Gewinnzuteilungsform in Prozent der Prämie ohne Berücksichtigung von Gewinnanteilen (prämienpflichtige Versicherungen mit Gewinnzuteilungsform A) bzw. der Risikoprämie zu Beginn des jeweiligen Versicherungsjahres (in allen anderen Fällen) bemisst. Dieser Gewinnanteil berücksichtigt neben den Risikogewinnen auch Kosten- und bei prämienpflichtigen Versicherungen zusätzlich Zinsgewinne oder -verluste.

(2) Diese Risikogewinne werden entsprechend der im Rahmen der tariflichen Möglichkeiten von Ihnen gewählten und in der Kundeninformation dokumentierten Gewinnzuteilungsform verwendet.

Bei Ihrer Versicherung können die folgenden Gewinnzuteilungsformen vereinbart werden:

a) Gewinnzuteilungsform A: Wir verrechnen die Risikogewinne mit den fälligen Prämien. Im Falle der Prämienfreistellung verwenden wir, sofern die Berufsunfähigkeits-Versicherung prämienfrei fortgesetzt werden kann, danach die Gewinnanteile wie die Zinsgewinnanteile gemäß Absatz 3.

b) Gewinnzuteilungsform B: Wir erhöhen bei Eintritt des Versicherungsfalles die Berufsunfähigkeitsrente um einen Bonus, der in Prozent der versicherten jährlichen Berufsunfähigkeitsrente festgesetzt wird. Der Bonus wird zusammen mit der versicherten Leistung fällig.

Führt eine Neufestsetzung der Gewinnanteile zu einer Reduzierung des Bonus, so können Sie - sofern noch keine Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 eingetreten ist - die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung innerhalb von drei Monaten nach Zugang unserer Mitteilung beantragen. Wir teilen Ihnen schriftlich mit, ab wann die Reduzierung des Bonus wirksam wird und wie hoch die Erhöhungsbeträge für Rente und Prämie sind.

(3) Bei prämienfreien Versicherungen können außerdem Zinsgewinne in Prozent des Deckungskapitals für die versicherte Leistung und des Deckungskapitals für den Rentenzuwachs entstehen.

Wir werden diese Zinsgewinne zum Ende eines jeden Versicherungsjahres zuteilen und als Prämie für einen Rentenzuwachs zur Erhöhung der versicherten Leistungen verwenden. Diese Erhöhung wird nach den allgemein anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnet und ist für die Zukunft garantiert.

(4) Die jährlichen Verwaltungskosten, die bei der Berechnung des Rentenzuwachses berücksichtigt werden, betragen 0,1 % des gebildeten Rentenzuwachses.

§ 13 Welche Besonderheiten gelten ab Leistungsbeginn?

(1) Während der Fälligkeit der Berufsunfähigkeitsrente bilden wir jährlich einen Rentenzuwachs, der in Prozent der Berufsunfähigkeitsrente einschließlich des Bonus und des erreichten Rentenzuwachses bemessen wird. Die Leistungserhöhung finanziert sich aus dem Ihrer Versicherung zugeteilten Gewinnanteil, der entsprechend den Regelungen des § 11 sowohl die Zins- als auch die Risiko- und Kostengewinne oder -verluste berücksichtigt. Daher können der Gewinnanteil und der Rentenzuwachs den Wert Null annehmen. Diese Erhöhung erfolgt erstmals zum nächsten auf den Beginn der Berufsunfähigkeitsrente folgenden Versicherungstichtag (Beginn eines Versicherungsjahres), wird nach den allgemein anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnet und ist für die Zukunft garantiert.

Haben Sie mit uns eine garantierte Rentensteigerung gemäß § 1 Absatz 1 b) vereinbart, bemisst sich der jährliche Rentenzuwachs in Prozent der um den vereinbarten Prozentsatz erhöhten Berufsunfähigkeitsrente einschließlich des Bonus, der erreichten garantierten Rentensteigerungen und des erreichten Rentenzuwachses. Diese Erhöhung erfolgt erstmals zum nächsten auf

Vertragsvorschlag

D. Versicherungsbedingungen

- Seite 6 von 8 -



den Beginn der Berufsunfähigkeitsrente folgenden Versicherungsstichtag, wird nach den allgemein anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnet und ist für die Zukunft garantiert. Der Rentenzuwachs erhöht sich nach dem Zuteilungszeitpunkt zu jedem folgenden Versicherungsstichtag garantiert um den vereinbarten Prozentsatz seines Vorjahreswertes.

(2) Die jährlichen Verwaltungskosten, die bei der Berechnung des Rentenzuwachses berücksichtigt werden, betragen 3 % des gebildeten Rentenzuwachses.

IV. Prämienzahlung

§ 14 Was haben Sie bei der Prämienzahlung zu beachten?

(1) Die Prämien zu Ihrer Versicherung können Sie je nach Vereinbarung durch jährliche, halbjährliche, vierteljährliche oder monatliche Prämienzahlung (laufende Prämien) entrichten. Die Wahl der Prämienzahlungsweise hat auch Auswirkungen auf die Summe der Prämien, die Sie insgesamt für Ihren Versicherungsschutz bezahlen; das heißt, dass zum Beispiel eine jährliche Prämienzahlungsweise in der Summe insgesamt einen geringeren Prämienaufwand erfordert als eine monatliche Prämienzahlungsweise.

(2) Die Prämie müssen Sie wie vertraglich vereinbart zu Beginn einer jeden Versicherungsperiode zahlen. Die Versicherungsperiode entspricht der vereinbarten Prämienzahlung.

(3) Zahlungen der Prämie an uns können nur wirksam auf ein von uns benanntes Konto entrichtet werden. Ein Versicherungsvermittler ist nicht zur Entgegennahme von Zahlungen bevollmächtigt.

(4) Die Übermittlung der Prämien erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

(5) Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung werden wir etwaige Prämienrückstände verrechnen.

(6) Sie können mit uns eine schriftliche Vereinbarung über eine zinslose Stundung der Prämienzahlung für einen Zeitraum von maximal zwölf Monaten schließen, wenn die nach Ablauf der Stundung verbleibende Prämienzahlungsdauer noch mindestens ein Jahr beträgt.

Die gestundeten Prämien sind zum Ablauf des Stundungszeitraums nachzuzahlen. Auf Wunsch kann vereinbart werden, dass der nachzuzahlende Betrag innerhalb eines Zeitraumes von maximal 24 Monaten in jährlichen, halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten geleistet wird. Für diese Ratenzahlung erheben wir für das Jahr Zinsen in Höhe von drei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz (§ 247 BGB).

Alternativ zur Nachzahlung kann vereinbart werden, dass die gestundeten Prämien nach Ablauf des Stundungszeitraums mit dem Deckungskapital verrechnet werden.

(7) Wurde Ihre Versicherung auf Grund eines Rahmenabkommens zu besonderen Konditionen abgeschlossen, kann sich die vereinbarte Prämie ändern, wenn die Prämie

für diese Versicherung nicht mehr im Rahmen des genannten Abkommens gesammelt an uns geleistet bzw. im Rahmen des vertraglich vereinbarten Prämieninkassos per Lastschrift gezahlt wird oder wenn die Voraussetzungen für die Aufnahme in diesen besonderen Tarifbereich im Rahmen dieses Abkommens nicht mehr erfüllt sind. In diesem Fall führen wir Ihre Versicherung vom nächsten Prämienfälligkeitstermin an als Einzelversicherungsvertrag zu den hierfür geltenden Konditionen weiter. Wir werden Sie über den Eintritt dieser Voraussetzungen und die geänderte Prämie informieren.

§ 15 Welche Kosten sind bei der Kalkulation Ihrer Versicherung berücksichtigt?

(1) Die Kalkulation einer Versicherung geschieht unter Berücksichtigung der Tatsache, dass eine Vielzahl von Verträgen, die gleichartige Risiken absichern, gemeinsam verwaltet wird. Kosten werden daher nach für alle Verträge gleichmäßig geltenden Prinzipien pauschal erhoben.

(2) Durch den Abschluss von Versicherungsverträgen und die laufende Verwaltung des Versicherungsvertrages entstehen Kosten (Abschluss- und Vertriebskosten sowie sonstige Kosten). Diese Kosten sind bereits bei der Tarifkalkulation berücksichtigt und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt. Angaben zur Höhe dieser Kosten finden Sie in der Kundeninformation.

(3) Die Abschluss- und Vertriebskosten umfassen insbesondere Abschlussprovisionen und Courtagen an die Versicherungsvermittler sowie Aufwendungen für die Aufnahme des Versicherungsvertrages in den Versicherungsbestand und für die ärztlichen Untersuchungen im Zusammenhang mit dem Abschluss von Versicherungsverträgen.

Für die Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung maßgebend. Hierbei werden die ersten Prämien zur Tilgung der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit die Prämien nicht für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung der Deckungsrückstellung auf Grund von § 25 Absatz 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen (RechVersV) in Verbindung mit § 169 Absatz 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 Prämien beschränkt.

(4) Die sonstigen Kosten umfassen insbesondere die Aufwendungen für die Verwaltung Ihres Versicherungsvertrages, für die technische Bestandsführung und die jährliche schriftliche Information.

Die sonstigen Kosten werden, soweit sie nicht mit der Prämie verrechnet werden, dem Deckungskapital entnommen.

(5) Bei einer Prämienfreistellung (§ 18) ändert sich die Höhe der sonstigen Kosten. Die Änderung hängt von der Summe der tatsächlich gezahlten Prämien ab und kann

sowohl eine Absenkung als auch eine Erhöhung der sonstigen Kosten bewirken. Wir werden Ihnen die Höhe der ab Prämienfreistellung von uns erhobenen sonstigen Kosten mitteilen.

(6) Die beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung nur geringe Beträge zur Bildung der prämienfreien Versicherungsleistung, für Ihren Rückkaufswert und für die Bezugsgrößen der Überschussbeteiligung vorhanden sind.

