Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Premium ohne Arbeitsunfähigkeitsleistungen

Inhaltsverzeichnis

Umfang der Versicherung....1

§ 1 Was ist versichert?....1

§ 2 Wann liegt Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor?....6

§ 3 Welche Besonderheiten gelten bei Krebserkrankungen?....12

§ 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?....13

§ 5 Beginn des Versicherungsschutzes....14

Vorvertragliche Anzeigepflichten und Mitwirkungspflichten bei Eintritt von Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit oder Krebs....14

§ 6 Ihre Pflichten vor Beginn des Vertrages....14

§ 7 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen verlangt werden?....16

§ 8 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?....19

Prüfung der Leistungspflicht und Mitwirkungspflichten bei Nachprüfung der Leistungspflicht....19

§ 9 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?....19

§ 10 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit?....20

Überschussbeteiligung....20

§ 11 Wie sind Sie an den Überschüssen beteiligt?....20

Kosten....22

§ 12 Abschluss- und Vertriebskosten....22

§ 13 Gebühren....23

Änderungen des Vertrages oder der Beiträge....24

§ 14 Unter welchen Umständen können die vereinbarten Beiträge neu festgesetzt werden?....24

§ 15 Was gilt für die dynamische Erhöhung Ihrer Versicherung?....24

§ 16 Wann können Sie Ihre Berufsunfähigkeitsrente erhöhen?....26

§ 17 Wann können Sie Ihre Vertragsdauer verlängern?....29

§ 18 Was gilt für Schüler bei Berufseinstieg oder bei Beginn der Ausbildung oder des Studiums?....30

§ 19 Wann können Sie die berufliche Tätigkeit umstufen lassen?....31

§ 20 Was gilt bei Einschluss einer Starter-BU?....31

Kündigung, Beitragsfreistellung und weitere Möglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten....32

§ 21 Was gilt bei Kündigung?....32

§ 22 Was gilt bei Beitragsfreistellung?....32

§ 23 Was gilt bei Reduzierung des Beitrags?....34

§ 24 Was gilt bei Wiederinkraftsetzung nach Beitragsfreistellung oder Beitragserhöhung nach Reduzierung des Beitrags?....34

§ 25 Was gilt bei Stundung der Beiträge?....35

Sonstige Regelungen....36

§ 26 Wer erhält die Versicherungsleistung?....36

§ 27 Beitragszahlung....37

§ 28 Mitteilungs- und Mitwirkungspflichten (z. B. Namensänderung, Umzug, Steuerpflicht im Ausland)....37

§ 29 Anwendbares Recht - Gerichtsstand - Verjährung....38

§ 30 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?....38

Anhang I: Definition der versicherten schweren Krankheiten von Kindern der versicherten Person....40

Anhang II: Erklärung wichtiger Fachbegriffe (Glossar)....44

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Premium ohne Arbeitsunfähigkeitsleistungen

Die Gothaer Berufsunfähigkeitsversicherung Premium ohne Arbeitsunfähigkeitsleistungen ist eine selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung mit Schutz im Fall einer Berufsunfähigkeit. Darüber hinaus erhalten Sie für einen befristeten Zeitraum auch Leistungen bei einer Krebserkrankung. Alle wichtigen Informationen zu Ihrer Versicherung finden Sie auf den nächsten Seiten.

Beachten Sie bitte auch: In diesen Versicherungsbedingungen beschreiben wir Ihnen unsere Leistungen und wie diese geregelt sind. Ihr Vertrag muss nicht alle Leistungen umfassen. Welche Leistungen Sie mit uns vereinbart haben, finden Sie in Ihrem *»Versicherungsschein*.

In diesen Bedingungen beschreiben wir unter anderem Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, Krebs und schwere Krankheiten. Dabei sind diese Begriffe immer so zu verstehen, wie wir sie in diesen Bedingungen definieren. Mehr dazu finden Sie in § 2 und § 3 sowie im Anhang.

Einige wichtige Fachbegriffe haben wir *»kursiv* hervorgehoben. Weil diese nicht immer leicht zu verstehen sind, finden Sie im Anhang eine "Erklärung wichtiger Fachbegriffe (Glossar)".

Noch ein Hinweis für Sie: Wir unterscheiden die **versicherte Person** und den **Versicherungsnehmer** voneinander. Sie sind Versicherungsnehmer, wenn Sie den Vertrag abgeschlossen haben. Wenn Sie sich selbst versichert haben, sind Sie gleichzeitig auch die versicherte Person. Sie können auch eine andere Person versichert haben. Dann sind Sie Versicherungsnehmer und die Person, für die Sie diesen Vertrag abgeschlossen haben, ist die versicherte Person.

Umfang der Versicherung

§ 1
Was ist versichert?

I. Berufsunfähigkeitsrente

(1) Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erhalten Sie, wenn gilt: Die versicherte Person wird innerhalb der vereinbarten *»Versicherungsdauer* zu mindestens 50 % berufsunfähig im Sinne dieser Bedingungen. In diesem Fall erbringen wir folgende Leistungen:

a. Wir befreien Sie von der Pflicht zur Beitragszahlung für die Berufsunfähigkeitsversicherung, das heißt, Sie müssen keine Beiträge mehr zahlen. Dies gilt ab dem nächsten Fälligkeitstermin für eine Beitragszahlung nach dem Zeitpunkt, ab dem die versicherte Person berufsunfähig geworden ist.
b. Wir zahlen Ihnen die vereinbarte monatliche, vierteljährliche, halbjährliche oder jährliche Rente.

Die Zahlweise der Rente finden Sie in Ihrem *»Versicherungsschein*. Die Rente zahlen wir immer zu Beginn einer *»Rentenzahlungsperiode*. Eine *»Rentenzahlungsperiode* ist bei jährlicher *»Rentenzahlweise* der Zeitraum zwischen zwei aufeinanderfolgenden *»Stammtagen*. Bei halbjährlicher, vierteljährlicher oder monatlicher Zahlweise unterteilen wir diesen Zeitraum in halbe Jahre oder Vierteljahre oder in Monate. Beginnt die Zahlung der Rente an einem Termin, der nicht Beginn einer *»Rentenzahlungsperiode* ist, so zahlen wir die erste Rente anteilig für den Rest dieser *»Rentenzahlungsperiode*.

Liegt keine Berufsunfähigkeit mehr vor oder ein Grad der Berufsunfähigkeit von unter 50 %, stellen wir die genannten Leistungen ein. Ab diesem Zeitpunkt müssen Sie auch wieder Beiträge zahlen.

Bitte beachten Sie: Die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erhalten Sie höchstens bis zum Ende der verbleibenden *»Leistungsdauer*. Die *»Versicherungs-* und *»Leistungsdauer* finden Sie im *»Versicherungsschein*. Die Begriffe sind auch in der "Erklärung wichtiger Fachbegriffe (Glossar)" erklärt. Bitte lesen Sie diese Informationen, sie sind sehr wichtig. Näheres dazu, wie lange wir die Leistungen zahlen, finden Sie in Absatz 5.

Wichtig: Ist der Grad der Berufsunfähigkeit geringer als 50 %, so erhalten Sie keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit. Ausnahme: Sie erhalten unabhängig vom Grad der Berufsunfähigkeit Leistungen, wenn die versicherte Person pflegebedürftig ist (siehe Absatz 2).

(2) Wir leisten auch wie in Absatz 1 beschrieben, wenn die versicherte Person pflegebedürftig wird. Wie

die Pflegebedürftigkeit in diesem Zusammenhang definiert ist, finden Sie in § 2 Abschnitt II. Die Pflegebedürftigkeit gilt dann als Berufsunfähigkeit und wir zahlen die Leistungen unabhängig vom Grad der Berufsunfähigkeit. Voraussetzung ist auch hier, dass die Pflegebedürftigkeit in der *»Versicherungsdauer* eintritt, die wir für die Berufsunfähigkeitsversicherung vereinbart haben.

(3) Neben den Leistungen wegen Berufsunfähigkeit können Sie auch Leistungen wegen Krebs erhalten. Die Leistungen wegen Krebs erbringen wir nie gleichzeitig mit den zuvor genannten Leistungen. Wir beschreiben die Leistungen wegen Krebs in § 3.

(4) Ab diesem Zeitpunkt haben Sie Anspruch auf die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit:

- Der Monat, nachdem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist.
- Frühestens zum Beginn der Berufsunfähigkeitsversicherung.

Wenn die versicherte Person berufsunfähig ist, leisten wir auch rückwirkend zu oben genanntem Zeitpunkt. Wir zahlen die Leistungen für die Zeit, für die Sie die Berufsunfähigkeit nachweisen. Voraussetzung ist, dass Sie uns die Berufsunfähigkeit in *»Textform* melden.

Wenn Sie für einen Zeitraum bereits Leistungen wegen Krebs nach § 3 erhalten haben, gilt: Sie bekommen für diesen Zeitraum keine rückwirkenden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit.

(5) Wenn Sie mit uns für die Leistungen eine Karenzzeit vereinbart haben, gilt:

- Wir zahlen die Rentenleistungen wegen Berufsunfähigkeit erst nach Ablauf der Karenzzeit.
- Die Karenzzeit beginnt mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Ihre Dauer in Monaten finden Sie in Ihrem *»Versicherungsschein*.
- Die Berufsunfähigkeit (siehe Absatz 1 und 2) muss während der Karenzzeit ununterbrochen bestanden haben und bei Ablauf der Karenzzeit noch andauern.

Während der Karenzzeit für die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit müssen Sie keine Beiträge zahlen. Außerdem haben Sie auch während der Karenzzeit für die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit Anspruch auf die Einmalleistungen nach Abschnitt II Absatz 3 und 4.

Wenn Sie bereits eine Karenzzeit für die Leistungen wegen Krebs (siehe § 3) zurückgelegt haben, rechnen wir diese für die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit an. Dies gilt aber nur, wenn die Berufsunfähigkeit auf derselben Erkrankung beruht, aufgrund derer wir bereits Leistungen wegen Krebs erbracht haben. Außerdem muss die Berufsunfähigkeit innerhalb von 3 Jahren, nachdem wir die Leistung wegen Krebs eingestellt haben, eingetreten sein.

(6) In folgenden Fällen beenden wir die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit:

- Die *»Leistungsdauer* ist abgelaufen.
- Die versicherte Person ist verstorben.

Außerdem beenden wir unsere Leistungen, wenn die versicherte Person die Voraussetzungen aus den Absätzen 1 oder 2 nicht mehr erfüllt. Sie müssen dann auch wieder Beiträge zahlen. Näheres dazu, wie wir unsere Leistungen bei einer Nachprüfung unserer Leistungspflicht einstellen, finden Sie in § 10.

(7) Wird die versicherte Person wegen der ursprünglichen Ursache erneut berufsunfähig, so leisten wir wieder bis zum Ende der *»Leistungsdauer*, wenn Folgendes erfüllt ist:

- Wir haben bereits Leistungen aus dieser Berufsunfähigkeitsversicherung gezahlt, da die versicherte Person berufsunfähig oder pflegebedürftig war,
- wir haben diese Leistungen wie in Absatz 5 beschrieben eingestellt und
- die versicherte Person wird wegen der ursprünglichen Ursache erneut berufsunfähig oder pflegebedürftig im Sinne dieser Bedingungen.

Das ist selbst dann der Fall, wenn die *»Versicherungsdauer* bereits abgelaufen ist.

(8) Nach Einstellung unserer Leistungen wegen Berufsunfähigkeit rechnen wir bereits zurückgelegte Karenzzeiten an, wenn die Berufsunfähigkeit wegen der ursprünglichen Ursache wieder eintritt.

Wurden bereits Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund der ursprünglichen Ursache gewährt, so entsteht keine neue Karenzzeit.

(9) Der Versicherungsschutz aus der Berufsunfähigkeitsversicherung besteht weltweit.

II. Weitere Leistungen

(1) Wenn wir die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit einstellen, zahlen wir einmalig eine Wiedereingliederungshilfe, wenn sämtliche der folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die versicherte Person schließt erfolgreich eine Umschulungsmaßnahme ab und übt wieder eine Tätigkeit aus,
- die versicherte Person ist nicht mehr berufsunfähig im Sinne dieser Bedingungen,
- wir stellen deshalb die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit ein und
- bei Entstehen des Anspruchs auf Wiedereingliederungshilfe beträgt die verbleibende *»Versicherungsdauer* noch mindestens zwölf Monate.

Dann erhalten Sie unabhängig von der Dauer der Berufsunfähigkeit einmalig folgende Leistungen:

- Wir zahlen als Wiedereingliederungshilfe eine Kapitalleistung in Höhe einer Berufsunfähigkeitsjahresrente,
- insgesamt aber maximal 15.000 EUR für alle bei uns auf die versicherte Person abgeschlossenen Berufsunfähigkeitsversicherungen.

Bei erneuten Leistungen wegen Berufsunfähigkeit innerhalb von sechs Monaten nach Zahlung einer Wiedereingliederungshilfe rechnen wir eine geleistete Wiedereingliederungshilfe auf neu entstehende Rentenansprüche an.

(2) Wenn wir Leistungen wegen Berufsunfähigkeit zahlen, so geht die Berufsunfähigkeitsrente bei Ablauf der vereinbarten *»Leistungsdauer* in eine lebenslange Altersrente über, wenn gilt:

- Die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person im Sinne dieser Bedingungen (siehe § 2 Abschnitt II) ist vor Vollendung des 45. Lebensjahres eingetreten,
- die Pflegebedürftigkeit besteht bis zum Ende der *»Leistungsdauer* ununterbrochen fort und
- die *»Leistungsdauer* des Vertrages ist mindestens bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres der versicherten Person vereinbart.

Die Höhe der lebenslangen Altersrente entspricht der Berufsunfähigkeitsrente zum Ablauf der vereinbarten *»Leistungsdauer* der Berufsunfähigkeitsversicherung.

(3) Bei erstmalig anerkannter Berufsunfähigkeit während der *»Versicherungsdauer* erhalten Sie eine einmalige Zusatzleistung. Wir übernehmen die Kosten eines Rehamanagers sowie die Kosten für ambulante und stationäre Rehamaßnahmen zur Minderung der Ursachen für die Berufsunfähigkeit bis zu einer Höhe von neun Berufsunfähigkeitsmonatsrenten. Insgesamt übernehmen wir aber maximal 10.000 EUR für alle bei uns auf die versicherte Person abgeschlossenen Berufsunfähigkeitsversicherungen. Wir zahlen diese Zusatzleistung nur, wenn die Kosten kein Dritter übernimmt.

(4) Bei einer erstmalig anerkannten Berufsunfähigkeit, die durch einen Unfall verursacht wurde (unfallbedingte Berufsunfähigkeit), leisten wir eine einmalige Zusatzzahlung.

Ein Unfall ist ein plötzlich von außen auf den Körper der versicherten Person einwirkendes Ereignis, durch das die versicherte Person unfreiwillig in ihrer Gesundheit geschädigt wird. Als Unfall gilt auch, wenn sich durch erhöhte Kraftanstrengung der versicherten Person an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt. Ebenso gilt als Unfall, wenn sich Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln zerren oder zerreißen. Der Unfall muss sich während der *»Versicherungsdauer* ereignen.

Bei erstmalig anerkannter, unfallbedingter Berufsunfähigkeit leisten wir einmalig Folgendes: Eine einmalige Zusatzzahlung in Höhe von drei Berufsunfähigkeitsmonatsrenten, maximal 3.000 EUR für alle bei uns auf die versicherte Person abgeschlossenen Berufsunfähigkeitsversicherungen.

(5) Wir beteiligen uns an Anschaffungskosten im Rahmen einer Umorganisation, wenn die unten beschriebenen Voraussetzungen dafür erfüllt werden und gilt: Durch die Umorganisation wird eine Berufsunfähigkeit der versicherten Person vermieden oder aufgehoben. Was wir unter einer Umorganisation verstehen, beschreiben wir in § 2 Abschnitt I Absatz 2. Sie müssen die Beteiligung in *»Textform* beantragen.

Die Voraussetzungen hierfür sind:

- Die entsprechende Anschaffung bedingt sich durch die konkrete gesundheitliche Beeinträchtigung und
- durch diese Anschaffung wird eine zumutbare und betrieblich sinnvolle Umorganisation nach § 2 Abschnitt I Absatz 2 erreicht.

In diesem Fall beteiligen wir uns an den Anschaffungskosten bis zu maximal folgender Höhe:

- Ein Betrag in Höhe von bis zu sechs Berufsunfähigkeitsmonatsrenten,
- höchstens jedoch 12.000 EUR für alle bei uns auf die versicherte Person abgeschlossenen Berufsunfähigkeitsversicherungen.

Leistungen wegen Berufsunfähigkeit werden in diesem Fall nicht erbracht. Kommt es innerhalb eines Jahres nach unserer Beteiligung an den Anschaffungskosten dennoch zu Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, so gilt: Wir verrechnen die von uns geleisteten Anschaffungskosten mit den Leistungen wegen Berufsunfähigkeit.

(6) Falls

- der Versicherungsnehmer eine *»natürliche Person* ist und
- bei leiblichen oder adoptierten Kindern der versicherten Person eine schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen (siehe Anhang) eintritt und
- das betreffende Kind zu diesem Zeitpunkt mindestens ein Jahr alt ist und das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat,

erhält die versicherte Person eine zusätzliche Leistung. Dabei gelten die folgenden Bedingungen:

a. Wir erbringen eine Leistung, wenn bei einem Kind der versicherten Person eine von uns definierte schwere Krankheit eintritt. Welche schweren Krankheiten das sind, finden Sie im Anhang. Unsere Leistung beträgt einmalig eine versicherte Berufsunfähigkeitsjahresrente der versicherten Person, höchstens jedoch 24.000 EUR.
b. Der Anspruch auf die Leistung der Versicherung entsteht in der Regel, wenn nach der ärztlichen Diagnose 28 Tage vergangen sind. Der Anspruch entsteht nur, wenn das mitversicherte Kind diesen Zeitpunkt erlebt. Beachten Sie bitte: Bei einzelnen schweren Krankheiten bestehen davon Ausnahmen. Sie finden diese Ausnahmen bei der Beschreibung der einzelnen schweren Krankheiten im Anhang.
c. Wir zahlen die Leistung pro Kind nur einmal. Das gilt auch bei gleichzeitigem Eintritt mehrerer schwerer Krankheiten.
d. Ein möglicher Anspruch auf die beschriebene Leistung entsteht frühestens nach einer Wartezeit von einem Jahr. Die Wartezeit beginnt, nachdem Sie den ersten Beitrag gezahlt haben oder mit der Geburt des betreffenden Kindes. Es gilt der jeweils spätere Zeitpunkt. Liegt die ärztliche Diagnose zur schweren Krankheit des betreffenden Kindes vor dem späteren dieser beiden Zeitpunkte, zahlen wir die beschriebene zusätzliche Leistung nicht.
e. Ist das betreffende Kind im Rahmen von mehreren Verträgen auf die beschriebene Weise mitversichert, zahlen wir die beschriebene zusätzliche Leistung insgesamt nur einmal. Dabei zahlen wir die höchste der sich ergebenden Leistungen aus diesen Verträgen. Die Leistungen aus den übrigen Verträgen verfallen dann.
f. In den folgenden Fällen erhalten Sie von uns keine Leistung für das betreffende Kind:
    - Die Symptome für eine schwere Krankheit treten erstmals bereits im ersten Jahr auf, nachdem Sie den ersten Beitrag gezahlt haben. Die Definition der schweren Krankheiten finden Sie im Anhang.
    - Die Symptome für eine schwere Krankheit treten erstmals bereits im ersten Lebensjahr des betreffenden Kindes auf. Die Definition der schweren Krankheiten finden Sie im Anhang.
    - Die schwere Krankheit ist direkt oder indirekt auf eine Vorerkrankung zurückzuführen, die bereits im ersten Lebensjahr des betreffenden Kindes bestand. Das gilt auch, wenn die Vorerkrankung schon vor Abschluss des Vertrags oder bei der Adoption bestand. Dabei spielt es keine Rolle, ob sich die schwere Krankheit durch Symptome bemerkbar gemacht hat oder nicht. Das bedeutet: Ihr Anspruch auf die beschriebene zusätzliche Leistung entfällt auch dann, wenn Sie von der Krankheit nichts wussten.