§ 16 Welche Kosten und Gebühren stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

(1) Wir sind berechtigt, über die in § 15 beschriebenen Kosten hinaus für die nachfolgend genannten Geschäftsvorfälle Kosten gesondert in Rechnung zu stellen. Diese Kosten werden wie folgt ermittelt:

a) Fallen bei uns für einen der nachfolgend genannten Geschäftsvorfälle interne Kosten an, wird Ihnen hierfür ein Pauschalbetrag in Rechnung gestellt. Der Pauschalbetrag wird von uns anhand der bei einem entsprechenden Geschäftsvorfall durchschnittlich anfallenden Kosten (Zeitaufwand, Personal- und Materialkosten) ermittelt. Im Einzelnen gilt:

- Für Vertragsänderungen, die eine technische Umstellungsberechnung erfordern (z. B. Verlängerung oder Verkürzung der Versicherungsdauer), wird eine Gebühr in Höhe von 10 % der in der Kundeninformation genannten technischen Prämiensumme, höchstens jedoch in Höhe von 100 EUR erhoben.

- Wir erheben für besondere Verwaltungsaufwendungen wie etwa nachträgliche Eintragung oder Änderung von Bezugsrechten, Verpfändungen, Abtretungserklärungen, Ausstellung von Ersatzurkunden usw. neben dem Ersatz der Postgebühren eine Gebühr von 1,50 EUR.

- Für Rückläufer im Lastschriftverfahren verlangen wir die hierdurch entstehenden Kosten, höchstens jedoch 5 EUR.

- Im Falle des Rücktritts gemäß § 17 Absatz 2 verlangen wir von Ihnen eine Gebühr für die Bearbeitung Ihres Vertrages, die sich auf 10 % der Prämien der ersten 12 Monate ab Versicherungsbeginn beläuft.

- Wird eine Folgeprämie nicht gezahlt, erhalten Sie eine Mahnung (§ 17 Absatz 4), für die wir eine Mahngebühr von 1 EUR erheben.

Die vorgenannten Beträge sind pauschaliert aufwandsbezogen kalkuliert. Bei einer von uns nicht beeinflussbaren und nicht vorhersehbaren wesentlichen Veränderung der bei Versicherungsbeginn maßgeblichen tatsächlichen Kosten müssen wir uns daher vorbehalten, diese Beträge nach billigem Ermessen entsprechend der Kostenentwicklung angemessen anzupassen. Bei einem wesentlichen Rückgang der tatsächlichen Kosten verpflichten wir uns, die Kosten angemessen entsprechend der Kostenentwicklung zu reduzieren. Als wesentlich gilt jede Veränderung ab einem Umfang in Höhe von 5 % im Vergleich zu den bei Versicherungsbeginn bzw. bei der letzten Anpassung maßgeblichen tatsächlichen Kosten. Wir werden die

Vertragsvorschlag

D. Versicherungsbedingungen

- Seite 7 von 8 -



Kostenentwicklung in regelmäßigen Abständen, spätestens alle 5 Jahre, überprüfen und Sie informieren, sofern eine Anpassung der Verwaltungskosten erforderlich ist.

Die Anpassung der Verwaltungskosten wird zwei Monate nach Zugang dieser Information, der Sie auch die Höhe der Anpassung entnehmen können, wirksam. Im Falle einer Erhöhung können Sie der Anpassung binnen sechs Wochen nach Erhalt der Anpassungsmitteilung widersprechen. Ein solcher Widerspruch führt in den Grenzen des § 19 zur vollständigen Kündigung des Versicherungsvertrages. Unterbleibt ein fristgerechter Widerspruch, gilt die Anpassung als genehmigt. Die Anpassung wird im Rahmen eines Nachtrags zum Versicherungsschein dokumentiert.

b) Werden uns für einen der vorgenannten Geschäftsvorfälle von dritter Seite Kosten in Rechnung gestellt (z. B. Gebühren für Lastschrift rückläufer, Porto, Überweisungen ins Ausland), werden Ihnen diese Kosten von uns in angefallener Höhe zusätzlich in Rechnung gestellt.

(2) Ihnen ist der Nachweis gestattet, dass für Ihren Geschäftsvorfall Kosten überhaupt nicht entstanden sind oder dass die für Ihren Geschäftsvorfall tatsächlich entstandenen Kosten niedriger sind als der Pauschalbetrag. Sie müssen in diesem Fall nur die tatsächlich angefallenen Kosten tragen.

§ 17 Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig zahlen?

(1) Für die Rechtzeitigkeit der Prämienzahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit die Prämie bei uns eintrifft. Ist die Einziehung der Prämie von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn die Prämie zu dem in der Kundeninformation angegebenen Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte die fällige Prämie 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 die Prämie nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

(2) Wird die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt und haben Sie dies zu vertreten, können wir - solange die Zahlung nicht bewirkt ist - vom Vertrag zurücktreten.

(3) Ist die Erstprämie 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; dies gilt nicht, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

(4) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform mit einer Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Wird der Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist beglichen und haben Sie dies zu vertreten, entfällt oder vermindert sich

Ihr Versicherungsschutz. Auf diese und alle weiteren Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

§ 18 Wann können Sie Ihre Versicherung prämienvfrei stellen?

(1) Sie können

a) jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode

b) sowie innerhalb der Versicherungsperiode mit Frist von einem Monat zum Schluss eines jeden Monats, frühestens jedoch zum Schluss der ersten Versicherungsperiode

schriftlich verlangen, dass Ihre Versicherung vollständig oder teilweise in eine prämienvfreie Versicherung umgewandelt wird, sofern die versicherte jährliche garantierte Berufsunfähigkeitsrente nach Prämienfreistellung mindestens 600 EUR beträgt. Wird dieser Mindestbetrag nicht erreicht, wird der Rückkaufwert nach Abzug des Stornoabschlags (§ 19) gezahlt und die Versicherung erlischt.

Die Prämienfreistellung Ihrer Versicherung kann mit Nachteilen verbunden sein.

In der Anfangszeit Ihrer Versicherung sind wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (§ 15) nur geringe Beträge zur Bildung einer prämienvfreien Rente vorhanden. Darüber hinaus handelt es sich bei der Berufsunfähigkeitsversicherung um eine Risikoversicherung, bei der prinzipiell in jeder Versicherungsperiode die zu entrichtenden Prämien zur Deckung der eintretenden Versicherungsfälle und der Kosten voll verbraucht werden. Daher steht eine prämienvfreie Versicherungsleistung grundsätzlich nicht zur Verfügung und die Versicherung erlischt ohne Wert, wenn Sie die Prämienzahlung einstellen.

Eine Prämienfreistellung ist allenfalls möglich, sofern dennoch nicht verbrauchte Prämienteile zur Verfügung stehen.

Die wirtschaftlichen Auswirkungen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten sowie des in Absatz 4 beschriebenen Stornoabschlags können Sie der Tabelle der prämienvfreien Leistungen in der Kundeninformation entnehmen.

(2) Bei einer teilweisen Prämienfreistellung ist die Fortsetzung des Versicherungsvertrages nur möglich, sofern die jährliche garantierte Berufsunfähigkeitsrente nach der teilweisen Prämienfreistellung sowohl für den prämienvfreien als auch für den verbleibenden, prämienvpflichtigen Versicherungsteil jeweils mindestens 600 EUR beträgt.

(3) Wir berechnen die prämienvfreien Versicherungsleistungen gemäß § 165 Absatz 2 VVG nach den allgemein anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation aus dem Deckungskapital der Versicherung (§ 169 Absatz 3 VVG) nach Abzug des Stornoabschlags, der in Absatz 4 näher beschrieben wird.

(4) Der Stornoabschlag ist der Abzug gemäß § 165 Absatz 2 in Verbindung mit § 169 Absatz 5 VVG und beträgt 75 % des aus den Prämien der Berufsunfähigkeitsversicherung ermittelten positiven Deckungs-

kapitals zur Berechnung der prämienvfreien Leistungen. Die Höhe des Stornoabschlags können Sie der Kundeninformation entnehmen.

Der Stornoabschlag ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Stornoabschlag für angemessen, da mit ihm die Veränderung der Risiko- und Ertragslage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Stornoabschlag zu Grunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern sind, entfällt der Stornoabschlag bzw. wird - im letzteren Falle - entsprechend herabgesetzt.

(5) Etwaige Prämienrückstände werden mit dem Deckungskapital verrechnet.

(6) Bei Prämienfreistellung wird der Rentenzuwachs (§ 13) auf Basis seines Deckungskapitals unter Berücksichtigung eines Stornoabschlags von 75 % analog Absatz 4 mit den für Ihren Vertrag geltenden Kalkulationsgrundlagen für Erhöhungsleistungen (§ 11 Absatz 11) neu berechnet. Nach der Prämienfreistellung entwickelt sich die Überschussbeteiligung gemäß den Regelungen des § 12 weiter.

(7) Sie können innerhalb von sechs Monaten nach dem Prämienfreistellungstermin schriftlich verlangen, dass der Versicherungsschutz ohne Gesundheitsprüfung unter folgenden Voraussetzungen wieder hergestellt wird (Wiederinkraftsetzung):

a) die Prämienzahlung wird in der ursprünglich vereinbarten Höhe zum nächsten Monatsersten wieder aufgenommen,

b) die Prämien für den Zeitraum vom Prämienfreistellungstermin bis zur Wiederinkraftsetzung werden nachgezahlt,

c) die Prämienzahlungsdauer beträgt ab dem Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung noch mindestens ein Jahr,

d) zwischen dem Prämienfreistellungstermin und dem Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung ist nicht der Versicherungsfall nach § 2 eingetreten, und

e) der prämienvfreie Zeitraum darf sechs Monate nicht überschreiten.

Auf das Recht der Wiederinkraftsetzung werden wir im Rahmen der Prämienfreistellung hinweisen.

V. Vorzeitige Beendigung

§ 19 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?

(1) Sie können unter Beachtung der in § 18 Absatz 1 genannten Termine und Fristen Ihre Versicherung jederzeit bis zum Eintritt des Versicherungsfalles nach § 2 vollständig oder teilweise schriftlich kündigen.

Die Kündigung Ihrer Versicherung kann mit Nachteilen verbunden sein.

In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (§ 15) nur ein geringer Rückkaufswert vorhanden. Darüber hinaus handelt es sich bei der Berufsunfähigkeits-Versicherung um eine Risikoversicherung, bei der prinzipiell in jeder Versicherungsperiode die zu entrichtenden Prämien zur Deckung der eintretenden Versicherungsfälle und der Kosten voll verbraucht werden. Daher steht ein Rückkaufswert grundsätzlich nicht zur Verfügung und die Versicherung erlischt ohne Wert.

Sofern dennoch nicht verbrauchte Prämienteile zur Verfügung stehen, erfolgt eine Auszahlung des Rückkaufswertes nach Abzug des Stornoabschlags nach Maßgabe der nachfolgenden Absätze. Die wirtschaftlichen Auswirkungen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten sowie des Stornoabschlags können Sie der Tabelle der Rückkaufswerte in der Kundeninformation entnehmen.

(2) Für die Auszahlung des Rückkaufswertes gilt:

a) Bei einer vollständigen Kündigung wird die Versicherung beendet und wir zahlen den Rückkaufswert nach Abzug des in Absatz 4 beschriebenen Stornoabschlags aus.

b) Bei einer Teilkündigung gilt Buchstabe a) entsprechend für den gekündigten Teil. Die Fortsetzung des nicht gekündigten Teils des Versicherungsvertrages ist nur möglich, wenn die nach Teilkündigung berechnete jährliche garantierte Berufsunfähigkeitsrente für den verbleibenden Teil mindestens 600 EUR beträgt.

(3) Der Rückkaufswert ergibt sich gemäß § 169 Absatz 3 VVG aus dem Deckungskapital der Versicherung und dem Deckungskapital des Rentenzuwachses. Der so ermittelte Rückkaufswert wird um den Stornoabschlag reduziert, der in Absatz 4 näher beschrieben wird.

(4) Der Stornoabschlag ist der Abzug gemäß § 169 Absatz 5 VVG und beträgt 75 % des aus den Prämien der Berufsunfähigkeits-Versicherung ermittelten positiven Deckungskapitals. Die Höhe des Stornoabschlags können Sie der Kundeninformation entnehmen.

Wurde Ihre Versicherung bereits vollständig oder teilweise in eine prämienfreie Versicherung umgewandelt, so beträgt der Stornoabschlag für den prämienfreien Teil 15 % des positiven Deckungskapitals dieses Teiles.

Der Stornoabschlag ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Stornoabschlag für angemessen, da mit ihm die Veränderung der Risiko- und Ertragslage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Stornoabschlag zu Grunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern sind, entfällt der Stornoabschlag bzw. wird im letzteren Falle - entsprechend herabgesetzt.

(5) Eventuelle Prämienrückstände werden mit dem Rückkaufswert nach Abzug des Stornoabschlags verrechnet.

VI. Sonstiges

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

(1) Mitteilungen, die das bestehende Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets in Textform erfolgen, soweit nicht in diesen Bedingungen Schriftform vereinbart ist. Diese Vereinbarung kann mündlich nicht aufgehoben werden.

Für uns bestimmte Mitteilungen werden nur und erst dann wirksam, sobald sie uns zugegangen sind.

(2) Eine Änderung Ihrer Anschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

Ihnen können Nachteile entstehen, wenn Sie gegebenenfalls von wichtigen Mitteilungen nicht rechtzeitig Kenntnis erhalten, 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.

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

(4) Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, müssen Sie uns eine in der Bundesrepublik Deutschland ansässige Person benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen (Zustellungsbevollmächtigter).

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

§ 21 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 zurzeit 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 ei-

ne juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.

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

BB-INF: Besondere Bedingungen für die Leistung bei Berufsunfähigkeit bei Infektionsgefahr

(LV_BB_INF.1102)

Sehr geehrter Kunde,

in den Versicherungsbedingungen sprechen wir mit unserer persönlichen Anrede ("Sie") grundsätzlich den Versicherungsnehmer als denjenigen an, der die Versicherung beantragt hat und somit unser unmittelbarer Vertragspartner ist.

Im Bedingungstext verwenden wir die Bezeichnung AVB. Damit sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der zugehörigen Hauptversicherung gemeint. Soweit in den Besonderen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die AVB sinngemäß Anwendung.

Im Bedingungstext verwenden wir die Bezeichnungen BB-BUZ und BB-iBU. Damit sind die Besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung und die besonderen Bedingungen für die integrierte Leistung bei Berufsunfähigkeit gemeint.

Gliederung

§ 1 Welche Bedingungen finden Anwendung?

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

§ 3 Wann endet die Leistungsverpflichtung?

§ 4 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

§ 1 Welche Bedingungen finden Anwendung?

Soweit in diesen Besonderen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung (AVB), die Besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BB-BUZ) bzw. die Besonderen Bedingungen für die integrierte Leistung bei Berufsunfähigkeit (BB-iBU) Anwendung.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn eine auf gesetzlichen Vorschriften oder behördlicher Anordnung beruhende Verfügung der versicherten Person verbietet, wegen einer von ihr ausgehenden Infektionsgefahr ihre hauptberufliche Tätigkeit auszuüben (vollständiges Tätigkeitsverbot) und sich dieses vollständige Tätigkeitsverbot auf einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erstreckt.

Ergänzend zu den Obliegenheiten des Paragraphen "Welche Obliegenheiten bestehen, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird?" der AVB, BB-BUZ bzw. BB-iBU ist uns zum Nachweis des Vorliegens eines vollständigen Tätigkeitsverbotes die Verfügung im Original oder amtlich beglaubigt vorzulegen.

§ 3 Wann endet die Leistungsverpflichtung?

Werden Leistungen aufgrund des vollständigen Tätigkeitsverbotes erbracht, endet die Leistungsverpflichtung mit der Aufhebung des vollständigen Tätigkeitsverbotes.

§ 4 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

Abweichend vom Paragraphen "Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?" der AVB, BB-BUZ bzw. BB-iBU gilt bei Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen:

Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sowie während einer Karenzzeit sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen bzw. den Wegfall der Leistungspflicht nach dem Paragraphen "Was ist versichert?" der AVB, BB-BUZ bzw. BB-iBU nachzuprüfen; insbesondere können wir auch einen Nachweis verlangen, dass die versicherte Person noch lebt.

Wir können auch prüfen, ob die versicherte Person nach dem Eintritt ihrer Berufsunfähigkeit eine neue berufliche Tätigkeit ausübt. In diesem Fall liegt eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vor, wenn alle nachfolgenden Voraussetzungen zutreffen:

a) Die versicherte Person kann auf Grund ihrer gesundheitlichen Verhältnisse diese Tätigkeit ausüben.

b) Diese ausgeübte berufliche Tätigkeit entspricht der Lebensstellung der beruflichen Tätigkeit der versicherten Person zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit.

Liegen die vorgenannten Voraussetzungen vor, ist es unerheblich, ob die Berufsunfähigkeit in dem Beruf, zu dem unsere Leistungspflicht anerkannt oder festgestellt wurde, fort dauern würde.

BB-NVG: Besondere Bedingungen für die Nachversicherungsgarantie auf Erhöhung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente

(LV_BB_NVG_BU.1302)

Sehr geehrter Kunde,

in den Versicherungsbedingungen sprechen wir mit unserer persönlichen Anrede ("Sie") grundsätzlich den Versicherungsnehmer als denjenigen an, der die Versicherung beantragt hat und somit unser unmittelbarer Vertragspartner ist.

Gliederung

§ 1 Welches Recht bietet Ihnen die Nachversicherungsgarantie? Was haben Sie zu beachten?

§ 2 Wann können Sie die Nachversicherungsgarantie ereignisunabhängig ausüben (freie Phase)?

§ 3 Wann können Sie die Nachversicherungsgarantie ereignisabhängig ausüben (gebundene Phase)?

§ 4 Was ist bei der Ausübung der Nachversicherungsgarantie für die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente zu beachten?

§ 5 Wann entfällt die Nachversicherungsgarantie?

§ 1 Welches Recht bietet Ihnen die Nachversicherungsgarantie? Was haben Sie zu beachten?

(1) Mit der Nachversicherungsgarantie haben Sie das Recht, die bestehende Berufsunfähigkeitsrente nach den nachfolgenden Bestimmungen ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen. Dieses Recht besteht nicht, falls der ursprüngliche Vertrag gegen eine vereinfachte Risikoprüfung in Form einer Dienstfähigkeitsklärung zustande gekommen ist.

(2) Die in § 4 Absatz 3 genannten Höchstgrenzen für die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente gelten stets inkl. einer eventuell vereinbarten Erhöhung der Rente durch Überschussbeteiligung.

(3) Die Ausübung der Nachversicherungsgarantie muss schriftlich erfolgen.

§ 2 Wann können Sie die Nachversicherungsgarantie ereignisunabhängig ausüben (freie Phase)?

Bis fünf Jahre nach dem Versicherungsbeginn kann die Nachversicherungsgarantie ohne erneute Gesundheitsprüfung und unabhängig von einem bestimmten Ereignis ausgeübt werden. Falls dieser Vertrag aus einem Umtausch- oder Umwandlungsrecht hervorgegangen ist, endet die freie Phase fünf Jahre nach dem Versicherungsbeginn des ursprünglichen Vertrages. Die freie Phase endet ebenfalls, wenn die versicherte Person das 37. Lebensjahr vollendet hat.

§ 3 Wann können Sie die Nachversicherungsgarantie ereignisabhängig ausüben (gebundene Phase)?

(1) Nach Ablauf der freien Phase können Sie die Nachversicherungsgarantie ohne erneute Gesundheitsprüfung ausüben, sofern Sie den Eintritt eines der folgenden die versicherte Person betreffenden Anlässe oder Ereignisse innerhalb von sechs Monaten nach dessen Eintritt nachweisen (z. B. durch eine Urkunde oder ein amtliches Zeugnis):

a) Geburt eines Kindes oder Adoption eines minderjährigen Kindes;

b) Heirat oder Begründung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz;

c) Ehescheidung bzw. Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, sofern die Ehe bzw. die eingetragene Lebenspartnerschaft mindestens zwölf Monate bestand;

d) Tod des Ehegatten oder des eingetragenen Lebenspartners;

e) Erreichen der Volljährigkeit;

f) Erfolgreicher Abschluss eines staatlich anerkannten Studiums oder einer Berufsausbildung;

g) Erstmalige Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit nach Abschluss eines staatlich anerkannten Studiums oder einer Berufsausbildung, die nicht nur nebenberuflich ausgeübt wird;

h) Erstmaliger Wechsel von einer nicht selbständigen Tätigkeit in eine selbständige oder freiberufliche Tätigkeit, die nicht nur nebenberuflich ausgeübt wird;

i) Steigerung des Bruttoeinkommens aus nicht selbständiger beruflicher Tätigkeit des letzten Kalenderjahres (im Vergleich zum davor liegenden Kalenderjahr) um mehr als 10 % oder Steigerung der Summe der Bruttoeinkommen aus selbständiger beruflicher Tätigkeit der beiden letzten Kalenderjahre (im Vergleich zu den beiden davor liegenden Kalenderjahren) um mehr als 20 %;

j) Wegfall der Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Rentenversicherung;

k) Wegfall oder Kürzung (um mindestens 25 %) einer berufsständischen oder betrieblichen Altersversorgung;

l) Erstmaliges Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in der Gesetzlichen Rentenversicherung;

m) Aufnahme eines Darlehens von mindestens 50.000 EUR zur Neugründung bzw. Übernahme einer (bestehenden) Praxis bzw. Kanzlei oder Einstieg als Partner in eine bestehende Praxis bzw. Kanzlei;

n) Aufnahme eines Darlehens von mindestens 50.000 EUR zur Finanzierung im gewerblichen Bereich bzw. zur Finanzierung einer selbst genutzten Immobilie.