(7) Außer den im *»Versicherungsschein* ausgewiesenen *»garantierten Leistungen* erhalten Sie weitere Leistungen aus der *»Überschussbeteiligung* (siehe § 11).

(8) Wenn Sie Fragen zu Ihrem Vertrag haben, helfen wir Ihnen gerne. Wir beantworten außerdem gerne Fragen

- zum Umfang Ihres Versicherungsschutzes,
- zu den eingeschlossenen Zusatzleistungen sowie
- zu möglichen Optionen.

Wenn Sie eine Leistung beantragen, geben wir Ihnen auf Wunsch Auskunft,

- wie Sie eine Leistung beantragen,
- welche Unterlagen Sie uns einreichen müssen und
- wie Sie Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, Krebs oder eine schwere Krankheit nachweisen können.

III. Option auf Abschluss einer Risikolebensversicherung

(1) Sie können zu bestimmten Anlässen eine Risikolebensversicherung bei der Gothaer Lebensversicherung AG abschließen. Wir verzichten hierbei auf die Durchführung einer *»Risikoprüfung*, für die Tarifierung relevante Merkmale gemäß Absatz 3 dürfen wir jedoch erheben.

Diese Anlässe sind:

a. Ein Kind der versicherten Person wird geboren oder die versicherte Person adoptiert ein unterhaltsberechtigtes Kind.
b. Die versicherte Person nimmt ein Darlehen zur Finanzierung einer selbst genutzten Immobilie im Wert von mindestens 50.000 EUR auf.

Sie müssen uns Ihren Wunsch auf Ausübung der Option innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt eines der genannten Anlässe anzeigen und entsprechende Nachweise vorlegen.

Der Abschluss der Risikolebensversicherung kann nur vorgenommen werden, sofern

- seit Versicherungsbeginn der Berufsunfähigkeitsversicherung nicht mehr als 15 Jahre vergangen sind,
- die versicherte Person nicht älter als 45 Jahre ist,
- der betreffende Anlass während der *»Versicherungsdauer* des aktuellen Vertrags eintritt und
- die weiteren Voraussetzungen gemäß Absatz 2 erfüllt sind.

(2) Die Option kann nur ausgeübt werden, wenn wir zu diesem Zeitpunkt einen entsprechenden verkaufsoffenen Tarif anbieten und die folgenden Voraussetzungen sämtlich erfüllt sind:

- Die versicherte Person der Berufsunfähigkeitsversicherung und der Risikolebensversicherung sind dieselbe Person;
- Die ausgeübte berufliche Tätigkeit der versicherten Person ist gemäß den geltenden Annahmerichtlinien der Risikolebensversicherung versicherbar;
- Wir haben Ihnen noch keine Versicherungsleistung aus Ihrem Vertrag gezahlt und Sie haben auch nie Leistungen aus Ihrem Vertrag beantragt;
- Bei der versicherten Person liegt keine Berufsunfähigkeit vor;
- Bei der versicherten Person liegt keine Pflegebedürftigkeit vor;
- Bei der versicherten Person liegt keine Krebserkrankung vor;
- Ihr Vertrag wurde nicht vorzeitig beitragsfrei gestellt.

Haben wir bei Annahme Ihres aktuellen Vertrages Leistungsausschlüsse oder Zuschläge mit Ihnen vereinbart, so ist die Ausübung der Option auf Abschluss einer Risikolebensversicherung ausgeschlossen.

(3) Wenn Sie Ihre Option auf Abschluss einer Risikolebensversicherung ausüben, werden wir mit Ihnen einen zusätzlichen Vertrag in dem von Ihnen gewählten Zieltarif schließen. Für diesen neu zu schließenden Vertrag gilt:

- Der Abschluss erfolgt zu den dann geltenden *»Rechnungsgrundlagen*, Allgemeinen Vertragsbedingungen, Annahmerichtlinien und Tarifierungsmerkmalen (z. B. Rauchverhalten, Body-Mass-Index BMI, Beruf).
- Die Laufzeit der Risikolebensversicherung darf nicht länger sein als die Restlaufzeit der Berufsunfähigkeitsversicherung.
- Sie können eine Versicherungssumme bis zum Zehnfachen der versicherten jährlichen Berufsunfähigkeitsrente, jedoch maximal 200.000 EUR, abschließen. Die gesamten bei uns versicherten Risikolebensversicherungssummen dürfen maximal 400.000 EUR betragen.

(4) Die Rechtsfolgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht bei Abschluss der Berufsunfähigkeitsversicherung erstrecken sich auch auf die Risikolebensversicherung. Die Fristen nach § 6 Abschnitt V Absatz 1 beginnen nach Ausübung der Option neu zu laufen.

§ 2
Wann liegt Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor?

I. Berufsunfähigkeit

(1) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn jede der folgenden Bedingungen erfüllt ist:

- Die versicherte Person ist voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen nicht in der Lage, in ihrem Beruf tätig zu sein. Entscheidend ist der zuletzt ausgeübte Beruf, wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war.
- Der Grund hierfür ist:

  - Krankheit,
  - Körperverletzung oder
  - (auch altersentsprechender) Kräfteverfall.

  Sie müssen den Grund für die vollständige Berufsunfähigkeit durch ärztliche Befunde belegen.

- Die versicherte Person geht keiner anderen Tätigkeit nach, die ihrer Ausbildung und ihren Fähigkeiten entspricht und ihre bisherige Lebensstellung wahrt.

Wir verzichten auf die Möglichkeit einer abstrakten Verweisung.

Um die Lebensstellung zu bewerten, betrachten wir das Einkommen und die soziale Wertschätzung des zuletzt ausgeübten Berufs. Wir beurteilen, ob eine Verringerung des Einkommens für die versicherte Person zumutbar ist. Dabei begrenzen wir die für die versicherte Person zumutbare Verringerung des Einkommens auf maximal 20 % des Bruttoeinkommens. Sollte der Bundesgerichtshof einen geringeren Prozentsatz als nicht zumutbare Verringerung des Einkommens festlegen, so ist dieser auch für uns entscheidend. Im begründeten Einzelfall kann aber auch bereits heute eine unter 20 % liegende Verringerung des Einkommens unzumutbar in diesem Sinn sein.

(2) Für Selbstständige und mitarbeitende Betriebsinhaber gelten besondere Regeln. Für sie setzt das Vorliegen von Berufsunfähigkeit zusätzlich voraus, dass die versicherte Person auch durch wirtschaftlich zumutbare Umorganisation eine Berufsunfähigkeit nicht vermeiden kann. Das bedeutet, dass die versicherte Person nach der Umorganisation nicht weiter so tätig sein könnte, dass keine Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen vorliegt. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie wirtschaftlich und betrieblich sinnvoll ist. Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person müssen die Umorganisation auch durchführen können. Die bisherige Lebensstellung des Selbstständigen oder Betriebsinhabers muss dabei nach Absatz 1 bestehen bleiben. Dies gilt ebenso für Gesellschafter-Geschäftsführer.

Wir verzichten auf diese zusätzliche Voraussetzung, wenn

a. die versicherte Person eine akademische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat und in ihrer täglichen Arbeitszeit mindestens 90 % kaufmännische, leitende, planerische oder organisatorische Tätigkeiten ausübt oder
b. der Betrieb weniger als fünf Mitarbeiter beschäftigt. Nicht zu den fünf Mitarbeitern zählen Auszubildende, Praktikanten und Werkstudenten.

(3) Wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt der Prüfung der Berufsunfähigkeit als Hauptberuf studiert, gilt als Beruf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Studierende. Als Studium gilt ein Studium an einer Hochschule (Universität), Fachhochschule (FH) oder Dualen Hochschule (DH). Der angestrebte Studienabschluss muss in Deutschland staatlich anerkannt sein.

Für Studierende, die sich zum Zeitpunkt, ab welchem Sie Leistungen beantragen, in der zweiten Hälfte der Regelstudienzeit befinden, gilt hiervon abweichend und in Ergänzung zu Absatz 1: Übt die versicherte Person konkret eine andere Tätigkeit aus, legen wir als zuletzt konkret ausgeübten Beruf zugunsten des Studierenden nur Berufe zugrunde, welche den erfolgreichen Abschluss dieses Studienganges zwingend erfordern. Zur Vergleichbarkeit der sozialen und finanziellen Lebensstellung stellen wir hierbei auf eine in Vollzeit ausgeübte Tätigkeit dieser Berufe ab.

(4) Um bei Auszubildenden eine Berufsunfähigkeit während der Ausbildung zu beurteilen, ziehen wir das mit erfolgreichem Abschluss der Ausbildung erreichbare Berufsbild heran.

Für Auszubildende, die sich zum Zeitpunkt, ab welchem Sie Leistungen beantragen, in der zweiten Hälfte der gesetzlich vorgesehenen oder im Durchschnitt üblichen Ausbildungszeit befinden, gilt in Ergänzung zu Absatz 1: Zur Vergleichbarkeit der sozialen und finanziellen Lebensstellung stellen wir auf eine in Vollzeit am Wohnort ausgeübte Tätigkeit des mit erfolgreichem Abschluss der Ausbildung erreichbaren Berufsbildes ab.

(5) Die Tätigkeiten von Schülern sehen wir als Beruf an. Dabei berücksichtigen wir den zuletzt besuchten Unterricht in seiner konkreten Ausgestaltung. Dies beinhaltet auch die Hausaufgaben sowie die Ausstattung des Schulgebäudes. Wir verzichten zudem auf die abstrakte Verweisung auf eine andere Schulform oder auf eine sonderpädagogische Förderung.

Nimmt die versicherte Person später eine gegen Entgelt ausgeübte Berufstätigkeit auf, ist

- der dann unmittelbar vor dem Zeitpunkt, ab welchem Sie Leistungen beantragen,
- zuletzt ausgeübte Beruf, wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war,

versichert.

(6) Die Tätigkeiten von Hausfrauen oder Hausmännern sehen wir als Beruf an. Nimmt die versicherte Person später eine gegen Entgelt ausgeübte Berufstätigkeit auf, ist

- der dann unmittelbar vor dem Zeitpunkt, ab welchem Sie Leistungen beantragen,
- zuletzt ausgeübte Beruf, wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war,

versichert.

(7) Die Berufsunfähigkeit eines Beamten beurteilt sich unabhängig von einer Dienstunfähigkeit im beamtenrechtlichen Sinne allein nach den allgemeinen Regelungen in diesen Versicherungsbedingungen.

(8) Es kann auch eine teilweise Berufsunfähigkeit vorliegen. Liegen die genannten Voraussetzungen nur zu einem bestimmten Grad (zum Beispiel 50 %) vor, sprechen wir von einer teilweisen Berufsunfähigkeit.

(9) Eine versicherte Person gilt auch als berufsunfähig, wenn

- sie sechs Monate ununterbrochen außerstande gewesen ist, beruflich tätig zu sein,
- der Zustand weiterhin andauert,
- die Berufsunfähigkeit durch Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechenden) Kräfteverfall verursacht wurde und
- Sie die Ursache durch ärztliche Befunde nachweisen.

In diesem Fall gilt die versicherte Person ab Beginn dieses Zustandes als berufsunfähig. Die Berufsunfähigkeit kann vollständig oder teilweise vorliegen. Entscheidend ist der zuletzt ausgeübte Beruf der versicherten Person, wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war.

In einem solchen Fall erbringen wir unsere Leistungen rückwirkend mit Ablauf des Monats, in dem der sechsmonatige Zeitraum begonnen hat. Bei verspäteter Meldung leisten wir rückwirkend für die nachgewiesene Zeit der Berufsunfähigkeit. Dabei gelten alle oben aufgeführten Punkte zur vollständigen und teilweisen Berufsunfähigkeit. Bitte beachten Sie hierbei: Haben wir bereits Leistungen wegen Krebs erbracht, erbringen wir für diesen Zeitraum keine rückwirkenden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit (siehe § 3 Absatz 1).

Ist eine Karenzzeit vereinbart (siehe § 1 Abschnitt I Absatz 4), beginnt die Karenzzeit mit Beginn des sechsmonatigen Zeitraums.

(10) Übt die versicherte Person bei Eintritt der Berufsunfähigkeit ihre berufliche Tätigkeit in Teilzeit aus, gelten besondere Regeln. Eine Tätigkeit in Teilzeit liegt vor, wenn die versicherte Person

- arbeitsvertraglich weniger als ein vergleichbar vollzeitbeschäftigter Arbeitnehmer oder
- auf selbstständiger Basis wöchentlich weniger als 40 Stunden arbeitet.

Wenn wir prüfen, ob die versicherte Person berufsunfähig ist, berücksichtigen wir in diesem Fall neben der Teilzeit-Erwerbstätigkeit auch folgende Tätigkeiten, soweit diese unmittelbar vor Eintritt des Versicherungsfalls ausgeübt wurden:

- Eine über den eigenen Anteil an der Familienversorgung hinausgehende Tätigkeit als Hausfrau/Hausmann oder zur Versorgung von pflegebedürftigen Familienangehörigen;
- Eine Ausbildung, ein Studium, eine berufliche Weiter- oder Fortbildung.

Übt die versicherte Person mehrere Berufe in Teilzeit aus, berücksichtigen wir diese nebeneinander.

(11) Übt die versicherte Person bei Eintritt der Berufsunfähigkeit keine berufliche Tätigkeit aus, gelten be-

sondere Regeln. In diesen Fällen gilt als versichert:

- die zuletzt vor dem Ausscheiden aus dem Berufsleben konkret ausgeübte Tätigkeit und
- die bei Ausscheiden erreichte Lebensstellung nach Absatz 1.

(12) Innerhalb der Elternzeit ist die Tätigkeit versichert, die die versicherte Person vor Beginn der Elternzeit konkret ausgeübt hat. Dies gilt auch bei mehreren Elternzeiten hintereinander ohne Unterbrechung.

(13) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt auch vor, wenn der versicherten Person die Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit aufgrund einer von ihr ausgehenden Infektionsgefahr teilweise oder vollständig untersagt ist (Tätigkeitsverbot). Voraussetzung hierfür ist, dass

- dieses Tätigkeitsverbot sich auf mindestens 50 % der zuletzt ausgeübten Tätigkeit der versicherten Person bezieht,
- eine das Tätigkeitsverbot anordnende behördliche Verfügung vorliegt, die auf gesetzlichen Vorschriften oder einer behördlichen Anordnung beruht und
- das Tätigkeitsverbot eine Dauer von mindestens sechs Monaten umfasst.

Bezieht sich das Tätigkeitsverbot auf die Behandlung, Versorgung oder Betreuung von Patienten, so erkennen wir dieses als vollständiges Tätigkeitsverbots an, sofern die versicherte Person einen der folgenden Berufe ausübt:

- Human- oder Zahnmediziner
- Studierende der Human- und Zahnmedizin
- Medizinisch behandelnde oder pflegerische Berufe mit Patientenkontakt, wie zum Beispiel:
  - Krankenschwestern und Krankenpfleger
  - Altenpflegerinnen und Altenpfleger
  - Hebammen und Entbindungspfleger
  - Arzthelferinnen und Arzthelfer

Um ein Tätigkeitsverbot nachzuweisen, müssen Sie uns das Original oder eine amtlich beglaubigte Kopie der behördlichen Verfügung vorlegen.

Die versicherte Person gilt nicht als berufsunfähig, wenn:

- sie eine Tätigkeit tatsächlich ausübt, die ihrer Ausbildung und Erfahrung entspricht und
- diese Tätigkeit ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Wenn wir Leistungen wegen des Tätigkeitsverbotes erbringen, endet die Leistungsverpflichtung in folgenden Fällen:

- Das Tätigkeitsverbot wird aufgehoben.
- Die Gründe für das Tätigkeitsverbot sind weggefallen und die versicherte Person kann ihren Beruf oder eine andere Tätigkeit ausüben. Die versicherte Person muss die andere Tätigkeit dabei aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung ausüben können. Sie muss auch der bisherigen Lebensstellung der versicherten Person im Sinne von Absatz 1 entsprechen.

Die Aufhebung des Tätigkeitsverbotes und der Wegfall der Gründe dafür müssen uns unverzüglich - ohne schuldhaftes Zögern - mitgeteilt werden. Hierbei gelten die Bestimmungen zur Nachprüfung der Berufsunfähigkeit. Mehr dazu finden Sie in § 10.

(14) Wenn die versicherte Person aufgrund einer nach Abschluss des Vertrags eingetretenen Ursache voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen

- bei der Fortbewegung ständig auf einen Rollstuhl angewiesen ist,
- das Hörvermögen vollständig verloren hat oder
- das Sehvermögen vollständig verloren hat,

so gilt: Solange einer dieser Zustände ununterbrochen fortbesteht, erkennen wir dies für die Dauer von bis zu drei Jahren als vollständige Berufsunfähigkeit an. Nach Ablauf dieses Zeitraums werden wir das Vorliegen einer bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit prüfen.

Diese Leistungserweiterung entfällt, sobald die versicherte Person eine Tätigkeit ausübt,

- zu der sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und
- die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

(15) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt auch vor, wenn die versicherte Person eine unbefristete Rente aus der Sozialversicherung wegen voller Erwerbsminderung allein aus medizinischen Gründen erhält. Dabei gilt:

- Der Definition der vollen Erwerbsminderung im Sinne dieses Absatzes liegt § 43 Sozialgesetzbuch VI in der Fassung vom 01.01.2023 zugrunde. Wenn sich das Sozialgesetzbuch VI ändert, ändert sich nicht die Definition der Berufsunfähigkeit aufgrund von Erwerbsminderung gemäß diesem Absatz.
- Bei Eintritt der vollen Erwerbsminderung besteht dieser Vertrag seit mindestens zehn Jahren.
- Die versicherte Person hat bei Beginn der Rentenzahlung durch den Versorgungsträger das 40. Lebensjahr vollendet.

Wenn Sie bei Abschluss Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung mit uns Ausschlüsse vereinbart haben, gelten diese auch für die Leistungen wegen voller Erwerbsminderung. Dies gilt auch für besondere Vereinbarungen zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes. Informationen hierzu können Sie Ihrem *»Versicherungsschein* entnehmen.

II. Pflegebedürftigkeit

(1) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt auch vor, wenn die versicherte Person pflegebedürftig im nachfolgend beschriebenen Sinne ist.

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn jede der folgenden Bedingungen erfüllt ist:

- Die versicherte Person benötigt für mindestens vier der in Absatz 2 beschriebenen neun Tätigkeiten die Hilfe einer anderen Person.
- Die versicherte Person benötigt die Hilfe täglich und in erheblichem Umfang auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel. Der jeweils notwendige Hilfebedarf ist in Absatz 2 in Einzelheiten beschrieben.
- Die Hilfebedürftigkeit ist die Folge von Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechendem) Kräfteverfall.
- Dieser Zustand wird voraussichtlich mindestens sechs Monate andauern.

Sie müssen den Grund für die Pflegebedürftigkeit durch ärztliche Befunde belegen.

(2) Bei den neun Tätigkeiten im Sinne von Absatz 1 handelt es sich um:

- **Fortbewegen im Zimmer**

  Hilfebedarf besteht, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, um sich

  - an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort,
  - auf ebener Oberfläche,
  - von Zimmer zu Zimmer

  fortzubewegen und

  - der versicherten Person das Treppensteigen nicht oder nur mit Stützen oder Festhalten der versicherten Person möglich ist.

  Kein Hilfebedarf besteht, wenn das Nutzen einer Gehhilfe, eines Rollstuhls oder anderer technischer Hilfsmittel das Fortbewegen ermöglicht.

- **Aufstehen und Positionswechsel**

  Hilfebedarf besteht, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, um

  - von einer erhöhten Sitzfläche (wie Bettkante, Stuhl, Sessel, Bank, Toilette) aufzustehen und
  - sich auf einen Rollstuhl, Toilettenstuhl, Sessel oder ähnliches umzusetzen und
  - sie sich nicht oder nur kurz selbstständig in einer Sitzposition halten kann.

  Zusätzlich kann die versicherte Person nur durch Hilfsmittel oder Reichen der Hand ihre Lage im Bett verändern.

Kein Hilfebedarf besteht, wenn das Nutzen eines Pflegebettes, einer Krücke, eines speziellen Griffes oder anderer technischer Hilfsmittel das Aufstehen und den Positionswechsel ermöglicht.