Wird dieser Nachweis nicht oder nicht fristgerecht erbracht, ist die Ausübung der Nachversicherungsgarantie zu diesem Zeitpunkt ausgeschlossen.

(2) Die Kosten für die erforderlichen Nachweise tragen Sie.

§ 4 Was ist bei der Ausübung der Nachversicherungsgarantie für die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente zu beachten?

(1) Wenn sich unsere Annahmen für die Prämienkalkulation von Berufsunfähigkeitsversicherungen bezüglich Kapitalerträgen (Rechnungszins) und Risikoverlauf seit Abschluss des ursprünglichen Vertrages nicht verändert haben, erfolgt die Erhöhung innerhalb des ursprünglichen Vertrages. Ansonsten behalten wir uns vor, dass die Erhöhung durch den Abschluss einer selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung oder einer Rentenversicherung mit Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (Anschlussversicherung) nach den dann gültigen Tarifen auf Grundlage der dann gültigen Kalkulationsgrundlagen erfolgt.

(2) Die Prämie für die Erhöhung errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnungsmäßigen Alter der versicherten Person sowie der verbleibenden Versicherungs- und Leistungsdauer. Erfolgt die Ausübung der Nachversicherungsgarantie gemäß Absatz 1 über den Abschluss einer Anschlussversicherung, sind für die Erhöhung zusätzlich der zu diesem Zeitpunkt ausgeübte Beruf sowie die dann gültigen Tarife, Versicherungsbedingungen und Steuerregelungen maßgeblich. Sollte der ausgeübte Beruf zum Erhöhungstermin in den für das Neugeschäft gültigen Tarifen nicht mehr versicherbar sein, gilt für die Anschlussversicherung die Prämie der Risikogruppe für Berufe mit dem höchsten Berufsunfähigkeitsrisiko. Etwaige in der bisherigen Versicherung vereinbarte Leistungseinschränkungen und Risikozuschläge gelten stets auch für die Anschlussversicherung.

Für die Anschlussversicherung kann - soweit tariflich vorgesehen - eine planmäßige Erhöhung von Prämie und Leistungen (Dynamik) vereinbart werden, falls die bestehende Versicherung ebenfalls eine Dynamik beinhaltet.

(3) Unabhängig von der Art der Erhöhung gilt bei jeder Ausübung der Nachversicherungsgarantie außerdem folgendes:

a) Pro Ereignis darf maximal bis zu 100 % der zu Vertragsbeginn vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente zusätzlich versichert werden.

b) Erhöhungen der Berufsunfähigkeitsrente innerhalb der freien Phase (§ 2) sind insgesamt begrenzt auf maximal 100 % der zu Vertragsbeginn vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente.

c) Ist die Berufsunfähigkeitsrente zum Zeitpunkt der Ausübung der Nachversicherungsgarantie niedriger als die zu Vertragsbeginn vereinbarte, darf abweichend von a) und b) maximal bis zu 100 % der zum Zeitpunkt der Ausübung versicherten Berufsunfähigkeitsrente zusätzlich versichert werden.

d) Die insgesamt bei uns versicherten Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten der versicherten Person dürfen eine Jahresrente von 30.000 EUR nicht übersteigen. Sofern für den Beruf der versicherten Person niedrigere Jahresrenten als maximal zulässige Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten tarif-

lich festgelegt sind, dürfen durch die Erhöhung diese niedrigeren Werte nicht überschritten werden. Dies kann im Einzelfall dazu führen, dass Sie die Nachversicherungsgarantie nicht ausüben können, wenn diese Grenzen bereits mit der ursprünglich versicherten Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente erreicht sind.

e) Bei Ausübung der Nachversicherungsgarantie über eine Rentenversicherung mit Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung gilt zusätzlich:

- Sie können die jährliche Prämie der Rentenversicherung um bis zu 1.800 EUR erhöhen.

- Eine versicherte Todesfallleistung erhöht sich durch die Ausübung der Nachversicherungsgarantie auf Erhöhung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente grundsätzlich nicht. Erfordert die Rentenversicherung jedoch eine Mindest-Todesfallleistung, kann sich Ihre versicherte Todesfallleistung erhöhen. Die Erhöhung ist in diesem Fall auf die Mindest-Todesfallleistung begrenzt.

f) Voraussetzung für die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente ist, dass ein Bedarf der versicherten Person besteht.

Ein Bedarf besteht nur, sofern zum Zeitpunkt der Ausübung der Nachversicherungsgarantie die im Falle der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit für die versicherte Person insgesamt zu erwartenden Leistungen in einem angemessenen Verhältnis zu dem letzten jährlichen Bruttoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit der versicherten Person stehen.

Für die Ermittlung des Bedarfs verwenden wir als Rechengröße die gewichtete Gesamtleistung. Die gewichtete Gesamtleistung ist die Summe aller zum Zeitpunkt der Ausübung der Nachversicherungsgarantie für die versicherte Person insgesamt versicherten Leistungen für den Fall der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit bei privaten Versicherern sowie der Erhöhungsrente, wobei Versicherungen der privaten Altersversorgung dabei zu 100 %, Versicherungen der Basisversorgung zu 80 % und Direktversicherungen, Pensionskassen- sowie Rückdeckungsversicherungen zu 67 % berücksichtigt werden; privat fortgeführte Direkt- oder Pensionskassenversicherungen gelten diesbezüglich als private Altersversorgung.

Durch die Ausübung der Nachversicherungsgarantie darf die so ermittelte gewichtete Gesamtleistung 60 % des letzten jährlichen Bruttoeinkommens aus beruflicher Tätigkeit nicht überschreiten.

Wir haben das Recht, das Bestehen des Bedarfs vor jeder Ausübung der Nachversicherungsgarantie zu überprüfen. Wir können von Ihnen verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Überprüfung des Bedarfs erforderlich ist, und dass Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Sachverhalts dienlich sind, um uns die sachgerechte Überprüfung des Bedarfs zu ermöglichen. Hierzu werden wir Ihnen mitteilen, welche Auskünfte und Informationen wir von Ihnen für eine solche Überprüfung benötigen. Sie sind verpflichtet, die von Ihnen gemachten Angaben nachzuweisen. Wird dieser Nachweis nicht oder nicht frist-

gerecht erbracht, ist die Ausübung der Nachversicherungsgarantie zu diesem Zeitpunkt ausgeschlossen. Die Kosten für die erforderlichen Nachweise tragen Sie.

Im Rahmen der Überprüfung sind Sie gesetzlich verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umständen, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben; andernfalls riskieren Sie den Verlust Ihres erhöhten Versicherungsschutzes. Über diese Pflicht und die Rechtsfolgen einer Pflichtverletzung werden wir Sie bei der Überprüfung schriftlich informieren und belehren.

Ist eine andere Person versichert, gelten die vorstehenden Bestimmungen für diese andere versicherte Person entsprechend.

(4) Die Erhöhung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente bzw. der Abschluss der Anschlussversicherung erfolgt frühestens zu Beginn des nächsten Monats nach Zugang Ihrer Mitteilung und spätestens zu Beginn des nächstfolgenden Versicherungsjahres. Haben Sie keinen Erhöhungstermin mitgeteilt, so erfolgt die Erhöhung zu Beginn des nächstfolgenden Versicherungsjahres. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin. Im Falle des Abschlusses einer Anschlussversicherung darf die am Erhöhungstermin auf volle Jahre aufgerundete verbleibende Versicherungs- und Leistungsdauer der bereits bestehenden Versicherung nicht überschritten werden.

§ 5 Wann entfällt die Nachversicherungsgarantie?

Die Ausübung der Nachversicherungsgarantie ohne erneute Gesundheitsprüfung ist nicht möglich,

- falls der Vertrag zum Zeitpunkt der Ausübung prämienfrei gestellt ist, oder
- falls die versicherte Person zum Erhöhungstermin gemäß § 4 Absatz 4 das 45. Lebensjahr vollendet hat, oder
- falls der Versicherungsfall gemäß den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung, den Besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bzw. den Besonderen Bedingungen für die integrierte Leistung bei Berufsunfähigkeit zum Zeitpunkt der Ausübung bereits eingetreten ist. Dies bedeutet auch, dass die Ausübung nicht mehr möglich ist, falls Leistungen nach Eintritt des Versicherungsfalls wieder eingestellt wurden. Stellt sich nach Ausübung der Nachversicherungsgarantie heraus, dass der Versicherungsfall zum Zeitpunkt der Ausübung bereits eingetreten war, entfällt die Erhöhung rückwirkend.

Vertragsvorschlag

D. Versicherungsbedingungen

- Seite 1 von 4 -



ERL-BU: EGO Versicherungsschutz bei Berufsunfähigkeit

Erläuterungen und Hinweise zum Versicherungsschutz und zu den Bedingungen

(LV_ERLBU.1301)

Sehr geehrter Kunde,

mit den nachstehenden Erläuterungen möchten wir Ihnen ergänzend zu unseren BU-Bedingungen einige weitere Informationen über Ihren Versicherungsschutz geben und die wichtigsten Leistungsvoraussetzungen noch transparenter darstellen. Die Erläuterungen und Informationen sind zwangsläufig auf verschiedene berufliche Verhältnisse und Situationen ausgerichtet, so dass einzelne Informationen entweder gar nicht oder erst im Laufe der Zeit für Sie bzw. für Ihre Berufsunfähigkeit von Bedeutung sind. Die "Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit" wird im Rahmen dieser Erläuterungen nicht behandelt, da sich diese ausschließlich auf das Ausmaß einer Pflegebedürftigkeit bezieht. Die Erläuterungen gelten sowohl für die selbständige Berufsunfähigkeits-Versicherung, die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung als auch für die Versicherungen, bei denen das Berufsunfähigkeitsrisiko als integrierte Leistung mitversichert ist; sie sind Bestandteil Ihres Vertrages und bieten Ihnen zusätzliche Rechtssicherheit für den Leistungsfall. In den Erläuterungen verwenden wir für den Begriff "Berufsunfähigkeit" die Abkürzung "BU".

Gliederung

- § 1 Welche Ursachen müssen zur BU geführt haben?
- § 2 Beinhaltet eine gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit (AU) zugleich den Nachweis einer BU?
- § 3 Nach welchen Kriterien und von wem wird der Grad der BU ermittelt?
- § 4 Wie lange muss der Zustand der BU anhalten?
- § 5 Welche Anforderungen werden an den versicherten Beruf gestellt?
- § 6 Welche Kriterien sind bei der BU-Feststellung "Selbständiger" zusätzlich zu berücksichtigen?
- § 7 Welche Bedeutung hat die Umorganisation Ihres Betriebes auf die BU-Feststellung?
- § 8 Wann spielt die Umorganisation bei der BU-Feststellung keine Rolle?
- § 9 Spielt die Umorganisation des Arbeitsplatzes auch bei der BU-Feststellung eines Arbeitnehmers eine Rolle?
- § 10 Welcher Beruf ist für die Feststellung der BU maßgeblich?
- § 11 Können Sie bei BU-Eintritt auf einen anderen Beruf verwiesen werden?
- § 12 Welcher Beruf ist im Falle einer Berufsunterbrechung oder des Ausscheidens aus dem Berufsleben maßgeblich?
- § 13 Welche Bedeutung hat ein vor BU-Eintritt vorgenommener Berufswechsel?
- § 14 Welche medizinischen Nachweise sind für die Feststellung Ihrer BU erforderlich?
- § 15 Wirkt sich die Nichtbeachtung ärztlicher Anordnungen nachteilig auf Ihren Leistungsanspruch aus?

- § 16 Was ist nach Beginn unserer Leistungspflicht zu beachten?
- § 17 Welche Auswirkungen hat die Fortsetzung Ihrer "bisherigen" Berufsausübung nach BU-Eintritt?
- § 18 Welche Auswirkungen hat eine nach BU-Eintritt aufgenommene "neue" berufliche Tätigkeit?
- § 19 Welche Auswirkungen hat die Leistungseinstellung bei Wegfall der Berufsunfähigkeit?
- § 20 In welchem Umfang kann bis zur Feststellung einer BU die weitere Prämienzahlung gestundet werden?
- § 21 Welche Unterstützung erhalten Sie von uns im Leistungsfall?

§ 1 Welche Ursachen müssen zur BU geführt haben?

Entscheidendes Merkmal der Berufsunfähigkeit ist die Beeinträchtigung der Berufsausübung durch Krankheit, Körperverletzung oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls. Der entsprechende Krankheitszustand und die Funktionsbeeinträchtigungen müssen medizinisch objektiviert sein und von den behandelnden Ärzten durch ausführliche Behandlungs- sowie Befundberichte nachgewiesen werden. Für unsere Leistungsentscheidung können wir weitere Nachweise anfordern.

§ 2 Beinhaltet eine gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit (AU) zugleich den Nachweis einer BU?

Nein, Arbeitsunfähigkeit und Berufsunfähigkeit sind unterschiedliche Arten einer gesundheitlich bedingten Beeinträchtigung und schließen sich typischerweise gegenseitig aus. Die AU als arbeits- und krankenversicherungsrechtlicher Begriff geht grundsätzlich davon aus, dass ihr Zustand nur von vorübergehender Natur ist und die Arbeitsfähigkeit in absehbarer Zeit wieder hergestellt ist. Von einer BU hingegen ist auszugehen, wenn der körperlich-geistige Zustand medizinisch objektiv derart beschaffen ist, dass eine günstige Prognose für die Wiederherstellung der verloren gegangenen Fähigkeiten in einem den BU-Bedingungen entsprechenden Zeitraum nicht gestellt werden kann. Eine ärztlich bescheinigte AU (sog. gelber Schein) beinhaltet demzufolge nicht automatisch auch den Nachweis für eine bedingungsgemäße BU. Dies schließt aber nicht aus, dass die zur AU führenden Gesundheitsstörungen und ihre Funktionseinbußen zugleich auch Ursache einer bedingungsgemäßen BU sein können. Sofern bei Ihnen über einen Zeitraum von voraussichtlich sechs Monaten ununterbrochen eine AU zu erwarten ist, sollten Sie vorsorglich Ansprüche wegen BU anmelden und uns die hierfür erforderlichen Nachweise vorlegen. Unsere Leistungspflicht bei einer Sechsmonatsprognose bleibt hiervon unberührt.

§ 3 Nach welchen Kriterien und von wem wird der Grad der BU ermittelt?

Der Grad Ihrer BU muss mindestens 50 % betragen. Die Feststellung des BU-Grades erfordert zwingend eine möglichst genaue Klärung der Frage, wie sich die ärztlich

nachgewiesene gesundheitliche Beeinträchtigung auf Ihre Fähigkeit zur Ausübung Ihres konkreten Berufes auswirkt. Hierbei ist auch zu berücksichtigen, in welchem Umfang diese Auswirkungen die Ihren Beruf prägenden Haupttätigkeiten und Hauptaufgaben treffen und welche Nebentätigkeiten Ihres Berufes hiervon ebenfalls betroffen sind. Erst wenn Ihr konkretes berufliches Belastungsprofil mit all seinen Einzeltätigkeiten und Einzelanforderungen im Detail bekannt ist, können die gesundheitsbedingten Beeinträchtigungen jeder einzelnen beruflichen Tätigkeit, Aufgabe und Anforderung zugeordnet werden. Die nach dieser Methode festgestellte Beeinträchtigung führt zwangsläufig und zuverlässig zu einem Gesamtbild der beruflichen Einschränkungen und damit zu dem für Sie geltenden Grad der BU. Da die behandelnden Ärzte erfahrungsgemäß die genauen Details der beruflichen Anforderungsprofile ihrer Patienten gar nicht kennen, verfügen sie folglich auch nicht über die Kenntnisse, die für eine sachgerechte Zuordnung der gesundheitlichen Funktionseinbußen auf die einzelnen beruflichen Tätigkeitsfelder und damit für eine zuverlässige Bestimmung des BU-Grades benötigt werden. Der BU-Grad wird demzufolge regelmäßig durch unsere Gesellschaft unter Berücksichtigung der uns bekannten gesundheitlichen Beeinträchtigungen und der uns im Einzelnen nachgewiesenen beruflichen Anforderungsprofile festgelegt, wobei wir uns in Einzelfällen berufskundlicher und weiterer medizinischer Beratungen bedienen.

§ 4 Wie lange muss der Zustand der BU anhalten?

Die BU muss nach Art der Gesundheitsstörungen und nach dem Ausmaß ihrer Funktionseinbußen voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen zu erwarten sein. Hierfür sind von den behandelnden Ärzten ausführliche Behandlungs- sowie Befundberichte beizubringen. Sollten die behandelnden Ärzte diese Prognose nicht stellen wollen oder können, reicht es für die Feststellung bedingungsgemäßer BU auch aus, wenn die BU tatsächlich mindestens sechs Monate ununterbrochen bestanden hat und der Nachweis hierüber geführt wird. Für unsere Leistungsentscheidung können wir weitere Nachweise anfordern. Sofern wir Ihre BU auf Grund einer sechsmonatigen Prognosestellung anerkannt und entsprechende Leistungen gewährt haben, brauchen Sie uns die erbrachten Leistungen nicht zu erstatten, wenn sich durch unsere Nachprüfung der BU herausstellt, dass die BU tatsächlich nicht mindestens ununterbrochen sechs Monate vorgelegen hat und wir die Gewährung weiterer Leistungen einstellen.

Bei Ablauf einer etwaigen vereinbarten Karenzzeit prüfen wir erneut, ob die Voraussetzungen für eine BU weiterhin vorliegen. Tritt nach einer beendeten Berufsunfähigkeit erneut Berufsunfähigkeit im Sinne der BU-Bedingungen ein, gelten die im Paragraphen "Was ist versichert?" im Abschnitt "Leistungsbeschreibung" der BU-Bedingungen genannten Voraussetzungen auch für die erneute Berufsunfähigkeit. Beruht die erneute Berufsunfähigkeit auf derselben

Vertragsvorschlag

D. Versicherungsbedingungen

- Seite 2 von 4 -



medizinischen Ursache wie die beendete Berufsunfähigkeit, werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten angerechnet.

§ 5 Welche Anforderungen werden an den versicherten Beruf gestellt?

Bei dem versicherten Beruf muss es sich um eine im Rahmen der geltenden Rechtsordnung ausgeübte Erwerbstätigkeit handeln, die auf die für sie geltende Ausübungsdauer angelegt und die auf den Erwerb der Lebenshaltungskosten ausgerichtet ist. Die Art dieser Erwerbstätigkeit sowie die hieraus bezogene Vergütung bestimmen und prägen in aller Regel die wirtschaftlich-soziale Lebensstellung und bilden auch deren Status in der Gesellschaft.

Die folgenden beruflichen Ausprägungen werden wie jeweils beschrieben berücksichtigt.

§ 6 Welche Kriterien sind bei der BU-Feststellung "Selbständiger" zusätzlich zu berücksichtigen?

Zu den "Selbständigen" zählen mitarbeitende Unternehmer, Betriebs- und Geschäftsinhaber, beherrschende Gesellschafter-Geschäftsführer (GGF) sowie freiberuflich Tätige, die hinsichtlich ihrer Berufsausübung keiner Fremdbestimmung unterworfen sind. Die BU des "Selbständigen" beurteilt sich gemäß der Rechtsprechung nach der konkreten Gestaltung seines Betriebes, seinen bisher im Betrieb wahrgenommenen Tätigkeits- und Aufgabenfeldern und der im Betrieb etwa bestehenden Möglichkeiten einer Umorganisation der Arbeit oder einer Aufgabenumverteilung. Die hieraus für die Feststellung der BU abgeleiteten zusätzlichen Prüfkriterien erklären sich durch die herausragende berufliche Stellung des "Selbständigen" in seinem Betrieb und seinen besonderen Rechten, die Bestandteile seines Berufes sind und die seinen Beruf prägen.