- **An- und Auskleiden**

  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person den Ober- und Unterkörper an- und auskleiden kann.

  Kein Hilfebedarf besteht, wenn das Nutzen krankengerechter Kleidung, Schuhlöffel, Knöpfhilfe oder anderer Hilfsmittel das An- und Auskleiden ermöglicht. Das Reichen der Kleidung und die Kontrolle des Sitzes der Kleidung gelten nicht als Hilfebedarf.

- **Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken**

  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nicht ohne fremde Hilfe

  - bereits vorbereitete essfertige und mundgerecht zubereitete Nahrung essen und
  - bereitstehende Getränke aufnehmen kann.

  Kein Hilfebedarf besteht, wenn das Nutzen krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße oder anderer technischer Hilfsmittel das Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken ermöglicht.

- **Waschen**

  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person sich nicht ausreichend alleine waschen kann. Sie muss sich so waschen können, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt.

  Das bedeutet, dass die versicherte Person

  - beim Waschen und Abtrocknen des Intimbereichs und
  - bei der Durchführung des Dusch- oder Wannenbades einschließlich des Waschens der Haare

  nur einen begrenzten Teil der Aktivitäten selbstständig durchführen kann.

  Kein Hilfebedarf besteht, wenn das Nutzen von Wannengriffen, einem Wannenlift oder anderer technischer Hilfsmittel das Waschen ermöglicht. Die Unfähigkeit ins Badezimmer zu gelangen, gilt nicht als Hilfebedarf.

- **Verrichten der Notdurft**

  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Notdurft nicht alleine verrichten kann. Mögliche Gründe sind:

  - Sie ist nicht in der Lage, sich nach dem Stuhlgang alleine zu säubern.
  - Sie kann ihre Notdurft nur in eine Bettschüssel verrichten.
  - Sie kann ihren Darm und/oder ihre Blase nur mit fremder Hilfe entleeren.

  Kein Hilfebedarf besteht, wenn das Nutzen von speziellen Griffen, einer Toilette mit Duschfunktion oder anderer technischer Hilfsmittel das Verrichten der Notdurft ermöglicht.

  Besteht eine Inkontinenz des Darms oder der Blase, so gilt zusätzlich: Es muss geprüft werden, ob die Inkontinenz des Darms und/oder der Blase durch die Verwendung von Hilfsmitteln ausgeglichen werden kann. Wenn Hilfsmittel verwendet werden können, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft kein Hilfebedarf vor. Diese Hilfsmittel können zum Beispiel sein:

  - Windeln,
  - spezielle Einlagen,
  - Katheter oder
  - Kolostomiebeutel.

  Die Einschränkung gilt nur, wenn die versicherte Person die Hilfsmittel alleine anwenden kann. Benötigt sie dabei die Hilfe einer anderen Person, gilt diese Einschränkung nicht.

- **Kommunizieren**

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, mit anderen Personen zu kommunizieren. Das bedeutet:

- Die versicherte Person kann elementare Bedürfnisse nur noch durch nonverbale Reaktionen (wie Mimik, Gestik, Lautäußerungen) mitteilen.

Hilfebedarf liegt auch vor, wenn sämtliche der folgenden Punkte zutreffen:

- Die versicherte Person äußert von sich aus keine elementaren Bedürfnisse,
- die versicherte Person antwortet auf Ansprache oder Fragen lediglich in wenigen Worten oder sie weicht im Gespräch in aller Regel vom Gesprächsinhalt ab,
- die versicherte Person zeigt keine Eigeninitiative zur Kontaktaufnahme zu Personen innerhalb und außerhalb des direkten Umfeldes und
- die versicherte Person benötigt personelle Unterstützung während der Kontaktaufnahme, zum Beispiel bei der Nutzung von Kommunikationshilfen (wie Telefon bedienen und halten, Brief- oder Mailkontakt).

- **Denkvermögen**

Hilfebedarf liegt vor, wenn sich die versicherte Person ihrer selbst und ihrer Umgebung nicht mehr bewusst ist. Das heißt, die versicherte Person benötigt bei beiden der folgenden Tätigkeiten den ganzen Tag Hilfe in Form von Erinnern und/oder Auffordern:

- Beim Treffen geeigneter Entscheidungen zur eigenen Sicherheit und zum Wohlbefinden und beim Ausführen und Steuern von Alltagshandlungen. Die Hilfe wird benötigt, da die versicherte Person die Reihenfolge einzelner Handlungsschritte oder einzelne, notwendige Schritte regelmäßig vergisst.
- Beim Planen und Strukturieren des Tagesablaufs und über den Tag hinaus und bei der Auswahl der Durchführung von Freizeitaktivitäten.

Hilfebedarf liegt auch vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, sämtliche der folgenden Tätigkeiten auszuführen:

- Personen aus dem näheren Umfeld (wie Familienangehörige) erkennen und sich an kurz zurückliegende Ereignisse oder Beobachtungen erinnern.
- Sich in ihrer gewohnten häuslichen und außerhäuslichen Umgebung zurechtfinden und dortige Risiken und Gefahren erkennen.
- Sich auch unter Nutzung äußerer Orientierungshilfen zeitlich orientieren und Tageszeiten mit regelmäßigen Ereignissen (wie Mittagessen) erkennen.
- Einfache Sachverhalte, Informationen sowie Aufforderungen verstehen, wenn diese nicht wiederholt und erläutert werden.

- **Umgang mit Emotionen**

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr alleine mit Emotionen, Wahrnehmungen, Gefühlen sowie Risiken und Gefahren umgehen kann. Dies ist der Fall, wenn die versicherte Person mindestens zweimal wöchentlich

- Hilfe einer anderen Person beim Einschlafen, Weiterschlafen und bei der Bewältigung von motorisch geprägten Verhaltensauffälligkeiten (wie ständiges Aufstehen oder ziellos Umhergehen) benötigt,
- verbal oder physisch aggressiv gegenüber sich selbst, anderen Personen oder Gegenständen wird und Unterstützung (wie bei der Körperpflege oder der Nahrungsaufnahme) ablehnt,
- unter Angstattacken oder Wahnvorstellungen leidet, das heißt sie fühlt sich verfolgt/bedroht/bestohlen und hat starke Ängste oder
- antriebslos oder schwer depressiv ist, das heißt sie bringt keine Eigeninitiative für Aktivitäten oder Kommunikation auf und wirkt apathisch.

(3) Pflegebedürftigkeit liegt auch vor, wenn die versicherte Person unter schweren Hirnleistungsstörungen (schwere Demenz) leidet, die diese Bedingungen erfüllen:

- Die Ursache für die schweren Hirnleistungsstörungen ist ein Unfall oder eine Erkrankung.
- Als Folge der Hirnleistungsstörungen benötigt die versicherte Person Unterstützung bei den oben genannten Tätigkeiten oder kontinuierliche Beaufsichtigung. Ohne Beaufsichtigung würde sie sich oder andere sonst erheblich gefährden.

- Die schwere Demenz ist charakterisiert durch einen Verlust geistiger Fähigkeiten, die sich auf das Denk-, Erkennungs-, Erinnerungs- und Orientierungsvermögen auswirken.

Ein Facharzt der Neurologie muss die Diagnose der schweren Demenz bestätigen. Hierzu ist eine ausführliche Befunderhebung mit körperlicher sowie psychopathologischer Untersuchung und die Verwendung psychometrischer Tests notwendig. Es muss mindestens ein Schweregrad 6 ("Schwere kognitive Leistungseinbußen"), ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS 6), vorliegen. Es kann auch eine alternative, anerkannte Demenzbeurteilungsskala verwendet werden. Dann muss ein entsprechender Schweregrad festgestellt werden. Wir können in regelmäßigen Abständen Wiederholungsuntersuchungen fordern, um die Diagnose zu bestätigen.

(4) Die versicherte Person gilt auch als pflegebedürftig, wenn jede der folgenden Bedingungen erfüllt ist:

- Die versicherte Person ist mindestens sechs Monate so hilflos gewesen, dass sie für mindestens vier der in Absatz 2 genannten neun Verrichtungen die Hilfe einer anderen Person benötigte.
- Sie benötigte die Hilfe täglich und in erheblichem Umfang, auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel.
- Die Hilfebedürftigkeit ist die Folge von Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechendem) Kräfteverfall.
- Dieser Zustand dauert auch nach Ablauf des Zeitraums von sechs Monaten an.

Die versicherte Person gilt dann von Beginn der Pflegebedürftigkeit an als pflegebedürftig.

§ 3
Welche Besonderheiten gelten bei Krebserkrankungen?

(1) Wenn die versicherte Person an Krebs erkrankt, können Sie mit vereinfachten Bedingungen Leistungen beantragen. Wann dies der Fall ist, beschreiben wir in Absatz 2.

Es genügt in diesem Fall, dass Sie einen vereinfachten Nachweis nach Absatz 6 erbringen. Wir leisten dann für einen Zeitraum von bis zu 18 Monaten. Die Leistungen wegen Krebs entsprechen genau den Leistungen wegen Berufsunfähigkeit nach § 1 Abschnitt I Absatz 1.

Die Leistungen wegen Krebs können Sie nur erhalten, wenn die folgende Voraussetzung erfüllt ist:

- Ihr Vertrag besteht zum Zeitpunkt der ersten Diagnose oder der ersten Krebssymptome seit mindestens sechs Monaten. Auch bei Auftreten von Tochtergeschwülsten (Metastasen), die auf eine Krebserkrankung zurückzuführen sind, besteht Ihr Vertrag zu diesem Zeitpunkt seit mindestens sechs Monaten.
  Dies gilt ebenso für Erhöhungen mit Ausnahme von Erhöhungen aus einer Dynamik (siehe § 16). Wir leisten dann nur die versicherte Rente, wie sie vor der Erhöhung bestand.
  Bei *»Wiederinkraftsetzung* nach Beitragsfreistellung oder Beitragserhöhung nach Reduzierung des Beitrags (siehe § 24) gilt die beschriebene Wartezeitregelung von sechs Monaten erneut.

Bitte beachten Sie:

- Leistungen wegen Berufsunfähigkeit nach Ablauf der 18 Monate müssen Sie zusätzlich beantragen (siehe Absatz 6). Dies können Sie gleichzeitig oder zu einem späteren Zeitpunkt tun. Wir prüfen dann nach § 2, ob Sie Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erhalten.
- Leistungen wegen Krebs können Sie nur einmalig mit einem vereinfachten Nachweis erhalten. Dies gilt nicht, wenn der Krebs als Rezidiv oder als Progress auftritt.
- Es ist nicht möglich, gleichzeitig Leistungen wegen Krebs und Leistungen wegen Berufsunfähigkeit zu erhalten. Bitte beachten Sie dazu auch Absatz 6.

(2) Krebs im Sinne dieser Bedingungen ist wie folgt definiert: Ein bösartiges Zellwachstum (zum Beispiel Tumor), das durch unkontrolliertes Wachstum sowie das Eindringen in anderes Gewebe mit Tendenz zur Metastasenbildung gekennzeichnet ist. Unter den Begriff "Krebs" fallen auch die Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin. Ebenso fallen Hirntumore unter den Begriff "Krebs". Hautkrebs ist jedoch abgesehen vom bösartigen (malignen) Melanom ausgeschlossen.

Wir leisten, wenn die versicherte Person unter einer dieser Erkrankungen leidet und ein Facharzt einen der folgenden Punkte bestätigt:

- Die versicherte Person hat eine Chemotherapie, eine Strahlentherapie oder eine tumorbedingte Immuntherapie begonnen oder sie steht unmittelbar bevor.
- Eine Operation von Krebs führt dazu, dass

- die versicherte Person lebenslang Medikamente einnehmen muss oder
- eine dauerhafte Einschränkung der Berufsfähigkeit der versicherten Person vorliegt.

- Die versicherte Person befindet sich wegen der Schwere der Krebserkrankung in einer palliativen Therapie.

(3) Unsere Leistungen wegen Krebs beginnen zum Anfang des Monats, nachdem die versicherte Person nach Absatz 2 an Krebs erkrankt ist.

(4) In folgenden Fällen beenden wir unsere Leistungen wegen Krebs:

- Wir haben für 18 Monate Leistungen wegen Krebs erbracht.
- Die *»Leistungsdauer* der Berufsunfähigkeitsversicherung ist abgelaufen.
- Die versicherte Person ist verstorben.

Bitte beachten Sie: Unsere Leistungen wegen Krebs enden nicht, wenn sich die Gesundheit der versicherten Person vor Ablauf von 18 Monaten verbessern sollte.

(5) Wenn Sie eine Berufsunfähigkeitsrente mit einer Karenzzeit vereinbart haben, gilt die Karenzzeit auch für Leistungen wegen Krebs. Wenn Sie Leistungen wegen Krebs erhalten und eine Karenzzeit vereinbart haben, gilt:

- Wir zahlen die versicherte Rente erst nach Ablauf der Karenzzeit.
- Die Karenzzeit läuft ab dem Beginn der Krebserkrankung. Ihre Dauer in Monaten finden Sie in Ihrem *»Versicherungsschein*.

Beachten Sie bitte: Die Karenzzeit bedeutet auch, dass sich der maximale Zeitraum für die Leistungen von 18 Monaten (siehe Absatz 4) um die Dauer der Karenzzeit verkürzt.

(6) Sie können Leistungen wegen Krebs mit einem vereinfachten Nachweis innerhalb von sechs Monaten nach der ersten Diagnose beantragen. Ihrem Antrag müssen Sie nur einen onkologischen Bericht eines Facharztes oder einen Entlassungsbericht des Krankenhauses beifügen. Der Bericht muss Folgendes enthalten:

- den Zeitpunkt der ersten Diagnose,
- die Art und Ausbreitung der Krebserkrankung,
- den Behandlungsplan und
- den Umfang einer eventuell durchgeführten Operation.

Bitte beachten Sie:

- Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erbringen wir nicht automatisch, wenn die Leistungen wegen Krebs enden. Sie können diese Leistungen gleichzeitig oder zu einem späteren Zeitpunkt beantragen.
- Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erbringen wir erst nach dem 18-monatigen Zeitraum (siehe Absatz 4).

(7) Soweit in den jeweiligen Ziffern nichts anderes bestimmt ist, gelten die Regelungen für die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit sinngemäß auch für die Leistungen wegen Krebs. Wenn Sie bei Abschluss Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung mit uns Ausschlüsse vereinbart haben, gelten diese auch für die Leistungen wegen Krebs. Dies gilt auch für besondere Vereinbarungen zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes. Informationen hierzu können Sie Ihrem *»Versicherungsschein* entnehmen.

(8) Bitte beachten Sie bei Leistungsfällen, die Sie innerhalb der ersten zehn Versicherungsjahre anzeigen: Wir dürfen neben der medizinischen Sachverhaltsprüfung vor Zahlung von Leistungen wegen Krebs die vorvertragliche Anzeigepflicht überprüfen. Näheres dazu finden Sie in § 6.

§ 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Wir leisten in der Regel unabhängig davon, wie es zum *»Leistungsfall* gekommen ist. Im Folgenden finden Sie Ausnahmen davon. Im Einzelfall können wir mit Ihnen auch darüber hinaus noch weitere Leistungsausschlüsse vereinbaren. Diese finden Sie in Ihren individuellen Vertragsunterlagen.

(2) Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit können verschiedene Ursachen haben. Bei diesen Ursachen leisten wir nicht:

- Bei inneren Unruhen innerhalb der Bundesrepublik Deutschland, wenn die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
- Bei kriegerischen Ereignissen innerhalb der Bundesrepublik Deutschland.
- Bei inneren Unruhen oder bewaffneten Auseinandersetzungen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland, denen sich die versicherte Person bewusst aussetzt oder an denen sie sich aktiv beteiligt.
  Wir leisten jedoch bei dieser Ausnahme: Der Versicherungsfall tritt während rein humanitärer Hilfeleistungen oder friedenssichernder oder friedenserhaltender Maßnahmen außerhalb der territorialen Grenzen der NATO-Mitgliedstaaten ein. Dies gilt nur, wenn die versicherte Person als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei, Bundespolizei oder anderer staatlich beauftragter Organisationen daran teilnimmt. Der Einsatz muss mit Mandat der NATO, UN oder OSZE oder einer humanitären Hilfsorganisation erfolgt sein.
- Bei dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen. Außerdem bei dem vorsätzlichen Einsatz oder dem vorsätzlichen Freisetzen von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen. Diese beiden Ausnahmen gelten nur in diesem Fall: Der Einsatz oder das Freisetzen sind darauf gerichtet, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Außerdem muss der Einsatz oder das Freisetzen dazu führen, dass insgesamt ein unvorhersehbar hoher Bedarf an Versicherungsleistungen entsteht. Diese nicht vorhersehbare Veränderung zu den *»Rechnungsgrundlagen* führt dazu, dass wir voraussichtlich nicht mehr alle zugesagten Leistungen erbringen können. Ein unabhängiger Treuhänder muss bestätigen, dass ein solcher Fall vorliegt.
  Bei dieser Ursache erhalten Sie auch keine Leistungen wegen Krebs.
- Bei absichtlich herbeigeführter Krankheit oder Kräfteverfall, absichtlicher Selbstverletzung, versuchter Selbsttötung oder vorsätzlicher Herbeiführung der Pflegebedürftigkeit. Wir leisten aber, wenn die versicherte Person die Tat in einem Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat. Ein Beispiel: Die versicherte Person konnte bei der Tat ihre Handlungen nicht mehr bewusst steuern, etwa durch eine schwere Geisteskrankheit. Diese schwere Geisteskrankheit muss durch ärztliche Befunde nachgewiesen werden.
- Bei der vorsätzlichen Ausführung oder dem strafbaren Versuch eines *»Verbrechens* oder *»Vergehens* durch die versicherte Person. Fahrlässige und grob fahrlässige Verstöße sind davon nicht betroffen. Dies gilt beispielsweise für fahrlässige und grob fahrlässige Verstöße im Straßenverkehr.
- Wenn Sie vorsätzlich die Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben.
- Bei Strahlung, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen gefährdet oder schädigt. Die Gefährdung durch die Strahlung muss sehr hoch sein: Um diese abzuwehren und zu bekämpfen, muss eine Katastrophenschutzbehörde oder eine vergleichbare Einrichtung tätig geworden sein.
  Bei dieser Ursache erhalten Sie auch keine Leistungen wegen Krebs.

§ 5
Beginn des Versicherungsschutzes

Ihr Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss Ihres Vertrages. Das ist in der Regel der Fall, wenn Sie den *»Versicherungsschein* erhalten haben. Er beginnt aber nicht vor zwölf Uhr am Mittag des Tages, der im *»Versicherungsschein* als Beginn der Versicherung angegeben ist. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang auch die Regelungen zur Beitragszahlung in § 27 Abschnitt I.

Vorvertragliche Anzeigepflichten und Mitwirkungspflichten bei Eintritt von Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit oder Krebs

§ 6
Ihre Pflichten vor Beginn des Vertrages

I. Vorvertragliche Anzeigepflicht

(1) Wir sind auf die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Ihnen angewiesen. Sie müssen daher die vorvertragliche Anzeigepflicht erfüllen. Dies bedeutet, dass Sie alle unsere in *»Textform* gestellten Fragen bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung richtig und vollständig beantworten. Dies gilt auch, wenn unser Vermittler Ihnen die Fragen stellt.

Besonders wichtig ist das bei Fragen zu

- Erkrankungen und
- gesundheitlichen Störungen oder Beschwerden.

Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir Ihnen

- nach Abgabe Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme durch uns oder

- nach Zustandekommen des Vertrags im Rahmen einer Vertragsänderung

in *»Textform* stellen.

Wir beschreiben Ihnen im Folgenden die möglichen Konsequenzen, wenn Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzen. Die gesetzlichen Regeln zur Anzeigepflicht finden Sie in § 19 Versicherungsvertragsgesetz (*»VVG*).

(2) Wenn wir eine andere Person versichern, beziehen sich unsere Fragen auch auf diese Person. Auch dann sind Sie für die richtige und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich. Die Antworten der versicherten Person werden Ihnen in diesem Fall zugerechnet.

II. Rücktritt

(1) Wenn Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzen, können wir vom Vertrag zurücktreten.

Wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben, ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen. Wir können den Vertrag dann aber eventuell kündigen (siehe Abschnitt III).