§ 7 Welche Bedeutung hat die Umorganisation Ihres Betriebes auf die BU-Feststellung?

Wenn Sie im Rahmen Ihres unternehmerischen Freiheitsraums und Ihres Direktionsrechts durch eine mögliche und zumutbare betriebliche Umorganisation der Arbeit, des Arbeitsplatzes, der Arbeitsabläufe, durch eine Aufgabenumverteilung bzw. durch eine Übertragung von Arbeiten auf Mitarbeiter

- für sich neue oder andere Tätigkeitsfelder in Ihrem Betrieb schaffen können,
- die gegenüber Ihren bisherigen Tätigkeiten gleichwertig und Ihrer beruflichen Stellung im Betrieb angemessen sind,
- zu deren Ausübung Sie auch die notwendigen Fähigkeiten und Kenntnisse besitzen und
- die Sie mit Ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung auch ausüben können,

liegen die Voraussetzungen für eine BU im Sinne der BU-Bedingungen nicht vor. Ihre durch vorgenannte Maßnahmen in Ihrem Betrieb geschaffenen neuen Tätigkeitsfelder resultieren allein aus dem zum Bestandteil Ihres Berufes gehörenden "Direktionsrecht"

und sind somit nicht Folge einer Verweisung durch unsere Gesellschaft (siehe hierzu auch § 11).

Die Zumutbarkeit einer Umorganisation ist nicht von einer völligen Kostenneutralität abhängig. Gewisse kostenbedingte Einkommensminderungen sind von Ihnen dann hinzunehmen, wenn dadurch Ihr erzielltes Einkommen nicht spürbar unter das Niveau des zuletzt erzielten Einkommens absinkt. Eine Entscheidung über die Zumutbarkeit von einkommensmindernden Kosten einer Umorganisation kann gerechterweise nur im konkreten Einzelfall unter Berücksichtigung der bei BU-Eintritt vorliegenden betrieblichen Verhältnisse und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen getroffen werden. Wir halten hierbei einmalige einkommensmindernde Kosten für zumutbar, sofern sie 25 % aller versicherten BU-Leistungen (versicherte jährliche BU-Renten und Bruttoprämien) einschließlich der versicherten BU-Leistungen bei anderen Versicherern nicht übersteigen. Sollten sich jedoch auf Grund der Rechtsprechung der Oberlandesgerichte oder des Bundesgerichtshofes eine andere Zumutbarkeitsbegrenzung ergeben, wäre diese zu berücksichtigen.

§ 8 Wann spielt die Umorganisation bei der BU-Feststellung keine Rolle?

Wenn Sie nachweisen, dass die Umorganisation aus einem der nachstehend genannten Gründe nicht durchführbar ist, spielt die Frage einer Umorganisation für die Feststellung Ihrer BU keine Rolle. Mögliche Gründe sind:

- die Betriebsstruktur oder die Betriebsgröße lassen keine Umorganisation zu,
- die Anzahl der Mitarbeiter oder die Mitarbeiterstruktur erlauben keine Umorganisation,
- die Umorganisation wäre betriebswirtschaftlich unsinnig oder ist rechtlich unzulässig,
- die Umorganisation erfordert einen erheblichen Kapitaleinsatz,
- die Umorganisation wäre mit unzumutbar hohen Kosten verbunden, die Ihnen eine spürbare und nachhaltige Einkommensminderung bescheren würden,
- durch eine Umorganisation würden Ihnen nur Tätigkeitsfelder verbleiben bzw. geschaffen, für deren Ausübung Ihnen die erforderlichen Fähigkeiten und Kenntnisse oder die gesundheitlichen Voraussetzungen fehlen,
- durch eine Umorganisation würden Ihnen keine Ihrer Position angemessenen Tätigkeitsfelder, sondern nur noch Verlegenheitsarbeiten verbleiben.

Auf Wunsch unterstützen wir Sie bei der Beschaffung und der inhaltlichen Ausgestaltung der von Ihnen hierzu beizubringenden Nachweise.

§ 9 Spielt die Umorganisation des Arbeitsplatzes auch bei der BU-Feststellung eines Arbeitnehmers eine Rolle?

Nein, wenn Sie als Arbeitnehmer tätig sind, unterliegen Sie grundsätzlich der Fremdbestimmung durch Ihren Arbeitgeber. Zu den Bestandteilen Ihrer Berufsausübung als Arbeitnehmer zählen weder ein unternehmerisches Gestaltungsrecht noch das Direktionsrecht, so dass Sie auch nicht das Recht zur Umorganisation Ihres Arbeitsplatzes besitzen. An diesem rechtlichen Status würde auch eine etwaige Zustimmung Ihres Arbeitgebers zur Umorganisation des Arbeitsplatzes nichts ändern. Wir gehen demzufolge bei der BU-Feststellung weder der Frage einer möglichen Umorganisation Ihres Arbeitsplatzes nach noch verlangen wir von Ihnen Nachweise darüber, dass eine Umorganisation nicht möglich ist oder Ihr Arbeitgeber einer möglichen Umorganisation Ihres Arbeitsplatzes die Zustimmung versagt.

§ 10 Welcher Beruf ist für die Feststellung der BU maßgeblich?

Wir legen der BU-Feststellung den von Ihnen zuletzt bei Eintritt der BU ausgeübten Beruf zu Grunde, und zwar in seiner konkreten Ausgestaltung ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen. Hierdurch wird sichergestellt, dass sich die Bewertung der Auswirkungen Ihrer gesundheitsbedingten Funktionsbeeinträchtigungen nicht nur auf die Tätigkeitsverhältnisse bei BU-Eintritt beschränkt, sondern sich auch auf etwa zuvor aus gesundheitlichen Gründen aufgegebenen oder eingeschränkten Aufgaben und Tätigkeiten erstreckt.

§ 11 Können Sie bei BU-Eintritt auf einen anderen Beruf verwiesen werden?

Nein, bei der Erstprüfung Ihrer BU spielt es keine Rolle, ob Sie auf Grund vorhandener Fähigkeiten und Kenntnisse oder auf Grund Ihrer Ausbildung und Erfahrung einen anderen Beruf ausüben könnten (abstrakte Verweisung) oder einen derartigen anderen Beruf bereits ausüben (konkrete Verweisung). Es bestehen also keine Verweisungsrechte, die eine Anerkennung Ihrer BU verhindern können. Der vorgenannte Verweisungsverzicht gilt natürlich auch für "Selbständige", wobei eine etwaige weitere Ausübung ihres Berufes im eigenen Betrieb mit einem anderen Tätigkeits- oder Aufgabenfeld nicht Gegenstand einer Verweisung ist (siehe hierzu auch die Ausführungen in § 6 bis § 8 sowie in Paragraph "Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?" der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung, der Besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bzw. der Besonderen Bedingungen für die integrierte Leistung bei Berufsunfähigkeit).

§ 12 Welcher Beruf ist im Falle einer Berufsunterbrechung oder des Ausscheidens aus dem Berufsleben maßgeblich?

Sollte während einer Unterbrechung der Berufsausübung (z. B. wegen Mutterschutz, Elternzeit oder Arbeitslosigkeit) oder nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben der BU-Fall eintreten, ist für die Feststellung Ihrer BU der von Ihnen zuletzt ausgeübte Beruf mit den konkreten Anforderungs- und Tätigkeitsprofilen unmittelbar vor der Unterbrechung maßgeblich. Natürlich finden auch hier - wie zu § 10 - etwa vor der Unterbrechung oder dem Ausscheiden aus gesundheitlichen Gründen aufgegebenen oder geänderte Tätigkeiten und Aufgaben Berücksichtigung.

§ 13 Welche Bedeutung hat ein vor BU-Eintritt vorgenommener Berufswechsel?

Sie sind nicht verpflichtet, uns einen Berufswechsel anzuzeigen. Wenn Sie Ihren Beruf oder Ihre beruflichen Aufgaben- und Tätigkeitsfelder gewechselt oder wesentlich geändert haben und diese berufliche Neuorientierung auf die für die Ausübung des neuen Berufs geltende Dauer angelegt sowie auf den Erwerb der Lebenshaltungskosten ausgerichtet ist, gilt Ihr neuer Beruf bzw. die neue berufliche Tätigkeit als "maßgeblicher Beruf" im Sinne von § 10 für die Feststellung Ihrer BU, und zwar selbst dann, wenn Sie den neuen Beruf bei BU-Eintritt erst kurze Zeit ausgeübt haben.

§ 14 Welche medizinischen Nachweise sind für die Feststellung Ihrer BU erforderlich?

Grundsätzlich genügen uns zur medizinischen Prüfung und Bewertung Ihrer BU die von Ihnen vorgelegten ausführlichen Behandlungs- und Befundberichte Ihrer behandelnden Ärzte. Insofern besteht für Sie freie Arztwahl. Bei der medizinischen Auswertung der ärztlichen Unterlagen beraten wir uns mit unseren Gesellschaftsärzten. Lassen sich nach den vorliegenden Arztberichten und nach dem Ergebnis unserer Prüfung das genaue Ausmaß Ihrer gesundheitlichen Funktionseinbußen und damit Ihre beruflichen Leistungseinschränkungen nicht exakt bewerten oder sind die von den Ärzten erhobenen Diagnosen nicht hinreichend medizinisch objektiviert, werden wir die bestehenden Defizite

- durch weitere gezielte Rückfragen bei Ihren Ärzten,
- durch etwaige Ergänzungsuntersuchungen, mit denen wir nach Abstimmung mit Ihnen grundsätzlich nur Ihre Ärzte auf unsere Kosten beauftragen würden, oder
- in Einzelfällen durch eine Begutachtung auf unsere Kosten durch Fachärzte

klären bzw. beseitigen. Über den Grund dieser Nachfragen werden wir Sie zeitnah informieren.

§ 15 Wirkt sich die Nichtbeachtung ärztlicher Anordnungen nachteilig auf Ihren Leistungsanspruch aus?

Nein, wenn Sie ärztlichen Anordnungen und Empfehlungen, die über den Rahmen des nach medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen notwendigen Behandlungsstandards hinausgehen oder die zur Durchführung Ihrer besonderen und ausdrücklichen Zustimmung bedürfen (z. B. Operationen, Strahlen- und Chemotherapien bzw. sonstige spezielle Behandlungen), nicht Folge leisten, hat dies keinen Einfluss auf die Feststellung und die Anerkennung Ihrer BU.

Aber, im Rahmen der von Ihnen zu erfüllenden allgemeinen Schadenminderungspflicht erwarten wir, dass Sie bei BU-Eintritt die eingeleiteten ärztlichen Behandlungen, Maßnahmen und Verordnungen, die für den Heilungsprozess und die Minderung Ihrer Beschwerden erforderlich und auch zumutbar sind, dulden und befolgen. Hierzu zählen wir beispielsweise auch die Benutzung verordneter Sehhilfen (Brille, Kontaktlinsen), orthopädischer Hilfen oder sonstiger medizinisch-technischer Hilfen, deren Einsatz allgemein anerkannt, zumutbar und auch üblich sind sowie die Befolgung ärztlich verordneter Medikationen. Zumutbar sind dabei Maßnahmen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und die außerdem Aussicht auf zumindest Besserung bieten. Nur wenn Sie die Ihren Gesundheitsstörungen angemessenen Maßnahmen der medizinischen Grundversorgung oder die entsprechenden Standardbehandlungen nicht befolgen, ist nicht auszuschließen, dass Ihnen im BU-Falle der Versicherungsschutz versagt bleibt.

§ 16 Was ist nach Beginn unserer Leistungspflicht zu beachten?

Sie sind nicht verpflichtet, uns von sich aus die Aufnahme einer Berufstätigkeit nach Eintritt einer BU, sei es in Ihrem bisherigen oder in einem anderen (neuen) Beruf, anzuzeigen. Erst wenn wir Sie im Rahmen der bedingungsgemäß vorgesehenen Nachprüfung Ihrer BU danach fragen, ob Sie nach Eintritt Ihrer BU eine berufliche Tätigkeit ausüben, in welchem Beruf dies geschieht und wie die Tätigkeit ausgestaltet ist, sind Sie zur Auskunft verpflichtet. Der Zeitpunkt der Nachprüfung wird individuell nach Sachverhalt (z. B. Beruf, Alter der versicherten Person, Krankheitsbild) festgelegt. Zu gegebener Zeit werden wir auf Sie zukommen. Einzelheiten zur Nachprüfung, die sich natürlich auch auf die medizinische Seite der BU erstreckt, ergeben sich aus dem Paragraphen "Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?" im Abschnitt "Leistungsauszahlung" der BU-Bedingungen.

Sie sind nicht verpflichtet, uns von sich aus eine Besserung Ihres Gesundheitszustandes bzw. die Minderung der Berufsunfähigkeit nach BU-Eintritt anzuzeigen. Sie sind zudem nicht verpflichtet, den Eintritt der Berufsunfähigkeit unverzüglich anzuzeigen.

§ 17 Welche Auswirkungen hat die Fortsetzung Ihrer "bisherigen" Berufsausübung nach BU-Eintritt?

Eine völlige Aufgabe Ihrer Berufstätigkeit ist nicht Voraussetzung für den Eintritt bedingungsgemäßer BU. Sie verlieren Ihren Anspruch auf die anerkannten Leistungen grundsätzlich auch dann nicht, wenn Sie unter Einsatz übermäßiger Anstrengungen oder unter Aufzehrung Ihrer verbliebenen gesundheitlichen Substanz Ihre Berufstätigkeit mit dem bisherigen vollständigen beruflichen Belastungsprofil oder nur mit den durch Ihre gesundheitliche Beeinträchtigung nicht betroffenen Tätigkeitsfeldern fortsetzen, vorausgesetzt natürlich, der vertraglich vereinbarte BU-Mindestgrad wird nach ärztlichen Feststellungen erreicht.

Aber Achtung! Die bloße Tatsache, dass Sie nach wie vor und über einen längeren Zeitraum Ihren bisherigen Beruf in vollem Umfang uneingeschränkt trotz ärztlich bestätigter gesundheitlicher Funktionseinbußen ausüben, kann als Wiederherstellung Ihrer Berufsfähigkeit angesehen werden. Insofern kann also die Tatsache der vollen Berufsausübung als Nachweis wieder erlangter Berufsfähigkeit höher bewertet werden, als eine entgegenstehende ärztliche Aussage über Ihre Berufsunfähigkeit. Würden wir im Rahmen der Nachprüfung Ihrer BU auf einen solchen Sachverhalt treffen, wäre eine eingehende medizinische Überprüfung Ihrer BU angezeigt.

§ 18 Welche Auswirkungen hat eine nach BU-Eintritt aufgenommene "neue" berufliche Tätigkeit?

Wenn Sie sich nach Eintritt des Versicherungsfalles aus eigener Entscheidung und ohne Einflussmöglichkeit durch uns beruflich neu orientiert haben, können wir auch bei Fortdauer der BU in Ihrem früheren Beruf die BU-Leistungen mit künftiger Wirkung beenden, dies aber nur, wenn alle nachfolgend genannten Kriterien erfüllt werden, und zwar:

- Sie müssen nach Eintritt der BU
- neue berufliche Fähigkeiten und Kenntnisse erworben haben (z. B. durch ein Studium, eine neue Berufsausbildung, durch "learning by doing" auf Grund praktischer Berufsausübung oder durch andere Maßnahmen),
- Sie müssen auf der Basis dieser neu erworbenen Fähigkeiten und Kenntnisse tatsächlich eine neue berufliche Tätigkeit ausüben,
- die neuen beruflichen Aufgaben- und Tätigkeitsfelder müssen Sie auf Grund Ihrer gesundheitlichen Verhältnisse auch ausüben können,
- die Lebensstellung auf Grund der neuen beruflichen Tätigkeit muss der Lebensstellung Ihres früheren Berufes entsprechen (zur vergleichenden Betrachtung zweier Lebensstellungen siehe die Ausführungen in § 5 und in Paragraph "Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?" der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung, der besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bzw. der Beson-

deren Bedingungen für die integrierte Leistung bei Berufsunfähigkeit).

§ 19 Welche Auswirkungen hat die Leistungseinstellung bei Wegfall der Berufsunfähigkeit?

Liegt eine Berufsunfähigkeit im Sinne der BU-Bedingungen nicht mehr vor, so werden wir unsere Leistungen einstellen. Die Einstellung teilen wir dem Anspruchsberechtigten mit; sie wird nicht vor Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung wirksam, frühestens jedoch ab dem darauf folgenden Rentenzahlungstermin. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Prämienzahlung wieder aufgenommen werden. Ist nach Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung keine Berufsunfähigkeitsrente mitversichert, ist die Prämienzahlung zu Beginn des darauf folgenden Prämienzahlungsabschnittes wieder aufzunehmen.

§ 20 In welchem Umfange kann bis zur Feststellung einer BU die weitere Prämienzahlung gestundet werden?

Da die Feststellung der BU erfahrungsgemäß eine vorher nicht bestimmbare Zeit in Anspruch nehmen kann, stunden wir Ihnen auf Antrag die an sich weiterhin zu entrichtenden Prämien für die Dauer unserer Leistungsprüfung, ohne hierfür Stundungszinsen zu beanspruchen (die Stundung ist für die Dauer einer etwa vereinbarten Karenzzeit nicht möglich). Die zinslose Prämienstundung endet also mit Bekanntgabe unserer Entscheidung über Ihren Leistungsanspruch.

Sollte Ihr Leistungsanspruch nicht anerkannt werden, müssten die Prämienzahlung wieder aufgenommen und etwa gestundete Prämien beglichen werden.

Weitere Informationen finden Sie im Paragraphen "Was ist versichert?" der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung, der Besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung bzw. der Besonderen Bedingungen für die integrierte Leistung bei Berufsunfähigkeit.

§ 21 Welche Unterstützung erhalten Sie von uns im Leistungsfall?

Wir sind im Rahmen der Anmeldung eines Leistungsanspruchs gerne bereit Sie zu unterstützen, insbesondere bei Fragen

- zum Verfahren der Leistungsprüfung,
- zum genauen Versicherungsumfang,
- zur Beschreibung der bisherigen Berufstätigkeit und
- zum Nachweis der gesundheitlichen Beeinträchtigung.

Diese Unterstützung können Sie auch gerne telefonisch in Anspruch nehmen.

Im Einzelfall sind wir nach Abstimmung mit Ihnen gerne bereit die für die Prüfung notwendigen Informationen im Rahmen eines persönlichen Gespräches bei Ihnen (Vor-Ort-Kundenservice) aufzunehmen.

Vertragsvorschlag

D. Versicherungsbedingungen

- Seite 1 von 2 -



BB-DYN: Besondere Bedingungen für die planmäßige Erhöhung der Prämie und Leistungen ohne Gesundheitsprüfung

(LV_BB_DYN_RIS.1302)

Sehr geehrter Kunde,

in den Versicherungsbedingungen sprechen wir mit unserer persönlichen Anrede ("Sie") grundsätzlich den Versicherungsnehmer als denjenigen an, der die Versicherung beantragt hat und somit unser unmittelbarer Vertragspartner ist.

Im Bedingungstext verwenden wir die Bezeichnung AVB. Damit sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der zugehörigen Hauptversicherung gemeint.

Diese Besonderen Bedingungen ändern bzw. ergänzen die AVB.

Gliederung

I. Allgemeine Regelungen für die Erhöhung von Prämie und Leistungen

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

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Prämie und Versicherungsleistungen?

§ 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?

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

§ 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

II. Besondere Regelungen bei Einschluss von Versicherungsleistungen für den Fall von Berufsunfähigkeit

§ 6 In welchen Fällen ist die Erhöhung abhängig vom Bestehen eines Bedarfs?

§ 7 Was geschieht bei Eintritt von Berufsunfähigkeit?

I. Allgemeine Regelungen für die Erhöhung von Prämie und Leistungen

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

(1) Die Erhöhung der Prämie hängt von dem gewählten Anpassungsmodus ab. In der Kundeninformation nennen wir Ihnen den vereinbarten Anpassungsmodus sowie den vereinbarten Prozentsatz der Erhöhung.

(2) Die Erhöhungsprämie wird jeweils ermittelt aus der zuletzt für diese Versicherung gezahlten laufenden Prämie.