Wenn Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzen, gilt: Wir können nicht vom Vertrag zurücktreten, wenn wir diesen auch bei Kenntnis der nicht oder falsch angezeigten Umstände abgeschlossen hätten. In diesem Fall können wir den Vertrag aber anpassen (siehe Abschnitt IV).

(2) Wenn wir vom Vertrag zurücktreten, haben Sie keinen Versicherungsschutz.

Wir müssen aber ausnahmsweise doch leisten, wenn wir erst nach dem Eintritt eines *»Leistungsfalls* vom Vertrag zurückgetreten sind. Voraussetzung hierfür ist, dass Sie nachweisen, dass

- die nicht oder nicht richtig angegebenen Umstände nicht die Ursache für den Eintritt oder die Feststellung des *»Leistungsfalls* waren oder
- die nicht oder nicht richtig angegebenen Umstände nicht die Ursache für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht waren.

Wenn Sie oder die versicherte Person die vorvertragliche Anzeigepflicht arglistig verletzt haben, müssen wir nicht leisten.

(3) Wenn wir vom Vertrag zurücktreten, erlischt die Versicherung, ohne dass ein *»Rückkaufswert* anfällt. Sie haben keinen Anspruch darauf, dass wir Ihnen Ihre Beiträge zurückzahlen.

III. Kündigung

(1) Wenn Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzen, dabei aber nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig handeln, können wir den Vertrag kündigen. Dabei müssen wir eine Kündigungsfrist von einem Monat einhalten.

Wir können den Vertrag nicht kündigen, wenn wir diesen auch bei Kenntnis der nicht oder falsch angezeigten Umstände abgeschlossen hätten. In diesem Fall können wir den Vertrag aber anpassen (siehe Abschnitt IV).

(2) Bei einer Kündigung stellen wir Ihren Vertrag beitragsfrei.

(3) Wenn Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt haben, aber dies nicht zu vertreten haben, verzichten wir auf unser Recht zur Kündigung.

IV. Vertragsanpassung

(1) Wenn

- Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht grob fahrlässig oder fahrlässig verletzt haben und
- wir bei Kenntnis der nicht oder falsch angezeigten Umstände den Vertrag zu anderen Bedingungen abgeschlossen hätten,

gilt: Diese anderen Bedingungen werden auf unseren Wunsch rückwirkend Bestandteil des Vertrags.

Wenn Sie die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nicht zu vertreten haben, verzichten wir auf unser Recht zur Anpassung des Vertrags.

(2) In folgenden Fällen können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats fristlos kündigen, nachdem Sie eine Mitteilung von uns erhalten haben:

- Der Beitrag erhöht sich durch die Anpassung des Vertrags um mehr als 10 % oder
- wir versichern den nicht oder falsch angezeigten Umstand nicht.

Mehr zum Thema Kündigung finden Sie in § 21.

V. Ausübung unserer Rechte

(1) Unsere vorgenannten Rechte können wir nur in den ersten fünf Jahren seit Abschluss des Vertrags ausüben. Wenn vor Ablauf der ersten fünf Jahre ein *»Leistungsfall* eintritt, gilt: Wir können die Rechte noch nach Ablauf dieser Frist geltend machen. Wenn Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzen, beträgt die Frist zehn Jahre.

(2) Wir müssen unsere Rechte innerhalb eines Monats schriftlich ausüben. Die Frist beginnt, wenn wir erfahren haben, dass Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt haben.

(3) Die Fristen gelten erneut, wenn Sie nach einer Beitragsfreistellung die Versicherung *»wiederherstellen*. Das gilt auch für jede Änderung, die unsere Leistungen erweitert, wenn wir dafür eine erneute *»Gesundheitsprüfung* verlangen.

VI. Anfechtung

Unabhängig von unseren vorgenannten Rechten haben wir das Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten.

VII. Erklärungsempfänger

Wir üben unsere Rechte durch eine schriftliche Erklärung Ihnen gegenüber aus. Wenn Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten genannt haben, gilt: Im Falle Ihres Todes können wir die Erklärung einem Bezugsberechtigten gegenüber abgeben. Wenn kein Bezugsberechtigter vorhanden ist, können wir die Erklärung dem Inhaber des *»Versicherungsscheins* gegenüber abgeben. Dies gilt auch, wenn wir den Aufenthalt des Bezugsberechtigten nicht feststellen können.

§ 7 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen verlangt werden?

I. Bei Eintritt der Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit der versicherten Person

(1) Wenn Sie Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangen, müssen Sie uns den Eintritt der Berufsunfähigkeit in *»Textform* melden. Ebenso müssen Sie uns den Eintritt der Pflegebedürftigkeit in *»Textform* melden, wenn Sie Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aufgrund von Pflegebedürftigkeit verlangen. Bitte schicken Sie uns darüber hinaus diese Unterlagen:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit,
- ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person momentan behandeln oder behandelt oder untersucht haben. In diesen Berichten müssen Ursache, Beginn, Art, Verlauf und die voraussichtliche Dauer des Leidens beschrieben sein. Diese Berichte müssen auch den Grad der Berufsunfähigkeit oder Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit umfassen,
- Unterlagen über den Beruf der versicherten Person und ihre Stellung und Tätigkeit zum Zeitpunkt, an dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Die Unterlagen müssen auch die eingetretenen Veränderungen umfassen,
- bei Pflegebedürftigkeit schicken Sie uns zusätzlich eine Bescheinigung einer Pflegefachkraft über Art und Umfang der Pflege.

(2) Die Kosten für die einzureichenden Unterlagen zahlt derjenige, der die Leistungen beansprucht.

II. Bei der Beantragung von Leistungen wegen Krebs

Wenn Sie Leistungen wegen Krebs beanspruchen, müssen Sie uns unverzüglich - ohne schuldhaftes Zögern - die in § 3 Absatz 6 beschriebenen Nachweise einreichen. Die Kosten für die einzureichenden Unterlagen zahlt derjenige, der die Leistungen beansprucht.

III. Bei Eintritt einer schweren Krankheit der Kinder der versicherten Person

Wenn Sie die in § 1 Abschnitt II Absatz 6 beschriebenen Leistungen beanspruchen, so gilt zum Zweck der Nachprüfung: Sie müssen uns die ärztliche Diagnose über die schwere Erkrankung der Kinder der versicherten Person durch die erziehungsberechtigten Personen überlassen. Darüber hinaus ist es erforderlich, dass Sie uns eine Erklärung zur Schweigepflichtentbindung des entsprechenden Arztes einreichen.

IV. Weitere Nachweise

(1) Die ärztlichen Nachweise und Bescheinigungen muss ein in der EU niedergelassener Arzt erstellen. Dies gilt für die Nachweise und Bescheinigungen

- zum Eintritt oder zum Fortbestehen der Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit (siehe Abschnitt I),
- zum Eintritt einer schweren Erkrankung der Kinder der versicherten Person (siehe Abschnitt III) und
- zu Leistungen wegen Krebs. Die benötigten Nachweise für die Leistungen wegen Krebs beschreiben wir in § 3 Absatz 6.

Die Nachweise müssen in deutscher Sprache geschrieben sein oder Sie müssen den Nachweisen eine Übersetzung ins Deutsche beifügen. Diese Übersetzung muss ein vor Gericht zugelassener Übersetzer erstellt haben.

Wenn wir eine Anreise der versicherten Person aus dem Ausland für erforderlich halten, übernehmen wir die Anreise- und Aufenthaltskosten. Dasselbe gilt für das Kind der versicherten Person, wenn Sie Leistungen wegen des Eintritts einer schweren Erkrankung des Kindes verlangen. Diese Kosten müssen mit uns abgestimmt sein. Wir werden im Einzelfall prüfen, ob wir von den genannten Anforderungen abweichen und beispielsweise auf eine Anreise verzichten können. Wir werden insbesondere auf die Anreise verzichten, wenn die versicherte Person oder das Kind der versicherten Person nicht transportfähig ist.

(2) Wir können außerdem weitere Untersuchungen durch Ärzte verlangen, die wir beauftragen. Wir können auch weitere notwendige Nachweise anfordern, dazu gehören besonders auch zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Die Kosten dafür zahlen wir.

Wenn wir, wie beschrieben, eine Untersuchung der versicherten Person oder des Kindes der versicherten Person als erforderlich erachten, gilt: Wir können verlangen, dass die Untersuchungen in Deutschland oder bei einem Arzt in einer deutschen Botschaft durchgeführt werden. Dies gilt besonders, wenn sich die versicherte Person oder das Kind der versicherten Person im Ausland aufhält. Die Kosten für die Untersuchung und die erforderlichen Kosten für Reise und Übernachtung zahlen wir.

(3) Wenn wir, wie in Absatz 2 beschrieben, zur Prüfung unserer Leistungspflicht ein ärztliches Sachverständigengutachten der versicherten Person oder des Kindes der versicherten Person einholen, gilt außerdem:

Wir zahlen Ihnen für die Dauer der ärztlichen Begutachtung, das heißt,

- ab dem Monatsersten des auf die Beauftragung der Begutachtung folgenden Monats
- bis zum Ablauf des Monats in dem wir über unsere Leistungspflicht entschieden haben,

höchstens aber für einen Zeitraum von fünf Monaten ein Überbrückungsgeld. Die Höhe des monatlichen Überbrückungsgeldes entspricht der zum Zeitpunkt der Begutachtung versicherten monatlichen Berufsunfähigkeitsrente. Darüber hinaus stellen wir Ihren Vertrag beitragsfrei.

Diese Leistung erbringen wir jedoch nur, sofern folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Sie erhalten von uns nicht bereits Leistung wegen Krebs gemäß § 3.
- Die versicherte Person oder das Kind der versicherten Person verpflichtet sich im Rahmen der vertraglichen Obliegenheiten für die Begutachtung jederzeit zur Verfügung zu stehen und bei dieser mitzuwirken. Insbesondere vereinbart sie einen Termin mit dem Sachverständigen, nimmt diesen wahr und lässt sich in der gutachterlichen Situation durch die beauftragten Ärzte und ihre Hilfskräfte untersuchen.

Erkennen wir unsere Leistungspflicht infolge der Gutachtenerstellung an und erbringen fortan Leistungen aus dieser Versicherung, so rechnen wir das gezahlte Überbrückungsgeld auf diese Leistung an. Gleiches gilt, wenn wir während der Dauer der Begutachtung eine Leistungspflicht wegen Krebs gemäß § 3 anerkennen. Stellt sich dahingegen heraus, dass keine Leistungspflicht vorliegt,

stellen wir die Zahlung des Überbrückungsgeldes ein und Sie müssen fortan wieder Beiträge zahlen. Das bis dahin gezahlte Überbrückungsgeld werden wir jedoch nicht zurückfordern.

Bitte beachten Sie: Die Zahlung einer Überbrückungsgeldleistung stellt keine Anerkennung einer Leistungspflicht dar.

(4) Bei der Prüfung eines Antrags auf Leistungen benötigen wir regelmäßig Auskünfte anderer Personen oder Institutionen. Das können sein:

- Ärzte,
- Krankenhäuser, psychiatrische Kliniken und sonstige Krankenanstalten oder
- Alten- und Pflegeheime,

bei denen die versicherte Person oder das Kind der versicherten Person in Behandlung oder in Pflege war oder sein wird. Außerdem

- Pflegepersonen,
- andere Personenversicherer und gesetzliche Krankenkassen,
- Berufsgenossenschaften und
- Behörden.

Wir können verlangen, dass die versicherte Person diese Personen und Institutionen ermächtigt, uns Auskunft zu erteilen.

Die versicherte Person kann diese Ermächtigung auch bei Abschluss des Vertrags erteilen. In diesem Fall werden wir sie informieren, bevor wir eine solche Auskunft einholen. Die versicherte Person kann der Einholung der Auskunft widersprechen. Außerdem kann die versicherte Person jederzeit verlangen, dass wir für jede einzelne Auskunft ihre Einwilligung einholen. Durch das Einholen der einzelnen Einwilligungen kann ein besonderer Aufwand bei der Bearbeitung des Antrags auf Leistungen entstehen. In diesem Fall können wir von Ihnen verlangen, uns die damit verbundenen Kosten zu erstatten. Die versicherte Person kann uns die erforderlichen Informationen aber auch selbst beschaffen.

Wenn uns die versicherte Person

- die genannte Ermächtigung oder Einwilligung im Einzelfall nicht erteilt und
- die benötigten Auskünfte auch nicht selbst beschafft,

kann dies zu einer Verletzung der Mitwirkungspflichten bei der Bearbeitung des Antrags auf Leistungen führen.

(5) Grundsätzlich muss die versicherte Person ärztliche Anordnungen nicht befolgen, um Leistungen wegen Berufsunfähigkeit zu erhalten.

Die versicherte Person ist jedoch verpflichtet, zur Verringerung des Schadens beizutragen. Dies bedeutet: Sie muss sich allen zumutbaren ärztlichen und medizinischen Maßnahmen unterziehen, die die Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit verbessern oder wiederherstellen. Dies gilt für Maßnahmen, die die Berufsunfähigkeit mindern oder wegfallen lassen. Zumutbar sind Untersuchungen und Behandlungen,

- bei denen ein Arzt einen Schaden für Leben oder Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit ausschließen kann,
- mit denen keine besonderen Schmerzen verbunden sind und
- die keinen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten.

Immer zumutbar sind damit

- Maßnahmen der medizinischen Grundversorgung (zum Beispiel Blutkontrollen, Physiotherapie, Behandlung von Allergien) und
- die Verwendung allgemein gebräuchlicher medizinisch-technischer Hilfsmittel (zum Beispiel Prothesen, Seh- oder Hörhilfen, Stützstrümpfe) sowie
- logopädische Maßnahmen.

Nicht unter diese Pflicht fallen Operationen. Ebenfalls nicht darunter fallen spezielle Therapien wie Chemo- oder Strahlentherapie oder medikamentöse Behandlungen mit regelmäßig unangemessen hohen Nebenwirkungen. Wenn die versicherte Person derartige unzumutbare Maßnahmen ablehnt, beeinflusst dies unsere Leistungspflicht nicht.

§ 8
Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?

I. Mitwirkungspflicht zum Zeitpunkt des Eintretens der Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit oder Krebs

Wir sind nicht verpflichtet zu leisten, solange Sie, die versicherte Person oder derjenige, der die Leistungen beansprucht, eine Mitwirkungspflicht vorsätzlich nicht erfüllt. Dies gilt für die Mitwirkungspflichten nach § 7. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht dürfen wir unsere Leistungen kürzen. Die Kürzung muss in einem angemessenen Verhältnis zur Schwere des Verschuldens stehen. Wenn Sie uns aber nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben, werden wir unsere Leistungen nicht kürzen.

Es ist möglich, dass die Verletzung der Mitwirkungspflicht den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls nicht beeinflusst. Ebenso ist es möglich, dass die Verletzung der Mitwirkungspflicht die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht nicht beeinflusst. In beiden Fällen stehen Ihnen weiter die Leistungen aus Ihrem Vertrag zu.

II. Mitwirkungspflicht während der Leistungspflicht

Wir sind nicht verpflichtet zu leisten, solange Sie, die versicherte Person oder derjenige, der die Leistungen beansprucht, eine Mitwirkungspflicht vorsätzlich nicht erfüllt. Dies gilt für die Mitwirkungspflichten nach § 10. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht dürfen wir unsere Leistungen kürzen. Die Kürzung muss in einem angemessenen Verhältnis zur Schwere des Verschuldens stehen. Wenn Sie uns aber nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben, werden wir unsere Leistungen nicht kürzen. Es ist möglich, dass die Verletzung der Mitwirkungspflicht die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht nicht beeinflusst. Dann stehen Ihnen weiter die Leistungen aus Ihrem Vertrag zu. Wird die Mitwirkungspflicht später erfüllt, leisten wir ab Beginn des dann laufenden Monats. Dies gilt, wenn sonst alle Voraussetzungen für die Leistungen erfüllt sind.

Wir dürfen nur dann vollständig oder teilweise nicht leisten, wenn wir Sie über die Konsequenzen informiert haben.

Prüfung der Leistungspflicht und Mitwirkungspflichten bei Nachprüfung der Leistungspflicht

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

(1) Wir verpflichten uns, innerhalb von neun Arbeitstagen nachdem wir die Unterlagen bekommen haben,

- Sie über unsere Entscheidung zu unserer Leistungspflicht zu informieren oder
- weitere Unterlagen zum Prüfen von Ihnen anzufordern oder
- Ihnen mitzuteilen, dass wir weitere Schritte einleiten werden (zum Beispiel, wenn wir ein neutrales Gutachten einholen).

Solange wir noch keine Erklärung über unsere Leistungspflicht abgegeben haben, teilen wir Ihnen mindestens alle vier Wochen den aktuellen Stand mit.

(2) Für die Leistungen bei Berufsunfähigkeit gilt: Bis wir entschieden haben, ob wir Ihren Antrag auf Leistungen anerkennen, stunden wir Ihre Beiträge zinslos. Das bedeutet, Sie müssen zunächst keine Beiträge zahlen. Wenn wir die Leistungen nicht anerkennen, müssen Sie die gestundeten Beiträge nachzahlen. Falls Sie den Betrag nicht auf einmal bezahlen möchten, können wir auch vereinbaren, dass Sie ihn in Raten über maximal 24 Monate bezahlen. Sie können die Raten monatlich, vierteljährlich oder halbjährlich zahlen. Wenn auch dies für Sie schwierig ist, sprechen Sie uns bitte an. Unter Umständen gibt es weitere Möglichkeiten, Ihnen die Nachzahlung der gestundeten Beiträge zu erleichtern. Dazu gehört auch die Möglichkeit, dass wir die gestundeten Beiträge durch eine Änderung Ihres Vertrages verrechnen. In diesem Fall müssen Sie die Beiträge nicht nachzahlen. Dabei erhöhen wir nach Rücksprache mit Ihnen entweder Ihren künftig zu zahlenden Beitrag oder wir setzen die versicherten Leistungen herab. Die herabgesetzten Leistungen dürfen jedoch die beitragsfreien Mindestsummen nicht unterschreiten. Über die Auswirkungen der Vertragsänderung informieren wir Sie gerne.

(3) Wir erkennen Leistungen wegen Berufsunfähigkeit grundsätzlich zeitlich unbefristet an.

Wir erkennen befristete Leistungen wegen Berufsunfähigkeit nur in begründeten Einzelfällen an. Hierfür müssen einem endgültigen Anerkenntnis wichtige Gründe entgegenstehen. Dies ist dann nur einmalig für maximal zwölf Monate möglich. Ist eine Karenzzeit vereinbart, beginnt diese mit Beginn des Zeitraums von zwölf Monaten zu laufen.

Wir werden Ihnen die Gründe für ein befristetes Anerkenntnis in unserer Erklärung über die Leistungspflicht mitteilen. Gründe können zum Beispiel sein:

- Umstände, die für eine Beurteilung dafür maßgeblich sind, ob ein *»Leistungsfall* vorliegt, ändern sich voraussichtlich.
- Die versicherte Person absolviert eine Rehabilitations-, Umschulungs- oder Wiedereingliederungsmaßnahme oder eine solche Maßnahme ist geplant.

Wenn wir eine Leistung befristet anerkennen, zahlen wir sie für den anerkannten Zeitraum auf jeden Fall. Wir werden in diesem Zeitraum auch keine Nachprüfung durchführen. Wir werden jedoch bereits vor Ablauf der Befristung prüfen, ob ein über den Zeitraum der Befristung hinausgehender Leistungsanspruch besteht. Zur Durchführung dieser Prüfung werden wir von Ihnen aktuelle Auskünfte einholen und Unterlagen (siehe § 7) anfordern. Bitte reichen Sie diese angeforderten Unterlagen vor Ablauf der Frist ein. Wir entscheiden dann spätestens bis zum Ablauf der Befristung neu über unsere Leistungspflicht.

Stellt sich nach Ablauf der Frist heraus, dass keine Leistungspflicht vorliegt, werden wir die bis dahin gezahlten Leistungen nicht zurückfordern. Wir werden die Leistungen aus einem befristeten Anerkenntnis auch dann nicht zurückfordern, wenn keine Berufsunfähigkeit vorgelegen haben sollte.

§ 10
Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit?

(1) Auch nachdem wir unsere Leistungspflicht anerkannt oder festgestellt haben, gilt: Wir dürfen im weiteren Verlauf das Fortbestehen und den Grad der Berufsunfähigkeit oder die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person erneut prüfen. Wenn die versicherte Person eine neue berufliche Tätigkeit ausübt, fällt die Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit weg. Dies gilt nur, wenn die neue berufliche Tätigkeit der Ausbildung, den Fähigkeiten und der früheren Lebensstellung der versicherten Person entspricht (siehe § 2 Abschnitt I Absatz 1). Dabei berücksichtigen wir auch neu erworbene berufliche Fähigkeiten sowie neue Ausbildungen.

(2) Um unsere Leistungspflicht zu prüfen, können wir

- jederzeit sachdienliche Auskünfte und
- einmal jährlich ärztliche Untersuchungen der versicherten Person

verlangen. Die ärztlichen Untersuchungen werden durch Ärzte durchgeführt, die wir beauftragen. Die Kosten für die Auskünfte oder Untersuchungen zahlen wir. Beachten Sie dazu bitte auch § 7 Abschnitt IV Absatz 1.

(3) Sie müssen uns unverzüglich - das heißt ohne schuldhaftes Zögern - mitteilen, wenn

- die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit wieder aufnimmt oder ändert oder
- keine Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt.

(4) Wenn wir die Leistungen aus dem Schutz bei Berufsunfähigkeit beenden, informieren wir Sie in *»Textform*. Das gilt, wenn keine Berufsunfähigkeit von mindestens 50 % oder Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt. Ab diesem Zeitpunkt zahlen wir keine Rente mehr und Sie müssen wieder Beiträge zahlen. Wenn wir den Wegfall der Berufsunfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit im Rahmen einer Nachprüfung (siehe Absatz 1) festgestellt haben, gilt abweichend: Unsere Leistungen enden drei Monate, nachdem Sie unsere Mitteilung erhalten haben. Wenn es noch weitere Personen gibt, die Ansprüche auf Leistungen haben, informieren wir diese ebenfalls in *»Textform*.

Überschussbeteiligung

§ 11
Wie sind Sie an den Überschüssen beteiligt?

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer nach § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (*»VVG*) an den *»Überschüssen* und *»Bewertungsreserven* (*»Überschussbeteiligung*).

I. Überschussermittlung

(1) Die *»Überschüsse* stellen wir jährlich bei unserem Jahresabschluss fest. Wir berücksichtigen bei der Ermittlung die Vorschriften des Handelsgesetzbuches (*»HGB*) und des Versicherungsaufsichtsgesetzes (*»VAG*) sowie die dazu erlassenen Rechtsverordnungen. Ein unabhängiger Wirtschaftsprüfer prüft den Jahresabschluss.

(2) Ein Teil des ermittelten *»Überschusses* wird den Verträgen direkt gutgeschrieben. Ein weiterer Teil wird der Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) zugeführt. Diese Rückstellung dient dazu, Schwankungen der *»Überschüsse* im Zeitablauf auszugleichen. Diejenigen Beträge, die wir der RfB zugeführt haben, dürfen wir grundsätzlich nur für die *»Überschussbeteiligung* der Versicherungsnehmer verwenden. Nur in Ausnahmefällen dürfen wir hiervon abweichen. Diese Ausnahmen sind nach § 140 VAG:

- die Abwendung eines drohenden Notstandes,
- der Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind und
- die Erhöhung der *»Deckungsrückstellung,* wenn die *»Rechnungsgrundlagen* angepasst werden müssen. Die *»Rechnungsgrundlagen* dürfen wir nur dann anpassen, wenn die Änderung der Verhältnisse unvorhersehbar und nicht nur vorübergehend ist.

Wir dürfen die Ausnahmeregelung nur dann anwenden, wenn die Aufsichtsbehörde dem zugestimmt hat.

(3) Die Höhe der künftigen *»Überschussbeteiligung* hängt davon ab

- wie oft und in welcher Höhe wir Leistungen erbringen und
- wie sich die *»Kosten* entwickeln.

Wir können nicht voraussehen, wie sich die *»Überschussbeteiligung* entwickelt. Wir können daher auch nicht sagen, wie hoch die *»Überschüsse* künftig sein werden. Das bedeutet: Wir können die Höhe der *»Überschüsse* nicht garantieren.

(4) Verschiedene Arten von Versicherungen tragen unterschiedlich zum *»Überschuss* bei. Deshalb haben wir ähnliche Versicherungen in Bestandsgruppen zusammengefasst. Wir verteilen die *»Überschüsse* auf die einzelnen Bestandsgruppen nach dem Umfang, in dem sie zur Entstehung des *»Überschusses* beigetragen haben.

(5) Ihre Versicherung gehört zur Bestandsgruppe der Berufsunfähigkeitsversicherungen.

II. Zuteilung von Überschüssen

(1) Unser Vorstand legt auf Vorschlag des *»Verantwortlichen Aktuars* die *»Überschüsse* für die einzelnen Verträge für jedes Kalenderjahr fest. Wir veröffentlichen die Höhe der *»Überschüsse* im Geschäftsbericht (*»Überschussdeklaration*). Bitte beachten Sie: *»Überschüsse* können in einzelnen Jahren auch ganz entfallen.

(2) Wir entnehmen die Mittel, die jährlich ausgeschüttet werden, den *»Überschüssen* des Geschäftsjahres oder der RfB.

III. Überschussverwendung in der leistungsfreien Zeit

Für die *»Überschussverwendung* während der leistungsfreien Zeit nennen wir Ihnen im Versicherungsantrag und im *»Versicherungsschein* die für Sie zutreffende der folgenden Arten der *»Überschussverwendung*. Dies haben Sie mit uns zu Vertragsbeginn vereinbart:

- **Beitragsreduktion** (wenn vereinbart)
  Während der Beitragszahlung erhalten Sie in jedem Jahr einen *»Überschussanteil*. Diesen berechnen wir in Abhängigkeit eines jährlich deklarierten Prozentsatzes und Ihres Beitrags. Wie hoch dieser Prozentsatz ist, erfahren Sie in der **»Überschussdeklaration**. Den *»Überschussanteil* gewähren wir von Versicherungsbeginn an bis zum ersten *»Stammtag* nach Versicherungsbeginn und dann jeweils für ein Jahr. Er verringert Ihren zu zahlenden Beitrag.
  Diese *»Überschussanteile* gewähren wir Ihrem Vertrag unter dem Vorbehalt, dass der Versicherungsvertrag bis zum vereinbarten Vertragsende unverändert fortgeführt wird. Bei einer Änderung des Versicherungsvertrages werden diejenigen Teile der *»Überschussbeteiligung*, die zur Risikodeckung noch nicht benötigt wurden, neu festgelegt. Zu den Änderungen zählen dabei Kündigung, Beitragsfreistellung und Reduzierung des Beitrags. Bitte beachten Sie hierzu § 22 Absatz 3.

- **Sofortbonus** (wenn vereinbart)
  Sie erhalten einen Bonus in Prozent der versicherten Rente aus dieser Versicherung. Wie hoch dieser Prozentsatz ist, erfahren Sie in der *»Überschussdeklaration*. Wir gewähren den Bonus von Versicherungsbeginn an bis zum ersten *»Stammtag* nach Versicherungsbeginn und dann jeweils für ein Jahr. Er erhöht die versicherte Rente im Falle der Berufsunfähigkeit und bei Leistungen wegen Krebs.

Bei einer etwaigen Herabsetzung des Bonus haben Sie das Recht, ohne erneute *»Risikoprüfung* den bisherigen Versicherungsschutz durch eine entsprechende Aufstockung wiederherzustellen.

IV. Überschussverwendung in der leistungspflichtigen Zeit

(1) In der leistungspflichtigen Zeit zahlen wir eine jährlich steigende oder gleichbleibende *»Gewinnrente*. Dies ist der Fall, wenn wir Ihnen eine Rente wegen Berufsunfähigkeit oder Krebs zahlen. Wir berechnen den Zuwachs als Prozentsatz der Rente im vorigen Jahr (inklusive *»Gewinnrente* und etwaigem *»Sofortbonus*). Wie hoch dieser Prozentsatz ist, erfahren Sie in der *»Überschussdeklaration*. Wir zahlen die *»Gewinnrente* zusammen mit der versicherten Rente aus.

(2) Die *»Gewinnrente* zahlen wir erstmals an dem *»Stammtag*, an dem die Berufsunfähigkeit mindestens ein volles Jahr bestanden hat. Falls Sie eine Karenzzeit (siehe § 1 Abschnitt I Absatz 4) vereinbart haben, gilt außerdem:

- Bereits an *»Stammtagen* innerhalb der Karenzzeit erhöht sich Ihr Anspruch auf die *»Gewinnrente*. Erstmals berechnen wir die *»Gewinnrente* an dem *»Stammtag* innerhalb der Karenzzeit, an dem die Berufsunfähigkeit mindestens ein volles Jahr bestanden hat. Dasselbe gilt sinngemäß bei Leistungen wegen Krebs.
- Erst wenn die Karenzzeit abgelaufen ist, zahlen wir die *»Gewinnrente* aus.

(3) Eine Beteiligung an den *»Bewertungsreserven* (siehe Abschnitt V) erhalten Sie zusammen mit der *»Gewinnrente*.

V. Beteiligung an Bewertungsreserven

Grundlegendes zur Beteiligung an den *»Bewertungsreserven*

(1) Nach § 153 VVG beteiligen wir Sie an den *»Bewertungsreserven*. Dabei berücksichtigen wir die jeweils aktuellen Gesetze und Verordnungen.

(2) Teile der Kapitalanlage weisen wir in der Bilanz unseres Jahresabschlusses möglicherweise mit einem geringeren Wert als dem tatsächlichen Marktwert aus. Der Grund dafür sind gesetzliche Vorschriften. Die positive Differenz zwischen dem tatsächlichen Marktwert und dem Wert in der Bilanz bezeichnen wir als *»Bewertungsreserve*. *»Bewertungsreserven* verändern sich im Laufe der Zeit. Ihren Wert bestimmen wir jeweils zu Bewertungsstichtagen.

(3) Versicherungsunternehmen müssen gesetzliche Regeln zur Ausstattung mit Kapital berücksichtigen. Bei der Beteiligung an den *»Bewertungsreserven* berücksichtigen wir diese Regeln.

(4) Die Beteiligung erfolgt - wie in § 153 VVG gefordert - nach einem verursachungsorientierten Verfahren. Die Grundzüge dieses Verfahrens stellen wir im Rahmen der Erläuterungen zur jährlichen *»Überschussdeklaration* im Geschäftsbericht dar.

Wichtige Eckpunkte zur Beteiligung Ihres Vertrages an den *»Bewertungsreserven*

(5) In der leistungsfreien Zeit erfolgt für Ihren Vertrag keine Beteiligung an den *»Bewertungsreserven*. Die Beiträge Ihres Vertrages werden zur Finanzierung der *»Leistungsfälle* und für die Verwaltung der Verträge benötigt. Ein Ansparen einer Ablaufleistung und damit ein langfristiger Aufbau von Kapitalanlagen erfolgt nicht. Somit ergeben sich in einem verursachungsorientierten Verfahren keine ausschüttungspflichtigen *»Bewertungsreserven*.

(6) Wenn wir Ihnen im Versicherungsfall eine Rente zahlen, kann für diese Absicherung eine Beteiligung an den *»Bewertungsreserven* verursachungsorientiert sein. Ob dies der Fall ist, stellen wir jährlich im Rahmen der Festsetzung der *»Überschussbeteiligung* fest. In der *»Überschussdeklaration* im Geschäftsbericht beschreiben wir das Verfahren.

Kosten

§ 12
Abschluss- und Vertriebskosten

(1) Wenn Sie den Vertrag abschließen und wenn sich Ihre Beiträge während der Laufzeit erhöhen, entstehen *»Kosten.* Diese sogenannten Abschluss- und Vertriebskosten haben wir bereits pauschal bei der Kalkulation des Tarifs berücksichtigt. Wir stellen sie Ihnen deshalb nicht separat in Rechnung. § 43 Absatz 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen

(RechVersV) regelt, welche *»Kosten* dazu zählen.

Dazu gehören beispielsweise

- Provision für den Versicherungsvermittler,
- Kosten für die Prüfung des Antrags,
- Kosten für die Erstellung der Vertragsunterlagen,
- Kosten für Werbung.

(2) Die Abschlusskosten fallen einmalig zu Beginn des Vertrags an. Bei Erhöhungen der Beiträge während der Vertragslaufzeit fallen die zusätzlichen Abschlusskosten zum Zeitpunkt der Erhöhung an. Die Höhe der Abschlusskosten zu Beginn des Vertrags können Sie dem in den Angebotsunterlagen enthaltenen Informationsblatt entnehmen.

Wir wenden für Ihren Versicherungsvertrag das Zillmerverfahren an. Das ist ein Verfahren zur Verrechnung der einmalig anfallenden Abschluss- und Vertriebskosten nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung. Das Zillmerverfahren bedeutet, dass Sie mit Ihren ersten Beiträgen diese einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten zahlen. Außerdem verwenden wir Ihre Beiträge für:

- Leistungen im Versicherungsfall,
- laufende *»Kosten* für den Abschluss und die Verwaltung des Vertrags in der jeweiligen *»Versicherungsperiode* und
- die Bildung einer *»Deckungsrückstellung* aufgrund von § 25 Absatz 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen (RechVersV) in Verbindung mit § 169 Absatz 3 des Versicherungsvertragsgesetzes.

Der Betrag, den Sie für die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten mit Ihren ersten Beiträgen zahlen müssen, ist begrenzt: Nach der Deckungsrückstellungsverordnung zahlen Sie dafür maximal 2,5 % Ihrer gesamten Beiträge während der Laufzeit des Vertrags.

(3) Wenn sich Ihr Beitrag während der Vertragslaufzeit erhöht, fallen zu diesem Zeitpunkt für den zusätzlichen Teil des Beitrags ebenfalls Abschlusskosten an. Dies ist zum Beispiel bei dynamischen Erhöhungen oder Nachversicherungen der Fall. Für die zusätzlichen Abschlusskosten gelten dieselben Regelungen wie in Absatz 2 zu den einmaligen Abschlusskosten zu Vertragsbeginn.

(4) Das Zillmerverfahren hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der ersten Zeit Ihres Vertrags nur ein geringes *»Deckungskapital* vorhanden ist. Damit sind auch zunächst nur geringe Beträge zur Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente vorhanden. Daher können Sie finanzielle Nachteile haben, wenn Sie den Vertrag kündigen oder beitragsfrei stellen. Mehr dazu finden Sie in § 21 und § 22. Sprechen Sie vorher bitte mit uns.

§ 13 Gebühren

In bestimmten Fällen entsteht ein zusätzlicher Aufwand für die Verwaltung. Wenn Sie diesen Aufwand veranlasst haben, zahlen Sie eine pauschale *»Gebühr*. Beispielsweise wenn

- wir Ihnen eine Ersatzurkunde für den *»Versicherungsschein* ausstellen,
- Sie Beiträge nicht zahlen und wir Ihnen eine schriftliche Mahnung schicken,
- wir die Beiträge nicht von Ihrem Konto einziehen können, obwohl Sie am Lastschriftverfahren teilnehmen (Rückläufer im Lastschriftverfahren) oder
- Sie Änderungen am Vertrag vornehmen lassen. Änderungen sind zum Beispiel eine Stundung (siehe § 25) oder eine Reduzierung des Beitrags (siehe § 23).

Die Höhe der *»Gebühr* entspricht dem Aufwand, der in solchen Fällen durchschnittlich entsteht. Bei der Berechnung der einzelnen *»Gebühren* sind wir generell von den folgenden Annahmen ausgegangen: Zunächst haben wir den Kostensatz derjenigen Mitarbeiter zugrunde gelegt, die die jeweiligen Geschäftsvorfälle bearbeiten. Außerdem hängt die Höhe der *»Gebühr* von weiteren Sachkosten ab. Gemeint sind diejenigen Sachkosten, die bei der Bearbeitung der jeweiligen Geschäftsvorfälle üblicherweise bei uns anfallen. Wenn Sie die konkreten Annahmen für die Höhe einer *»Gebühr*, die wir Ihnen in Rechnung gestellt haben, wissen möchten, informieren wir Sie auf Nachfrage darüber.

Die Höhe der *»Gebühr* finden Sie im Gebührenkatalog. Den zu Vertragsbeginn gültigen Gebührenkatalog erhalten Sie mit Ihren Angebotsunterlagen. Wir dürfen die Höhe der *»Gebühren* entsprechend anpassen, wenn sich die durch den jeweiligen Geschäftsvorfall entstehenden durchschnittlichen Kosten um mindestens 10 % erhöhen. Vermindern sich die durchschnittlichen Kosten um mindestens 10 %, sind wir zu einer entsprechenden Absenkung der *»Gebühren* verpflichtet. Den jeweils aktuellen Gebührenkatalog senden wir Ihnen auf Anfrage gerne zu.

Wenn Sie uns nachweisen, dass

- unsere pauschalen Annahmen, die wir Ihnen auf Nachfrage zur Verfügung stellen, in Ihrem Fall nicht zutreffen oder
- die mit der *»Gebühr* abgegoltenen Kosten geringer sind,

kann die *»Gebühr* entsprechend entfallen oder sinken.

Änderungen des Vertrages oder der Beiträge

§ 14
Unter welchen Umständen können die vereinbarten Beiträge neu festgesetzt werden?

(1) § 163 Versicherungsvertragsgesetz enthält Regelungen zur Neufestsetzung des Beitrags. Wir dürfen danach den vereinbarten Beitrag neu festlegen, wenn alle der folgenden Punkte zutreffen:

- Der Leistungsbedarf hat sich gegenüber den *»Rechnungsgrundlagen* des vereinbarten Beitrags geändert. Die Veränderung ist weder vorübergehend noch war sie voraussehbar.
- Der nach den berichtigten *»Rechnungsgrundlagen* neu festgesetzte Beitrag ist angemessen. Er muss außerdem notwendig sein, um die dauernde Erfüllbarkeit der Leistungen aus der Versicherung zu gewährleisten.
- Ein unabhängiger Treuhänder hat die *»Rechnungsgrundlagen* und die genannten Voraussetzungen überprüft und bestätigt.

Eine Neufestsetzung des Beitrags ist ausgeschlossen, falls

- die Leistungen aus der Versicherung zum Zeitpunkt der Erst- oder Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und
- ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies hätte erkennen müssen, insbesondere anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Grundlagen für die Kalkulation.

Wenn Sie dies wünschen, werden wir nicht den Beitrag erhöhen, sondern stattdessen die Leistungen aus der Versicherung entsprechend reduzieren.

(2) Wenn die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen zutreffen und Ihre Versicherung beitragsfrei ist, dürfen wir die Leistungen aus der Versicherung reduzieren. Dies gilt nicht, wenn und solange wir Ihnen bereits eine Rentenleistung aus dieser Versicherung zahlen.

Sie haben das Recht, ohne erneute *»Risikoprüfung* den bisherigen Versicherungsschutz durch eine entsprechende Zuzahlung wiederherzustellen.

(3) Wir werden Sie in *»Textform* über den neu festgesetzten Beitrag oder die reduzierten Leistungen informieren. Die Änderungen werden zwei Monate nach unserer Mitteilung wirksam.

§ 15
Was gilt für die dynamische Erhöhung Ihrer Versicherung?

I. Dynamik Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung

(1) Wenn Sie eine dynamische Erhöhung Ihrer Versicherung vereinbart haben, erhöhen sich Ihre Beiträge und Leistungen ohne erneute *»Risikoprüfung*. Ausnahme: Die finanzielle Angemessenheit gemäß Absatz 11 dürfen wir prüfen.

Die Vereinbarungen zur dynamischen Erhöhung Ihres Vertrags finden Sie in Ihrem *»Versicherungsschein*. Über weitere Einzelheiten informieren wir Sie gerne.

(2) Bei dynamischer Erhöhung Ihres Beitrags erhöhen sich die Beiträge Ihrer Versicherung im vereinbarten Rhythmus jeweils um den vereinbarten Prozentsatz.

(3) Bei dynamischer Erhöhung Ihrer Berufsunfähigkeitsrente erhöht sich die versicherte Berufsunfähigkeitsrente Ihrer Versicherung im vereinbarten Rhythmus jeweils um den vereinbarten Prozentsatz.