Sofern mit Ihnen vereinbart wurde, dass eine oder mehrere bereits bestehende Versicherungen in das Anpassungsrecht einbezogen werden, werden auch die jeweils entrichteten laufenden Prämien dieser Versicherungen bei der Ermittlung berücksichtigt. Ob eine solche Vereinbarung getroffen wurde, werden wir in Ihrem Versicherungsschein angeben.

(3) Die Prämienenerhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistung ohne Gesundheitsprüfung.

Da sich die vereinbarten Anpassungen nicht auf die Höhe der Versicherungsleistung, sondern auf die Prämienhöhe beziehen, kann sich die Versicherungsleistung um einen geringeren Prozentsatz als die Prämie erhöhen.

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Prämie und Versicherungsleistungen?

(1) Die Erhöhungen der Prämie und der Versicherungsleistungen erfolgen, sofern noch eine Pflicht zur Prämienzahlung besteht, jeweils zum Beginn eines neuen Versicherungsjahres. Erstmaligen und letztmaligen Erhöhungstermin nennen wir Ihnen in der Kundeninformation.

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt als Vertragsablauf für alle planmäßigen Erhöhungen der Versicherungsleistungen der in der Kundeninformation genannte Vertragsablauf der Anfangsversicherung.

(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 Alter der versicherten Person, der restlichen Prämienzahlungsdauer, einem eventuell vereinbarten Prämienzuschlag und den jeweils für Ihren Vertrag zum Erhöhungszeitpunkt geltenden Kalkulationsgrundlagen für Erhöhungsleistungen. Hierdurch können sich die Bezeichnung des Tarifs, der Gewinnzuteilungsform sowie die entsprechenden Eingruppierungsmerkmale (z. B. die Tarifgeneration) gegenüber der Anfangsversicherung ändern.

Zu den Kalkulationsgrundlagen gehören unsere Annahmen über Kapitalerträge (Rechnungszins), Risikoverlauf (Sterblichkeit) und Kosten.

Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Prämie (§ 1 Absatz 3).

(2) Wenn bei Ihrer Versicherung auch die Leistung auf Grund eines Zusatztarifs mitversichert ist oder später mitversichert wird, erhöhen sich - soweit nichts anderes vereinbart ist - die Versicherungsleistungen der Zusatzversicherungen im selben Verhältnis wie die der Hauptversicherung.

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

(1) Soweit nichts anderes vereinbart ist, gelten alle im Rahmen des Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Versicherungsbedingungen sowie die Bezugsrechtsverfügung, auch für die Erhöhung der Versicherungsleistungen.

Dies gilt entsprechend auch für die Verteilung der bei der Prämienkalkulation in Ansatz gebrachten Abschluss- und Vertriebskosten (Paragraph "Welche Kosten sind bei der Kalkulation Ihrer Versicherung berücksichtig") im Abschnitt "Prämienzahlung" der AVB).

(2) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag setzt die Fristen für die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht im Antrag bzw. in der unverbindlichen Anfrage für einen Vertragsvorschlag und der Selbsttötung (Paragraph "In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?" im Abschnitt "Leistungsbeschreibung" der AVB) nicht erneut in Lauf.

§ 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

(1) Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder die erste erhöhte Prämie nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen.

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

(3) Sollten Sie von der Erhöhungsmöglichkeit zu fünf aufeinander folgenden Erhöhungsterminen keinen Gebrauch machen, so erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen; es kann jedoch mit unserer Zustimmung neu begründet werden.

(4) Für die Erhöhungen der Versicherungsleistungen für den Fall von Berufsunfähigkeit gelten weitere Regelungen, die im Abschnitt II. beschrieben werden. Dieses gilt jedoch nicht mehr, wenn im Zeitpunkt der Erhöhung keine Leistung für den Fall von Berufsunfähigkeit mitversichert ist.

II. Besondere Regelungen bei Einschluss von Versicherungsleistungen für den Fall von Berufsunfähigkeit

§ 6 In welchen Fällen ist die Erhöhung abhängig vom Bestehen eines Bedarfs?

(1) Voraussetzung für die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente ist, dass ein Bedarf der versicherten Person besteht.

Ein Bedarf besteht nur, sofern zum Zeitpunkt der Erhöhung die im Falle der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit für die versicherte Person insgesamt zu erwartenden Leistungen in einem angemessenen Verhältnis zu dem letzten jährlichen Bruttoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit der versicherten Person vor der Erhöhung stehen.

(2) Für die Ermittlung des Bedarfs nach Absatz 1 verwenden wir als Rechengröße die gewichtete Gesamtleistung. Die gewichtete Gesamtleistung ist die Summe aller zum Zeitpunkt der Erhöhung für die versicherte Person insgesamt versicherten Leistungen für den Fall der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit bei privaten Versicherern sowie der Erhöhungsrente, wobei Versicherungen der privaten Altersversorgung dabei zu 100 %, Versicherungen der Basisversorgung zu 80 % und Direktversicherungen, Pensionskassen- sowie Rückdeckungsversicherungen zu 67 % berücksichtigt werden; privat fortgeführte Direkt- oder Pensionskassenversicherungen gelten diesbezüglich als private

Altersversorgung. Die so ermittelte gewichtete Gesamtleistung darf den in Absatz 3 beschriebenen Höchstsatz nicht überschreiten. Wird der Höchstsatz überschritten, entfällt das Erhöhungsrecht; das heißt, dass die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente zu diesem Zeitpunkt nicht erfolgen kann.

(3) Der Höchstsatz für die gewichtete Gesamtleistung nach Absatz 2 beträgt 65 % des letzten jährlichen Bruttoeinkommens aus beruflicher Tätigkeit bis zu einem Bruttoeinkommen von 84.000 EUR zzgl. 32,5 % des Teils des letzten jährlichen Bruttoeinkommens, der 84.000 EUR übersteigt.

(4) Sofern wir nach unseren Unterlagen feststellen, dass eine künftige Erhöhung gemäß Absatz 1 entfällt, weil durch die Erhöhung der Höchstsatz gemäß Absatz 3 überschritten würde, werden wir Ihnen dies mitteilen. In diesem Fall ist eine künftige Erhöhung nur möglich, wenn Sie uns nachweisen, dass gleichwohl ein Bedarf besteht, z. B. weil sich Ihr jährliches Bruttoeinkommen erhöht hat.

Darüber hinaus haben wir das Recht, die Voraussetzung des Bestehens eines Bedarfs vor jeder Erhöhung zu überprüfen.

Wir können von Ihnen verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Überprüfung des Bedarfs erforderlich ist, und dass Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Sachverhalts dienlich sind, um uns die sachgerechte Überprüfung des Bedarfs zu ermöglichen. Hierzu werden wir Ihnen mitteilen, welche Auskünfte und Informationen wir von Ihnen für eine solche Überprüfung benötigen.

Das Bestehen des Bedarfs ist von Ihnen nachzuweisen. Die Kosten für die erforderlichen Nachweise tragen Sie. Wird von Ihnen der Nachweis des Bedarfs im Rahmen der Überprüfung nicht oder nicht fristgerecht erbracht, sind weitere Erhöhungen der Berufsunfähigkeitsrente ab dem Zeitpunkt der Überprüfung durch unsere Gesellschaft ausgeschlossen.

Im Rahmen der Überprüfung sind Sie gesetzlich verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben; andernfalls riskieren Sie den Verlust Ihres erhöhten Versicherungsschutzes. Über diese Pflicht und die Rechtsfolgen einer Pflichtverletzung werden wir Sie bei der Überprüfung schriftlich informieren und belehren.

Ist eine andere Person versichert, gelten die vorstehenden Bestimmungen für diese andere versicherte Person entsprechend.

(5) Sofern eine Erhöhung durchgeführt wurde, ohne dass wir Ihnen mitgeteilt haben, dass der Höchstsatz überschritten ist, oder von unserem Recht auf Überprüfung nach Absatz 4 Gebrauch gemacht haben, gilt der Nachweis des Bedarfs für diese Erhöhung als erbracht.

(6) Das Recht auf Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente nach dem gewählten Anpassungsmodus lebt auf Ihren Antrag hin wieder auf, sofern Sie nachweisen, dass die in Absatz 1 genannte Voraussetzung zur Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente wieder er-

füllt ist, und die Berufsunfähigkeit noch nicht eingetreten ist. Unterbliebene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.

(7) Ist eine Berufsunfähigkeitsrente zu einer Risikoversicherung auf den Todesfall mitversichert, und ist die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente ausgeschlossen, weil nach der Überprüfung gemäß Absatz 4 kein Bedarf besteht bzw. Sie den Bedarf nicht oder nicht fristgerecht nachgewiesen haben, so werden bei der Ermittlung der Erhöhungsprämie abweichend von § 1 Absatz 2 die Prämienanteile für die Berufsunfähigkeitsrente nicht mit berücksichtigt.

(8) Alle übrigen versicherten Leistungen, für die eine Erhöhung vereinbart ist, können unabhängig vom Bedarf erhöht werden.

§ 7 Was geschieht bei Eintritt von Berufsunfähigkeit?

Wenn eine Versicherungsleistung für den Fall von Berufsunfähigkeit mitversichert ist oder später mitversichert wird, erfolgen nach Eintritt des Versicherungsfalles keine Erhöhungen innerhalb einer vereinbarten Karenzzeit oder solange Sie auf Grund eines eingetretenen Versicherungsfalles von der Verpflichtung zur Prämienzahlung befreit sind. Nach Eintritt des Versicherungsfalles noch durchgeführte Erhöhungen entfallen rückwirkend. Nach Meldung des Leistungsfalles stehen Erhöhungen ab Eintritt des Versicherungsfalles unter Vorbehalt. Sobald verbindlich und abschließend festgestellt ist, dass das versicherte Risiko nicht eingetreten ist, entfällt der Vorbehalt und die Erhöhungen sind endgültig vereinbart.



Ihre Zukunft in besten Händen.

HDI steht für umfassende Versicherungs- und Vorsorgelösungen, abgestimmt auf die Bedürfnisse unserer Kunden aus mittelständischen Unternehmen, den Freien Berufen und Privathaushalten. Was uns auszeichnet, sind zukunftsorientierte, effiziente Produktkonzepte mit einem guten Preis-Leistungs-Verhältnis sowie ein exzellenter Service.