(4) Die Erhöhungen des Beitrags und der Berufsunfähigkeitsrente führen wir jeweils zum *»Stammtag* durch. Die erste Erhöhung nach dem Beginn der Versicherung erfolgt dabei frühestens, nachdem ein volles Jahr vergangen ist.

(5) Wir teilen Ihnen mit, wie sich bei vereinbarter Erhöhung des Beitrags die zugehörige versicherte Berufsunfähigkeitsrente erhöht. Bei vereinbarter Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente teilen wir Ihnen mit, wie sich der zugehörige Beitrag erhöht.

(6) Für die Berechnung der Höhe der zusätzlichen Berufsunfähigkeitsrente oder des zusätzlichen Beitrags verwenden wir die zum Zeitpunkt der Erhöhung aktuellen *»Rechnungsgrundlagen*. Diese *»Rechnungsgrundlagen* legen wir jeweils zum Zeitpunkt der Erhöhung fest. Dabei berücksichtigen wir insbesondere:

- die Entwicklung der Lebenserwartung,
- die Rendite der Kapitalanlagen und
- die dann aktuellen Bestimmungen für die Kalkulation unserer Prämien. Diese Bestimmungen ergeben sich aus Gesetzen und Verordnungen, beispielsweise aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (*»VAG*).

Wir benachrichtigen Sie vor jeder Erhöhung.

(7) Sie können innerhalb von zwei Monaten nach dem Termin der Erhöhung auf die Erhöhung des Beitrags oder der Berufsunfähigkeitsrente verzichten. Auch wenn Sie mehrmals auf eine Erhöhung verzichten, erlischt ihr Recht auf dynamische Erhöhungen nicht.

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

(9) Wenn Sie Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Krebs aus Ihrer Versicherung erhalten, erfolgen keine weiteren Erhöhungen mehr. Wenn keine Leistungspflicht mehr besteht und wir die Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente einstellen, können Sie erneut einen Antrag auf dynamische Erhöhungen Ihres Vertrags stellen.

(10) Wir führen die letzte Erhöhung spätestens ein Jahr vor Ablauf der Dauer der Beitragszahlung durch. Haben Sie eine Karenzzeit für die Berufsunfähigkeitsrente vereinbart, so gilt abweichend: Wir führen die letzte Erhöhung spätestens drei Jahre vor Ablauf der Dauer der Beitragszahlung durch.

Haben wir mit Ihnen zu Vertragsbeginn einen früheren Termin für die letzte Erhöhung vereinbart, so finden Sie die Information hierzu in Ihrem *»Versicherungsschein*.

(11) Wir dürfen prüfen, ob die gesamten jährlichen Berufsunfähigkeitsrenten in einem angemessenen Verhältnis zum Einkommen der versicherten Person stehen. Sie dürfen inklusive eines eventuellen *»Sofortbonus* (siehe § 11 Abschnitt III) folgende Grenzwerte nicht übersteigen:

- Bis zu einem jährlichen Bruttoeinkommen von 85.000 EUR dürfen Sie maximal 70 % dieses Einkommens als Berufsunfähigkeitsrente absichern.
- Für Einkommensanteile, die diese Grenze von 85.000 EUR übersteigen, dürfen Sie darüber hinaus 50 % davon als Berufsunfähigkeitsrente absichern.

Wenn diese Grenzwerte durch eine dynamische Erhöhung oder eine Nachversicherung überschritten werden, setzen wir die dynamische Erhöhung aus.

(12) Haben wir eine Starter-BU (siehe § 20) mit Ihnen vereinbart, sind Dynamik-Erhöhungen nur in der Folgephase möglich.

II. Vereinbarung einer garantierten Rentensteigerung im Leistungsbezug (Leistungsdynamik für die Berufsunfähigkeitsrente)

Bei Abschluss des Vertrags können Sie eine garantierte Steigerung der Berufsunfähigkeitsrente im Leistungsbezug vereinbaren. Das bedeutet:

Wenn Sie eine Rentenleistung wegen Berufsunfähigkeit oder Krebs erhalten, gilt:

- Wir erhöhen jährlich die Berufsunfähigkeitsrente, die wir Ihnen zahlen.
- Die Erhöhungen finden zu jedem *»Stammtag* statt, der auf den Beginn unserer Leistungspflicht folgt.
- Wir erhöhen die Berufsunfähigkeitsrente um den vereinbarten Prozentsatz. Diesen finden Sie in Ihrem *»Versicherungsschein*. Dabei erhöhen wir jeweils die bisherige, vor dem jeweiligen *»Stammtag* gezahlte Berufsunfähigkeitsrente.
- Die Beiträge für eine Berufsunfähigkeitsversicherung mit garantierter Steigerung der Rente im Leistungsbezug sind höher als diejenigen für eine solche ohne Steigerung.
- Wenn unsere Leistungspflicht wegfällt, endet die Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente (siehe § 1 Abschnitt I Absatz 5). Wenn später erneut ein Versicherungsfall eintritt, zahlen wir wieder die Berufsunfähigkeitsrente in der ursprünglich vereinbarten Höhe. Diese steigt dann in den folgenden Jahren wieder durch die garantierte Steigerung der Berufsunfähigkeitsrente im Leistungsbezug.
  Sie haben aber die Möglichkeit, die versicherte Berufsunfähigkeitsrente gegen einen erhöhten Bei-

trag auf den Stand vor Wegfall der Leistungspflicht anzuheben. Für die Berechnung des erhöhten Beitrags wenden wir anerkannte Regeln der Versicherungsmathematik an.

Wir werden Sie informieren, wenn die garantierten Steigerungen beginnen und wenn wir die jährlichen Erhöhungen durchführen. Sie können den garantierten Erhöhungen der Berufsunfähigkeitsrente nicht widersprechen.

Bitte beachten Sie: Die garantierte Steigerung im Leistungsbezug gilt nicht für die lebenslange Altersrente nach § 1 Abschnitt II Absatz 2, das heißt für Rentenleistungen nach Ablauf der vereinbarten *»Leistungsdauer*.

§ 16 Wann können Sie Ihre Berufsunfähigkeitsrente erhöhen?

I. Anlassunabhängige Erhöhung

(1) Sie können einmalig innerhalb der ersten fünf Versicherungsjahre Ihre versicherte Berufsunfähigkeitsrente erhöhen, ohne dass ein bestimmtes Ereignis vorliegt. Dabei führen wir keine *»Risikoprüfung* durch. Ausnahme: Die finanzielle Angemessenheit gemäß Abschnitt V Absatz 3 dürfen wir prüfen.

Nach einer Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente schließen wir aber eine rückwirkende Leistung (siehe § 1 Abschnitt I Absatz 3) für die Erhöhung aus. Das heißt: Falls Sie eine Erhöhung vorgenommen haben und anschließend Rentenleistungen wegen eines Versicherungsfalls für einen Zeitraum vor der Erhöhung erhalten, nehmen wir die Erhöhung wieder zurück. Wir zahlen Ihnen dann nur die versicherte Leistung, wie sie vor der Erhöhung bestand. Den auf die Erhöhung entfallenden Teil des Beitrags zahlen wir Ihnen zurück.

Diese Erhöhungsoption steht Ihnen nur zur Verfügung, wenn Sie Ihren Vertrag auf Grundlage einer umfassenden *»Gesundheitsprüfung* abgeschlossen haben. Sie ist ausgeschlossen, wenn Sie vereinfachte Voraussetzungen für den Zugang genossen haben. Dies ist zum Beispiel bei

- verkürzter *»Gesundheitsprüfung*,
- einer Gesundheitserklärung,
- einer Dienstobliegenheitserklärung,
- einer erweiterten Dienstobliegenheitserklärung oder
- einer Wartezeit

der Fall.

(2) Für die anlassunabhängige Erhöhung gelten diese Grenzen:

- Bei der Erhöhung muss sich die versicherte Berufsunfähigkeitsrente inklusive eines eventuellen *»Sofortbonus* um mindestens 300 EUR und um maximal 12.000 EUR pro Jahr erhöhen.
- Die gesamten bei uns versicherten Berufsunfähigkeitsrenten inklusive eines eventuellen *»Sofortbonus* dürfen nach der Erhöhung maximal 36.000 EUR pro Jahr betragen.

II. Anlassabhängige Erhöhung

(1) Bei verschiedenen Anlässen können Sie Ihre versicherte Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute *»Risikoprüfung* erhöhen, sofern diese nach Versicherungsbeginn eingetreten sind. Ausnahme: Die finanzielle Angemessenheit gemäß Abschnitt V Absatz 3 dürfen wir prüfen. Diese Anlässe sind:

a. Die versicherte Person heiratet oder begründet eine Eingetragene Lebenspartnerschaft nach LPartG.
b. Die Ehe oder Eingetragene Lebenspartnerschaft der versicherten Person wird geschieden oder aufgelöst.
c. Der Ehe- oder eingetragene Lebenspartner der versicherten Person verstirbt.
d. Ein Kind der versicherten Person wird geboren oder die versicherte Person adoptiert ein unterhaltsberechtigtes Kind.
e. Die versicherte Person nimmt ihre Berufstätigkeit innerhalb von 36 Monaten nach der Geburt eines leiblichen Kindes wieder auf. Oder die versicherte Person nimmt nach einer Elternzeit aufgrund der Adoption eines Kindes ihre Berufstätigkeit innerhalb von 36 Monaten nach der Adoption wieder auf.
f. Die versicherte Person erreicht die Volljährigkeit.
g. Die versicherte Person nimmt erstmalig eine staatlich anerkannte berufliche oder akademische Ausbildung auf. Die erhöhte Berufsunfähigkeitsrente darf jedoch die jeweilige Obergrenze für den entsprechenden Studiengang oder die Ausbildung nicht überschreiten.
h. Die versicherte Person nimmt eine selbstständige berufliche Tätigkeit zum Haupterwerb auf.

Eine Erhöhung aus diesem Anlass ist nur einmalig während der Vertragslaufzeit möglich.

i. Die versicherte Person erreicht einen akademischen Abschluss. Eine Erhöhung aus diesem Anlass ist nur einmalig während der Vertragslaufzeit möglich.
j. Die versicherte Person legt die Meisterprüfung ab oder schließt eine berufliche Qualifikation ab, die mit einer Gehaltserhöhung verbunden ist.
k. Die versicherte Person nimmt ein Darlehen zur Finanzierung einer selbst genutzten Immobilie im Wert von mindestens 50.000 EUR auf.
l. Das regelmäßige jährliche Bruttoeinkommen der versicherten Person erhöht sich um mindestens 10 % innerhalb eines Jahres.
m. Die versicherte Person ist selbstständig und es gilt: Ihr durchschnittlicher Gewinn vor Steuern der letzten drei Jahre steigt um mindestens 30 % im Vergleich zum durchschnittlichen Gewinn vor Steuern der drei davor liegenden Jahre.
n. Die versicherte Person nimmt ein Darlehen im gewerblichen Bereich in Höhe von mindestens 50.000 EUR auf.
o. Bei Wegfall des versicherungspflichtigen Status in der gesetzlichen Krankenversicherung, wodurch die versicherte Person in eine private Krankenversicherung wechseln kann. Eine Erhöhung aus diesem Anlass ist nur einmalig während der Vertragslaufzeit möglich.
p. Das regelmäßige jährliche Bruttoeinkommen der versicherten Person übersteigt erstmalig die maßgebliche Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung.
q. Die Invaliditätsversorgung der versicherten Person aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder eine arbeitgeberfinanzierte Invaliditätsversorgung der versicherten Person wird reduziert oder fällt weg.
r. Der nationale Verbraucherpreisindex für Deutschland eines Kalenderjahres nach den Angaben des Statistischen Bundesamts hat sich um mehr als 6 % im Vergleich zum Vorjahr erhöht. Eine Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente aus diesem Anlass ist nur einmalig während der Vertragslaufzeit möglich.

Ihr Recht auf anlassabhängige Erhöhung können Sie nur unter dieser Bedingung ausüben: Sie müssen uns Ihren Wunsch auf anlassabhängige Erhöhung innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt eines der genannten Anlässe anzeigen und entsprechende Nachweise vorlegen.

(2) Für die anlassabhängige Erhöhung gelten folgende Grenzen:

- Bei der Erhöhung muss sich die versicherte Berufsunfähigkeitsrente inklusive eines eventuellen *»Sofortbonus* um mindestens 300 EUR und um maximal 12.000 EUR pro Jahr erhöhen.
- Die gesamten bei uns versicherten Berufsunfähigkeitsrenten inklusive eines eventuellen *»Sofortbonus* dürfen nach der Erhöhung maximal 36.000 EUR pro Jahr betragen. Sollten Sie eine über diese Grenze hinausgehende Erhöhung wünschen, führen wir auf Ihren Antrag hin eine erneute vollständige *»Gesundheitsprüfung* durch. In diesem Fall dürfen Ihre bei uns versicherten Berufsunfähigkeitsrenten inklusive eines eventuellen *»Sofortbonus* nach der Erhöhung maximal 48.000 EUR pro Jahr betragen.

(3) Die anlassabhängigen Erhöhungen sind möglich solange die versicherte Person das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, mindestens aber bis zehn Jahre nach Vertragsbeginn.

III. Erhöhung bei Berufsstart

Bei erstmaliger Aufnahme einer zeitlich unbefristeten oder auf mindestens zwei Jahre befristeten beruflichen Tätigkeit nach erfolgreichem Abschluss der Berufsausbildung gilt: Studierende und Auszubildende können ohne erneute *»Risikoprüfung*

- ihre versicherten Leistungen erhöhen sowie
- eine dynamische Erhöhung ihrer Versicherung gemäß § 15 Abschnitt I mit uns vereinbaren.

Ausnahme: Die finanzielle Angemessenheit gemäß Abschnitt V Absatz 3 dürfen wir prüfen. Die Erhöhung Ihrer versicherten Leistungen bzw. die Vereinbarung einer dynamischen Erhöhung Ihrer Versicherung ist nur innerhalb der ersten fünf Jahre nach Abschluss des Vertrags möglich.

Infolge der Erhöhung Ihrer Leistungen darf sich die versicherte Berufsunfähigkeitsrente pro Jahr inklusive eines eventuellen *»Sofortbonus*

- verdoppeln,
- sich aber maximal um 18.000 EUR erhöhen.

Die gesamten bei uns versicherten Berufsunfähigkeitsrenten inklusive eines eventuellen *»Sofortbonus* dürfen nach der Erhöhung maximal 36.000 EUR pro Jahr betragen.

Für den Einschluss einer dynamischen Erhöhung gelten die Regelungen gemäß § 15 Abschnitt I. Darüber hinaus darf die jährliche dynamische Erhöhung maximal 5 % Ihrer Berufsunfähigkeitsrente oder Ihres Beitrags betragen.

Ihr Recht, Ihre versicherten Leistungen bei Berufsstart zu erhöhen oder eine dynamische Erhöhung Ihrer Versicherung zu vereinbaren, können Sie nur unter dieser Bedingung ausüben: Sie müssen uns Ihren Wunsch auf Erhöhung innerhalb von zwölf Monaten nach Aufnahme der beruflichen Tätigkeit anzeigen und einen Nachweis vorlegen.

IV. Karrieregarantie

(1) Zusätzlich zu den Nachversicherungsmöglichkeiten in den Abschnitten I-III können Sie Ihre versicherte Berufsunfähigkeitsrente erhöhen, wenn die versicherte Person

- als Arbeitnehmer in einem unbefristeten oder auf mindestens zwei Jahre befristeten Arbeitsverhältnis beschäftigt ist oder
- seit mindestens sechs Jahren eine berufliche Tätigkeit in Selbstständigkeit ausübt

und die weiteren Voraussetzungen gemäß Absatz 2 bzw. 3 erfüllt sind. Wir führen in diesem Fall keine *»Risikoprüfung* durch. Ausnahme: Die finanzielle Angemessenheit gemäß Abschnitt V Absatz 3 dürfen wir prüfen.

(2) Ist die versicherte Person als Arbeitnehmer in einem unbefristeten oder auf mindestens zwei Jahre befristeten Arbeitsverhältnis beschäftigt, so können Sie Ihr Recht auf diese Nachversicherung ausüben, sofern die folgenden Voraussetzungen sämtlich erfüllt sind:

- Die versicherte Berufsunfähigkeitsrente dieses Vertrages inklusive eines eventuellen *»Sofortbonus* beträgt mindestens 36.000 EUR pro Jahr.
- Dieser Vertrag besteht seit mindestens fünf Jahren und die versicherte Person hat das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet.
- Das regelmäßige Bruttomonatsgehalt der versicherten Person erhöht sich vertraglich um mindestens 5 % im Vergleich zum Vormonat.

Sie können die versicherte Berufsunfähigkeitsrente dann maximal im selben Verhältnis erhöhen, in dem sich das Bruttomonatsgehalt der versicherten Person erhöht hat. Die gesamten bei uns versicherten Berufsunfähigkeitsrenten inklusive eines eventuellen *»Sofortbonus* dürfen nach der Erhöhung jedoch maximal 72.000 EUR pro Jahr betragen.

(3) Übt die versicherte Person seit mindestens sechs Jahren eine berufliche Tätigkeit in Selbstständigkeit aus, so können Sie Ihr Recht auf diese Nachversicherung ausüben, sofern die folgenden Voraussetzungen sämtlich erfüllt sind:

- Die versicherte Berufsunfähigkeitsrente dieses Vertrages inklusive eines eventuellen *»Sofortbonus* beträgt mindestens 36.000 EUR pro Jahr.
- Dieser Vertrag besteht seit mindestens fünf Jahren und die versicherte Person hat das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet.
- Der durch die versicherte Person erzielte durchschnittliche Gewinn vor Steuern der letzten drei Jahre hat sich

  - bei erstmaliger Ausübung dieser Option gegenüber dem durchschnittlichen Gewinn vor Steuern der davor liegenden drei Jahre,
  - bei wiederholter Ausübung dieser Option jedoch gegenüber dem zuletzt für die Optionsausübung geltend gemachten durchschnittliche Gewinn vor Steuern

  um mindestens 10 % erhöht.

Sie können die versicherte Berufsunfähigkeitsrente maximal im selben Verhältnis erhöhen, in dem sich der durchschnittliche Gewinn vor Steuern der versicherten Person erhöht hat, höchstens aber um 20 %. Die gesamten bei uns versicherten Berufsunfähigkeitsrenten inklusive eines eventuellen *»Sofortbonus* dürfen nach der Erhöhung jedoch maximal 72.000 EUR pro Jahr betragen.

(4) Ihr Recht auf diese Nachversicherung können Sie nur unter dieser Bedingung ausüben: Sie müssen uns Ihren Wunsch auf Erhöhung im Sinne der Karrieregarantie innerhalb von zwölf Monaten nach der Gehaltserhöhung oder der Erhöhung des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern anzeigen und entsprechende Nachweise vorlegen. Bitte beachten Sie zudem die zusätzlichen allgemeinen Regelungen nach Abschnitt V.

Sofern die jeweiligen Voraussetzungen sämtlich erfüllt sind, können Sie diese Nachversicherungsmöglichkeit auch mehrfach nutzen, wenn das Bruttomonatsgehalt bzw. der durchschnittliche Gewinn vor Steuern erneut steigt.

V. Zusätzliche Regelungen für alle Erhöhungen

(1) Für die Erhöhungen aus den Abschnitten I-IV gelten die folgenden Voraussetzungen, die sämtlich erfüllt sein müssen:

- Wir haben Ihnen noch keine Versicherungsleistungen aus Ihrem Vertrag gezahlt und Sie haben auch nie Leistungen aus Ihrem Vertrag beantragt.
- Bei der versicherten Person liegt keine Berufsunfähigkeit vor.
- Bei der versicherten Person liegt keine Pflegebedürftigkeit vor.
- Bei der versicherten Person liegt kein Krebs im Sinne von § 3 Absatz 2 vor.
- Es handelt sich nicht um eine Versicherung im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung.

(2) Unter folgenden Umständen gilt die Erhöhung rückwirkend zum *»Wirksamkeitstermin* der Erhöhung als nicht vereinbart: Die Erhöhung erfolgt

- nach Eintritt der Berufsunfähigkeit,
- nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit oder
- nach Eintritt von Krebs im Sinne von § 3 Absatz 2.

In diesem Fall erstatten wir Ihnen den Teil der Beiträge, der auf die Erhöhung entfällt.

Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang auch die Wartezeitregelungen für Leistungen wegen Krebs (siehe § 3 Absatz 1).

(3) Wir dürfen prüfen, ob die gesamten jährlichen Berufsunfähigkeitsrenten in einem angemessenen Verhältnis zum Einkommen der versicherten Person stehen. Sie dürfen inklusive eines eventuellen *»Sofortbonus* (siehe § 11 Abschnitt III) folgende Grenzwerte nicht übersteigen:

- Bis zu einem jährlichen Bruttoeinkommen von 85.000 EUR dürfen Sie maximal 70 % dieses Einkommens als Berufsunfähigkeitsrente absichern.
- Für Einkommensanteile, die diese Grenze von 85.000 EUR übersteigen, dürfen Sie darüber hinaus 50 % davon als Berufsunfähigkeitsrente absichern.

Wenn diese Grenzwerte durch eine Nachversicherung überschritten werden, erhalten Sie ein verändertes Angebot, bei dem diese Grenzen beachtet werden.

(4) Die Erhöhungen der Leistung erhöhen Ihren Beitrag. Für die Berechnung der Höhe des zusätzlichen Beitrags verwenden wir die zum Zeitpunkt der Erhöhung aktuellen *»Rechnungsgrundlagen*. Diese *»Rechnungsgrundlagen* legen wir dann jeweils zum Zeitpunkt der Erhöhung fest. Dabei berücksichtigen wir insbesondere:

- die Entwicklung der Lebenserwartung,
- die Rendite der Kapitalanlagen und
- die dann aktuellen Bestimmungen für die Kalkulation unserer Prämien. Diese Bestimmungen ergeben sich aus Gesetzen und Verordnungen, beispielsweise aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (*»VAG*).

(5) Wenn Sie eine Erhöhung vornehmen möchten, informieren Sie uns bitte in *»Textform*.

§ 17
Wann können Sie Ihre Vertragsdauer verlängern?

(1) Bei Anhebung des gesetzlichen Renteneintrittsalters können Sie die Laufzeit Ihres Vertrags ohne erneute *»Risikoprüfung* verlängern. Bestehende Zuschläge und Ausschlüsse bleiben bestehen.

Sie müssen uns den Wunsch auf Verlängerung innerhalb von zwölf Monaten nach Inkrafttreten der gesetzlichen Änderung in *»Textform* mitteilen.

(2) Für die Option auf Verlängerung der Laufzeit Ihres Vertrags gelten diese Voraussetzungen:

- Wir haben Ihnen noch keine Versicherungsleistungen aus Ihrem Vertrag gezahlt und Sie haben auch nie Leistungen aus Ihrem Vertrag beantragt.
- Bei der versicherten Person liegt keine Berufsunfähigkeit vor.
- Bei der versicherten Person liegt keine Pflegebedürftigkeit vor.
- Bei der versicherten Person liegt kein Krebs im Sinne von § 3 Absatz 2 vor.

- Ihr Vertrag wurde nicht vorzeitig beitragsfrei gestellt.

Die Verlängerung der Laufzeit ist zudem nur bis fünf Jahre vor dem vereinbarten Ablauf der aktuellen *»Versicherungsdauer* möglich.

(3) Für die Verlängerung der verschiedenen Laufzeiten Ihres Vertrags gilt:

- Sie können den Vertrag maximal um die auf die versicherte Person zutreffende tatsächliche Differenz des gesetzlichen Renteneintrittsalters vor und nach der Anhebung verlängern.
- *»Versicherungs-* und *»Leistungsdauer* werden um dieselbe Anzahl Monate verlängert.
- Haben Sie eine durchgehende Dauer der Beitragszahlung mit uns vereinbart, verlängert sich diese um dieselbe Anzahl Monate wie die *»Versicherungsdauer*.
- Haben Sie eine abgekürzte Dauer der Beitragszahlung mit uns vereinbart und diese Dauer ist noch nicht abgelaufen, so gilt: Sie haben die Wahl, ob die Dauer der Beitragszahlung ebenfalls verlängert werden soll. Falls ja, verlängert sich diese um dieselbe Anzahl Monate wie die *»Versicherungsdauer*.
- Ist Ihre Versicherung bereits planmäßig beitragsfrei, so wird sie weiterhin beitragsfrei fortgesetzt.
- Fällt das Ende der Dauer der Beitragszahlung oder die *»Leistungsdauer* nicht auf einen Zahlungstermin, dann gilt: Die letzte Beitrags- oder Rentenzahlung erfolgt nur entsprechend anteilig für die Dauer der letzten Zahlungsperiode.

(4) Sie haben die Wahl, ob bei der Verlängerung entweder der aktuelle Beitrag oder die aktuelle Höhe der Leistungen beibehalten werden soll. Für die Berechnung der neuen Leistungen oder des neuen Beitrags wenden wir anerkannte Regeln der Versicherungsmathematik an. Wir verwenden die zum Zeitpunkt der Verlängerung bereits für den Vertrag geltenden *»Rechnungsgrundlagen*.

Wenn Ihr Vertrag bereits planmäßig beitragsfrei ist, gilt abweichend: Sie können auch einen einmaligen Betrag zahlen, um die bisherigen Leistungen beizubehalten, wie sie vor der Verlängerung bestanden. Andernfalls reduzieren wir wie beschrieben die Leistungen. Für die Berechnung des einmaligen Betrags verwenden wir ebenfalls die zum Zeitpunkt der Verlängerung für den Vertrag geltenden *»Rechnungsgrundlagen*.

§ 18 Was gilt für Schüler bei Berufseinstieg oder bei Beginn der Ausbildung oder des Studiums?

Auch Personen, die zu Vertragsbeginn Schüler sind, können gegen Berufsunfähigkeit versichert werden. In diesem Fall können Sie die berufliche Tätigkeit einmalig umstufen lassen, wenn die versicherte Person erstmalig einen Beruf, eine Ausbildung oder ein Studium aufnimmt. Dies ist nur innerhalb der ersten fünf Jahre nach Beginn der Versicherung und innerhalb von zwölf Monaten nach der Aufnahme des Berufs, der Ausbildung oder des Studiums möglich. Die berufliche Tätigkeit ist dann der Beruf oder der sich aus der Ausbildung oder dem Studium ergebende Beruf. Zeitgleich können Sie auch die *»Versicherungsdauer* verlängern, sofern dies in der neuen beruflichen Tätigkeit zulässig gemäß unseren Annahmerichtlinien ist. Sie müssen uns Ihren Wunsch auf Umstellung in *»Textform* mitteilen.

Die obigen Regelungen gelten gleichermaßen, wenn die versicherte Person die Schulform wechselt und sich somit eine günstigere Einstufung ergeben sollte. Eine solche Umstufung ist ebenfalls einmalig möglich, zusätzlich zur oben beschriebenen einmaligen Umstufung.

Die Umstufung des Berufs hat eine Vertragsanpassung und Neuberechnung des Beitrags für die Berufsunfähigkeitsversicherung zur Folge. Das Gleiche gilt für eine Verlängerung der *»Versicherungsdauer*.

Wenn sich die *»Leistungsdauer* bei der Umstufung nicht ändert, benötigen wir keine erneute *»Risikoprüfung*. Verlängert sich die *»Leistungsdauer,* so stufen wir den Beruf neu ein und verlangen eine erneute *»Gesundheitsprüfung*.

In jedem Fall bleiben bereits vereinbarte Leistungsausschlüsse und Zuschläge sowie die Höhe der Berufsunfähigkeitsrente bei der Umstufung unverändert bestehen.

Darüber hinaus haben Sie zu diesem Zeitpunkt die Möglichkeit, eine dynamische Erhöhung Ihrer Versicherung gemäß § 15 Abschnitt I nachträglich mit uns zu vereinbaren. Für den Einschluss einer dynamischen Erhöhung gelten die Regelungen gemäß § 15 Abschnitt I. Außerdem darf die jährliche dynamische Erhöhung maximal 5 % Ihrer Berufsunfähigkeitsrente oder Ihres Beitrags betragen.

Das Gleiche gilt, wenn die versicherte Person als Bundesfreiwilligendienstleistender, Helfer im freiwilligen sozialen Jahr oder Helfer im freiwilligen ökologischen Jahr versichert wurde.

§ 19
Wann können Sie die berufliche Tätigkeit umstufen lassen?

Wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach Beginn des Vertrags ändert, müssen Sie uns das nicht mitteilen. Sie können in diesem Fall aber prüfen lassen, ob wir den neuen Beruf günstiger einstufen.

Für die Umstufung der beruflichen Tätigkeit gelten diese Voraussetzungen:

- Sie teilen uns den neuen Beruf der versicherten Person in *»Textform* mit,
- die versicherte Person übt den Beruf seit mindestens einem Jahr aus, und
- die versicherte Person hat das 51. Lebensjahr noch nicht vollendet.

Sofern seit Vertragsbeginn mehr als fünf Jahre vergangen sind, prüfen wir dann die Gesundheit und Sonderrisiken der versicherten Person. Davon hängt es ab, ob und mit welchen möglicherweise weiteren Anpassungen wir Ihren Beitrag nach Abschluss der Prüfung künftig senken können. Wenn wir den neuen Beruf günstiger einstufen, berechnen wir Ihren Beitrag mit den bisherigen *»Rechnungsgrundlagen*. Dabei berücksichtigen wir auch die neue *»Risikoprüfung*. Wenn wir die neue berufliche Tätigkeit nicht günstiger einstufen, bleibt Ihr Vertrag unverändert. Wir können die versicherte Person nicht ungünstiger einstufen.

Bei erstmaliger Aufnahme einer zeitlich unbefristeten oder auf mindestens zwei Jahre befristeten beruflichen Tätigkeit nach erfolgreichem Abschluss der Berufsausbildung gilt abweichend: Bei Studierenden und Auszubildenden ist für die Umstufung keine *»Risikoprüfung* erforderlich. Voraussetzung ist, dass Sie uns Ihren Wunsch auf Prüfung zur Umstufung innerhalb von zwölf Monaten nach Aufnahme der beruflichen Tätigkeit mitteilen und einen entsprechenden Nachweis vorlegen. Zudem entfällt in diesem Fall die Voraussetzung, dass die versicherte Person den Beruf bereits seit mindestens einem Jahr ausüben muss.

Bereits vereinbarte Leistungsausschlüsse und Zuschläge sowie die Höhe der Berufsunfähigkeitsrente bleiben bei der Umstufung unverändert bestehen. Ebenso bleiben die *»Versicherungsdauer* und die *»Leistungsdauer* unverändert.

Sofern wir die Tätigkeit der versicherten Person bei Vertragsbeginn im Rahmen eines Kollektivvertrags in eine kollektive Berufsgruppe eingestuft haben, gilt: Eine neue Einstufung der beruflichen Tätigkeit ist nur innerhalb der kollektiven Berufsgruppen nach den Regelungen des Kollektivvertrags möglich.

Bitte beachten Sie: Für Schüler, Bundesfreiwilligendienstleistende, Helfer im freiwilligen sozialen Jahr und Helfer im freiwilligen ökologischen Jahr gibt es erweiterte Möglichkeiten zum Umstufen der beruflichen Tätigkeit. Näheres dazu finden Sie in § 18.

§ 20
Was gilt bei Einschluss einer Starter-BU?

(1) Sie können bei Abschluss des Versicherungsvertrags eine Starter-BU mit uns vereinbaren. Haben wir eine Starter-BU mit Ihnen vereinbart, unterteilen wir zu Vertragsbeginn den vertraglichen Zeitraum der Beitragszahlung in eine Startphase und eine Folgephase.

Während der Startphase zahlen Sie für die im *»Versicherungsschein* genannten Leistungen einen reduzierten Beitrag. Nach Ablauf der Startphase heben wir den Folgebeitrag zum Ausgleich entsprechend an. Die genauen Beiträge für die Start- und die Folgephase finden Sie in Ihrem *»Versicherungsschein*.

(2) Innerhalb der Startphase dürfen Sie zu jedem Beitragszahlungsabschnitt die Startphase vorzeitig beenden. In diesem Fall tritt Ihre Berufsunfähigkeitsversicherung in die Folgephase ein. Dies ist aber nur möglich, wenn zu diesem Zeitpunkt keine Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen vorliegt. Ebenfalls dürfen zu diesem Zeitpunkt keine Leistungen wegen Krebs erfolgen (siehe § 3).

Je früher Sie den Wechsel in die Folgephase vollziehen, desto geringer wird der Beitrag in der Folgephase. Für die Berechnung des neuen Beitrags für die Folgephase wenden wir anerkannte Regeln der Versicherungsmathematik an.

(3) Wenn Sie während der Startphase von Ihrem in Absatz 2 beschriebenen vorzeitigen Umwandlungsrecht keinen Gebrauch machen, so beginnt zum vertraglich vereinbarten Zeitpunkt automatisch die Folgephase. Ab diesem Termin müssen Sie den höheren Beitrag der Folgephase zahlen.

Sie dürfen dieser Erhöhung widersprechen. Dann setzen wir den Vertrag fort und behalten den erreichten Zahlbeitrag bei, reduzieren aber die versicherte Berufsunfähigkeitsrente. Für die Berechnung der reduzierten neuen Berufsunfähigkeitsrente wenden wir anerkannte Regeln der Versicherungsmathematik an. Dabei verzichten wir auf einen Stornoabschlag nach § 23.

Eine Fortführung der Versicherung mit reduzierter Berufsunfähigkeitsrente ist jedoch nur möglich, wenn die Berufsunfähigkeitsrente, gerechnet auf das Jahr, mindestens 300 EUR beträgt. Bitte beachten Sie: Wird die Mindestrente nicht erreicht, erlischt die Versicherung.

Wir werden Sie sechs Wochen im Voraus über die anstehende Umwandlung informieren und Sie auf Ihr Widerspruchsrecht hinweisen. Den Beitrag für die Folgephase können Sie Ihrem *»Versicherungsschein* entnehmen.

(4) Wenn Sie

- Ihre Berufsunfähigkeitsrente nach § 16 erhöhen oder
- Ihren Beitrag nach einer Beitragsfreistellung oder Reduzierung des Beitrags erhöhen (siehe § 24),

so ist damit ein Wechsel in die Folgephase verbunden.

(5) Bitte beachten Sie: Wie in § 15 Abschnitt I Absatz 12 beschrieben, erfolgen in der Startphase keine Dynamik-Erhöhungen.

Kündigung, Beitragsfreistellung und weitere Möglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten

Sollte die Beitragszahlung einmal für Sie schwierig werden oder sich für Sie ändernde Lebensumstände ergeben, wenden Sie sich bitte an uns. Wir können Ihnen verschiedene Lösungen anbieten.

§ 21
Was gilt bei Kündigung?

(1) Sie können Ihre Versicherung während der Beitragszahlungsdauer jederzeit für den Schluss der laufenden *»Versicherungsperiode* ganz oder teilweise kündigen. Eine *»Versicherungsperiode* ist bei jährlich vereinbarter *»Beitragszahlweise* der Zeitraum zwischen zwei aufeinanderfolgenden *»Stammtagen*. Bei halbjährlicher, vierteljährlicher oder monatlicher Zahlweise unterteilen wir diesen Zeitraum in halbe oder Vierteljahre oder in Monate.

(2) Bei einer Kündigung stellen wir Ihren Vertrag beitragsfrei. Bei einer nur teilweisen Kündigung reduzieren wir Ihren Beitrag. Näheres dazu finden Sie in § 22 und § 23. Ein *»Rückkaufswert* fällt nicht an.

(3) Bei einer Kündigung haben Sie keinen Anspruch darauf, dass wir Ihnen Ihre Beiträge zurückzahlen.

§ 22
Was gilt bei Beitragsfreistellung?

(1) Sie können Ihre Beitragszahlung jederzeit zum Schluss der laufenden *»Versicherungsperiode* einstellen. Ihren Wunsch teilen Sie uns bitte in *»Textform* mit. Andernfalls müssten wir Sie zunächst mahnen (siehe § 27 Abschnitt II).

(2) Bei Beitragsfreistellung wandeln wir Ihre Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit reduzierter Berufsunfähigkeitsrente um. Für die Berechnung der beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente wenden wir anerkannte Regeln der Versicherungsmathematik an. Grundlage für die Festlegung der Berufsunfähigkeitsrente sind die *»Rechnungsgrundlagen* der Prämienkalkulation.

Für die Berechnung der beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente legen wir mindestens diesen Betrag zugrunde:

- Der Betrag des *»Deckungskapitals*, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt.
- Hierbei beachten wir die aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze für die Abschluss- und Vertriebskosten (siehe § 12).
- Den Betrag finden Sie auch in Ihren Vertragsunterlagen, beispielsweise in ihrem *»Versicherungsschein*. Wir bezeichnen ihn dort als "garantiertes Guthaben" und weisen ihn in der Garantiewerttabelle aus.

(3) Den aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente zur Verfügung stehenden Betrag mindern wir um

- rückständige Beiträge sowie um
- einen Abzug.

Die Erhebung dieses Abzugs vereinbaren wir auf der Grundlage dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit allen unseren Versicherungsnehmern. Den Abzug vereinbaren wir aus folgenden Gründen: Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, verändern sich Risiko und Ertrag im Bestand der restlichen Versicherten. Dies gleichen wir durch den Abzug aus. Außerdem nehmen wir damit einen Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vor. Haben Sie für Ihren Vertrag das Überschusssystem *»Beitragsreduktion* (siehe § 11 Abschnitt III) vereinbart, gilt zudem: Wir ziehen bereits unter Vorbehalt gewährte, aber noch nicht verdiente *»Überschüsse* ab.

Die Höhe des Abzuges haben wir auf der Basis von pauschalen Annahmen bestimmt. Sie hängt auch davon ab, in welchem Vertragsjahr die Beitragsfreistellung erfolgt. Um den Abzug festzulegen, nehmen wir Folgendes an:

a. Bei einer Beitragsfreistellung entsteht ein höherer Aufwand für die Bearbeitung. Damit entstehen auch höhere Kosten als bei einem regulären Verlauf des Vertrags.
b. Wenn wir Versicherungsprodukte kalkulieren, gehen wir von diesen Annahmen aus: Die Risikogemeinschaft setzt sich gleichmäßig aus Versicherungsnehmern mit einem hohen und einem geringen Risiko zusammen. Die Erfahrungen zeigen, dass Personen mit einem geringen Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko. Der Abzug gleicht dies aus, damit der Versichertengemeinschaft kein Nachteil entsteht.
c. Mit dem vereinbarten Versicherungsschutz erhalten Sie von uns Garantien und Optionen. Dafür stellt der Bestand aller Versicherten einen Teil des erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) zur Verfügung. Auf diese Weise partizipiert Ihr Vertrag nach seinem Beginn an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Im Gegenzug muss Ihr Vertrag während der weiteren Laufzeit seinerseits Solvenzmittel zur Verfügung stellen. Wenn Sie den Vertrag beitragsfrei stellen, gehen diese Solvenzmittel dem verbleibenden Bestand teilweise verloren. Der Abzug ist daher auch dafür ein Ausgleich. Wenn wir die Optionen und Garantien über externes Kapital finanzieren würden, wäre dies wesentlich teurer.
d. Mit zunehmendem Alter erwarten wir eine größere Häufigkeit von Berufsunfähigkeitsfällen. Dementsprechend müsste ein jährlich unterschiedlicher Beitrag in Rechnung gestellt werden. Der Ihrem Vertrag zugrunde liegende Tarif verteilt die Beiträge über die gesamte Laufzeit des Versicherungsvertrages so, dass Ihr Vertrag einen konstanten Bruttobeitrag vorsieht. Beitragsteile, die in einem Jahr zur Risikodeckung nicht benötigt werden, werden in einer Rückstellung zurückgestellt. Sie werden in den Jahren zur Finanzierung der Risikodeckung herangezogen, in denen der Beitrag wegen der größeren Häufigkeit von Berufsunfähigkeitsfällen nicht ausreicht.
   Das Überschusssystem *»Beitragsreduktion* (siehe § 11 Abschnitt III) ist diesem Mechanismus angepasst. Die Beteiligung an den *»Überschüssen* ist als Prozentsatz der Beiträge definiert. Dadurch ergeben sich *»Überschussanteile*, die von der Versichertengemeinschaft Ihrem Versicherungsvertrag vorfinanziert werden. Wird der Versicherungsvertrag unverändert fortgeführt, gleicht sich dies im Vertragsverlauf wieder aus.
   Wenn Sie für Ihren Vertrag das Überschusssystem *»Beitragsreduktion* vereinbart haben, gilt bei einer Änderung des Vertrages wegen des Gleichbehandlungsgrundsatzes nach § 138 Absatz 2 VAG: Es muss derjenige Teil der vorfinanzierten *»Überschüsse* an die Versichertengemeinschaft wieder zurückgegeben werden, der zur Risikodeckung noch nicht verbraucht wurde.

Die Beweislast für die Angemessenheit des so bestimmten Abzugs tragen wir. Haben wir diesen Nachweis erbracht, können Sie uns nachweisen, dass die oben beschriebenen Annahmen ausnahmsweise nicht oder nur teilweise zutreffen. Ist dies bezogen auf Ihren Vertrag der Fall, erheben wir keinen oder nur einen entsprechend reduzierten Abzug.

Über die Höhe des Abzugs informieren wir Sie mit der Garantiewerttabelle. Sie finden diese Tabelle in Ihren Vertragsunterlagen, beispielsweise in Ihrem *»Versicherungsschein*.

(4) Eine Fortführung der Versicherung unter Freistellung von der Pflicht zur Beitragszahlung ist jedoch nur möglich, wenn

- die beitragsfreie Rente, gerechnet auf das Jahr, mindestens 300 EUR beträgt.

Bitte beachten Sie: Wird die Mindestrente nicht erreicht, erlischt die Versicherung.

(5) Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, können Sie finanzielle Nachteile haben. In der ersten Zeit des Vertrags verrechnen wir die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten. Deshalb sind zunächst nur geringe Beträge zur Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente vorhanden. Die beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente erreicht möglicherweise noch nicht den Mindestwert für eine Beitragsfreistellung (siehe Absatz 4). In diesem Fall erlischt Ihre Versicherung. Näheres zur Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten finden Sie in § 12 Absatz 2.

Auch in den Folgejahren stehen nicht unbedingt Mittel in Höhe der eingezahlten Beiträge für die Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente zur Verfügung.

Nähere Informationen zur Höhe Ihrer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente können Sie der Garantiewerttabelle entnehmen. Sie finden diese in Ihren Versicherungsunterlagen, beispielsweise in Ihrem *»Versicherungsschein*.

§ 23
Was gilt bei Reduzierung des Beitrags?

(1) Statt die Beitragszahlung ganz einzustellen (siehe § 22), können Sie den vereinbarten Beitrag auch immer zum nächsten Fälligkeitstermin reduzieren. Dabei setzen wir die versicherte Berufsunfähigkeitsrente herab. Für die Berechnung der reduzierten Berufsunfähigkeitsrente wenden wir anerkannte Regeln der Versicherungsmathematik an. Grundlage für die Festlegung der Leistungen sind die *»Rechnungsgrundlagen* der Prämienkalkulation.

Den in § 22 Absatz 3 beschriebenen Abzug nehmen wir in diesem Fall anteilig vor. Die herabgesetzte jährliche Berufsunfähigkeitsrente darf auch in diesem Fall 300 EUR nicht unterschreiten.

(2) Wenn Sie Ihren Beitrag reduzieren, verzichten wir auf den in Absatz 1 beschriebenen Abzug, wenn

- die versicherte Person in einem festen Arbeits- oder Dienstverhältnis beschäftigt ist und ihre Arbeitszeit verringert und
- Ihr Beitrag sich maximal im selben Verhältnis reduziert wie sich die Arbeitszeit der versicherten Person verringert.

Sie müssen Ihren Wunsch auf Reduzierung des Beitrags innerhalb von zwölf Monaten nach Verringerung der Arbeitszeit der versicherten Person anzeigen und entsprechende Nachweise vorlegen.

Eine Elternzeit erkennen wir in diesem Zusammenhang als eine Verringerung der Arbeitszeit auf null Prozent an.

(3) Wenn Sie Ihren Beitrag reduzieren, können Sie finanzielle Nachteile haben. In der ersten Zeit des Vertrags verrechnen wir die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten. Deshalb sind zunächst nur geringe Beträge zur Festlegung einer reduzierten Berufsunfähigkeitsrente vorhanden. Näheres zur Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten finden Sie in § 12 Absatz 2.

Auch in den Folgejahren stehen nicht unbedingt Mittel in Höhe der eingezahlten Beiträge für die Festlegung einer reduzierten Berufsunfähigkeitsrente zur Verfügung.

§ 24
Was gilt bei Wiederinkraftsetzung nach Beitragsfreistellung oder Beitragserhöhung nach Reduzierung des Beitrags?

(1) Sie können

- innerhalb von 36 Monaten nach einer Reduzierung des Beitrags (siehe § 23) jederzeit den Beitrag wieder erhöhen oder
- innerhalb von 36 Monaten nach einer Beitragsfreistellung (siehe § 22) die Beitragszahlung wieder aufnehmen.

Der neue Beitrag darf aber nicht höher sein als der Beitrag vor Beginn der Beitragsfreistellung oder der Reduzierung des Beitrags.

In Ihrer Mitteilung zur gewünschten Beitragsfreistellung oder Reduzierung des Beitrags können Sie uns auch einen Termin nennen, zu dem diese *»Wiederinkraftsetzung* oder Beitragserhöhung automatisch erfolgt.

(2) Eine *»Wiederinkraftsetzung* oder Beitragserhöhung gemäß Absatz 1 ist nur möglich, sofern sämtliche dieser Voraussetzungen im Sinne der Versicherungsbedingungen erfüllt sind:

- Bei der versicherten Person liegt keine Berufsunfähigkeit vor.
- Bei der versicherten Person liegt keine Pflegebedürftigkeit vor.
- Bei der versicherten Person liegt kein Krebs im Sinne von § 3 Absatz 2 vor.

(3) Für die *»Wiederinkraftsetzung* und die Beitragserhöhung gilt in allen Fällen:

- Nehmen Sie die Beitragszahlung innerhalb von 24 Monaten nach Beginn der Beitragsfreistellung wieder auf, benötigen wir keine neue *»Risikoprüfung*.
- Auch wenn Sie innerhalb von 24 Monaten nach Beginn einer Reduzierung des Beitrags den Beitrag wieder erhöhen, benötigen wir keine neue *»Risikoprüfung*.
- Nach Ablauf dieser Frist müssen Sie eine neue *»Gesundheitsprüfung* ablegen, wenn Sie die

Beitragszahlung wieder aufnehmen oder den Beitrag erhöhen möchten.

Darüber wie sich die Wiederaufnahme der Beitragszahlung oder die Beitragserhöhung auf Ihren Vertrag auswirken, werden wir Sie im Einzelfall informieren.

(4) Wenn Sie nach einer beitragsfreien Zeit die Zahlungen wieder aufnehmen oder nach einer Reduzierung des Beitrags Ihren Beitrag wieder erhöhen, gilt: Sie können Ihre Versicherungsleistungen vor Beitragsfreistellung oder Reduzierung des Beitrags durch eine Erhöhung der zukünftig zu zahlenden Beiträge wiederherstellen. Falls Sie die zukünftigen Beiträge nicht erhöhen möchten, werden wir die Berufsunfähigkeitsrente neu ermitteln. Für die Berechnung der neuen Berufsunfähigkeitsrente wenden wir anerkannte Regeln der Versicherungsmathematik an. Grundlage für die Festlegung der Berufsunfähigkeitsrente sind die *»Rechnungsgrundlagen* der Prämienkalkulation.

(5) Wenn

- Sie gemäß § 23 Absatz 2 Ihren ursprünglichen Beitrag infolge einer Verringerung der Arbeitszeit reduziert haben und
- die versicherte Person ihre Arbeitszeit wieder erhöht,

können Sie Ihren Beitrag abweichend von Absatz 1 und 3 unbefristet ohne neue *»Risikoprüfung* erhöhen. Dabei gilt:

- Das Verhältnis zwischen der Berufsunfähigkeitsrente nach Erhöhung und vor Reduzierung des Beitrags darf nicht höher sein, als das Verhältnis zwischen der Arbeitszeit nach Erhöhung und vor Reduzierung des Beitrags.
- Die Berufsunfähigkeitsrente nach Erhöhung des Beitrags darf nicht höher sein als die Berufsunfähigkeitsrente bei erstmaliger Reduzierung des Beitrags gemäß § 23 Absatz 2.
- Erhöhungen der Berufsunfähigkeitsrente gemäß § 15 und § 16, die nach Reduzierung des Beitrags erfolgt sind, bleiben hiervon unberührt.

Ein Beispiel: Die Arbeitszeit wurde von 100 % auf 50 % reduziert und wird wieder auf 80 % erhöht. Dann darf die neue Berufsunfähigkeitsrente nicht mehr als 80 % der Berufsunfähigkeitsrente vor der Reduzierung des Beitrags zuzüglich zwischenzeitlicher Erhöhungen aus Dynamik und Nachversicherung betragen.

Sie müssen Ihren Wunsch auf Erhöhung des Beitrags innerhalb von zwölf Monaten nach Erhöhung der Arbeitszeit der versicherten Person anzeigen und entsprechende Nachweise vorlegen.

(6) Unter folgenden Umständen gilt die *»Wiederinkraftsetzung* oder Beitragserhöhung rückwirkend zum jeweiligen *»Wirksamkeitstermin* als nicht vereinbart: Die »Wiederinkraftsetzung oder Beitragserhöhung erfolgt

- nach Eintritt der Berufsunfähigkeit,
- nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit oder
- nach Eintritt von Krebs im Sinne von § 3 Absatz 2.

In diesem Fall erstatten wir Ihnen den Teil der Beiträge, der auf die *»Wiederinkraftsetzung* oder die Beitragserhöhung entfällt.

Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang auch die Wartezeitregelungen für Leistungen wegen Krebs (siehe § 3 Absatz 1).

§ 25
Was gilt bei Stundung der Beiträge?

Sie können für den Zeitraum von höchstens 36 Monaten eine zinslose Stundung Ihrer Beiträge beantragen. Ihr vereinbarter Versicherungsschutz wird bei einer Stundung der Beiträge aufrechterhalten. Bitte teilen Sie uns Ihren Wunsch auf Stundung in *»Textform* mit.

Eine Stundung Ihrer Beiträge ist nur möglich, wenn

- zwischen dem Ende des Zeitraums der Stundung und dem Ende der *»Versicherungsdauer* noch mindestens fünf Jahre liegen,
- Ihr Vertrag nicht im Zahlungsverzug ist und
- das *»Deckungskapital* Ihres Vertrages bereits einen Wert in Höhe der zu stundenden Beiträge aufweist. Das *»Deckungskapital* wird hierbei nicht um ausstehende, auf die ersten fünf Vertragsjahre verteilte Abschluss- und Vertriebskosten erhöht (siehe § 12 Absatz 2). In den ersten fünf Vertragsjahren gilt daher für das *»Deckungskapital*, das wir zur Prüfung der Möglichkeit einer Stundung heranziehen: Es ist geringer als der Betrag, den wir für die Berechnung einer beitragsfreien Berufsun-

fähigkeitsrente (siehe § 22) zugrunde legen.

Wir erheben für die Stundung keine Zinsen.

Die gestundeten Beiträge können Sie nach Ablauf des Zeitraums der Stundung

- entweder in einem Betrag an uns zahlen
- oder nach Vereinbarung innerhalb eines Zeitraumes von maximal 24 Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten zurückzahlen.

Auf Wunsch können wir die Beträge auch durch eine Änderung Ihres Vertrages verrechnen. In diesem Fall müssen Sie die Beträge nicht nachzahlen. Dabei erhöhen wir nach Rücksprache mit Ihnen entweder Ihren künftig zu zahlenden Beitrag oder wir setzen die versicherte Berufsunfähigkeitsrente herab. Falls jedoch die herabgesetzte Berufsunfähigkeitsrente die beitragsfreie Mindestleistung unterschreitet, erlischt Ihr Vertrag. Über die Auswirkungen der Vertragsänderung informieren wir Sie gerne.

Sonstige Regelungen

§ 26
Wer erhält die Versicherungsleistung?

I. Leistungsempfänger

(1) Die Leistungen erbringen wir an Sie als unseren Vertragspartner. Falls Sie eine andere Person als bezugsberechtigt bestimmt haben, leisten wir an diese Person.

(2) Wenn der Vertrag als Rückdeckungsversicherung abgeschlossen wurde, gilt: Die Versicherungsleistung muss der Versorgung der versicherten Person oder von Angehörigen der versicherten Person im Sinne des § 15 Absatz 1 Nr. 2 bis 7 der Abgabenordnung dienen. Das sind

- Ehegatten oder Lebenspartner,
- Verwandte und Verschwägerte in gerader Linie,
- Geschwister,
- Kinder der Geschwister,
- Ehegatten oder Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Ehegatten oder Lebenspartner,
- Geschwister der Eltern.

Dies müssen Sie als Versicherungsnehmer bestätigen.

(3) Wir leisten gegen Vorlage des *»Versicherungsscheins*. Wir werden aber nicht an den Inhaber des *»Versicherungsscheins* leisten, wenn wir an seiner Berechtigung zweifeln.

II. Bezugsberechtigung

(1) Sie können eine Person oder Personengruppe als bezugsberechtigt benennen.

(2) Bis der Versicherungsfall eintritt, können Sie das Bezugsrecht auch widerrufen oder andere Personen als bezugsberechtigt einsetzen.

(3) Bezugsberechtigt kann nur die versicherte Person oder ein Angehöriger der versicherten Person gemäß § 15 Absatz 1 Nr. 2 bis 7 der Abgabenordnung sein. Das sind

- Ehegatten oder Lebenspartner,
- Verwandte und Verschwägerte in gerader Linie,
- Geschwister,
- Kinder der Geschwister,
- Ehegatten oder Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Ehegatten oder Lebenspartner,
- Geschwister der Eltern.

(4) Absatz 3 gilt nicht, wenn der Vertrag als Rückdeckungsversicherung abgeschlossen wurde. In diesem Fall beachten Sie bitte Abschnitt I Absatz 2.

(5) Sie können auch bestimmen, dass ein von Ihnen benannter Bezugsberechtigter die Ansprüche aus dem Vertrag sofort und unwiderruflich erwerben soll. In diesem Fall werden wir Ihnen in *»Textform* bestätigen, dass Sie das Bezugsrecht nicht mehr widerrufen können. Sobald wir Ihre Erklärung er-

halten haben, können Sie das Bezugsrecht nur noch ändern, wenn die von Ihnen begünstigte Person zustimmt.

(6) Bitte informieren Sie uns in *»Textform*, wenn Sie ein Bezugsrecht einräumen oder widerrufen. Nur dann sind Ihre Änderungen wirksam.

III. Abtretung - Verpfändung

Ansprüche auf Rentenleistungen aus diesem Vertrag können Sie nicht abtreten oder verpfänden. Soweit darüber hinaus eine Abtretung oder Verpfändung rechtlich möglich ist, so ist diese uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns der bisherige Berechtigte in *»Textform* angezeigt hat. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie als unser Versicherungsnehmer. Es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits zuvor Verfügungen (Abtretung, Verpfändung) getroffen haben.

§ 27
Beitragszahlung

Die Beiträge zu Ihrer Versicherung können Sie je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich zahlen. Die Zahlweise der Beiträge finden Sie in Ihrem *»Versicherungsschein*. Eine *»Versicherungsperiode* ist bei jährlicher Zahlweise des Beitrags der Zeitraum zwischen zwei aufeinanderfolgenden *»Stammtagen*. Bei halbjährlicher, vierteljährlicher oder monatlicher Zahlweise unterteilen wir diesen Zeitraum in halbe oder Vierteljahre oder in Monate.

I. Erster Beitrag

(1) Wenn Sie den *»Versicherungsschein* erhalten haben, zahlen Sie bitte Ihren ersten Beitrag innerhalb von zwei Wochen. Haben wir im *»Versicherungsschein* einen späteren Termin für die erste Zahlung vereinbart? Dann zahlen Sie bitte den ersten Beitrag innerhalb von zwei Wochen nach diesem Termin.

Ein wichtiger Hinweis: Sie haben von Anfang an keinen Versicherungsschutz, wenn Sie diese Fristen aus eigener Schuld versäumen.

(2) Außerdem dürfen wir in diesem Fall vom Vertrag zurücktreten, wenn Sie die Zahlung noch nicht veranlasst haben. Ausnahme: Sie weisen uns nach, dass Sie die unpünktliche Zahlung oder Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

(3) Wir empfehlen Ihnen: Nehmen Sie am Lastschriftverfahren teil, um den Versicherungsschutz nicht zu gefährden. Die Teilnahme am Lastschriftverfahren ist für Sie kostenlos.

II. Folgebeiträge

(1) Damit Sie weiter in vollem Umfang versichert sind, zahlen Sie bitte die folgenden Beiträge ebenfalls bis zu ihren Fälligkeitsterminen. Wenn Sie die Zahlung zum Tag der Fälligkeit vergessen haben, werden wir Ihnen eine Mahnung schicken. Wir setzen Ihnen in der Mahnung eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Wir können die Mahnung mit einer Kündigung verbinden. Bezahlen Sie die offenen Beiträge nicht innerhalb der Frist und haben Sie das zu vertreten, sind Sie nur noch eingeschränkt oder gar nicht versichert. Auf die rechtlichen Folgen werden wir Sie in der Mahnung hinweisen.

(2) Im *»Leistungsfall* verrechnen wir rückständige Beiträge mit unseren Leistungen.

§ 28
Mitteilungs- und Mitwirkungspflichten (z. B. Namensänderung, Umzug, Steuerpflicht im Ausland)

(1) Wir sind aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet. Sie müssen uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen

- bei Vertragsabschluss,
- bei Änderung nach Vertragsabschluss oder
- auf Nachfrage

unverzüglich - das heißt ohne schuldhaftes Zögern - zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.

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

- Ihrer persönlichen steuerlichen Ansässigkeit,

- der steuerlichen Ansässigkeit dritter Personen, die Rechte an ihrem Vertrag haben und
- der steuerlichen Ansässigkeit des Leistungsempfängers

maßgebend sein können. Dazu zählen insbesondere die deutsche oder ausländische(n) Steueridentifikationsnummer(n), das Geburtsdatum, der Geburtsort und der Wohnsitz. Welche Umstände dies nach derzeitiger Gesetzeslage insbesondere sein können, können Sie beispielhaft den steuerlichen Informationen zu Ihrem Versicherungsvertrag entnehmen.

(3) Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, gilt: Bei einer entsprechenden gesetzlichen Verpflichtung melden wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden. Dies gilt auch dann, wenn ggf. keine steuerliche Ansässigkeit im Ausland besteht.

(4) Wenn Sie Ihre Auskunftspflichten nach den Absätzen 1 und 2 verletzen, kann dies dazu führen, dass wir unsere Leistung nicht zahlen. Dies gilt solange, bis Sie uns die für die Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt haben.

(5) Bitte teilen Sie uns insbesondere Ihren Umzug oder eine Änderung Ihres Namens wenn möglich zwei Wochen vorher mit. Bitte senden Sie uns auch so früh wie möglich alle anderen Mitteilungen zu Ihrem Vertrag in *»Textform*. Diese Mitteilungen können beispielsweise Anträge, Ihren Vertrag zu ändern oder Kündigungen sein.

(6) Bitte beachten Sie in Ihrem Interesse: Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb Deutschlands aufhalten, nennen Sie uns bitte einen Zustellungsbevollmächtigten. Dies ist eine in Deutschland ansässige Person, die unsere Mitteilungen für Sie entgegennehmen darf.

§ 29
Anwendbares Recht - Gerichtsstand - Verjährung

(1) Für Ihren Vertrag gilt deutsches Recht.

(2) Für Klagen gegen uns sind die Gerichte an unserem Geschäftssitz zuständig. Es können auch die Gerichte am Sitz der Niederlassung zuständig sein, die für den Vertrag verantwortlich ist. Eine *»natürliche Person* kann auch bei dem Gericht klagen, in dessen Bezirk sie ihren Wohnsitz hat. Personen ohne festen Wohnsitz können auch bei dem Gericht klagen, in dessen Bezirk sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Beides gilt für den Zeitpunkt, an dem die Klage erhoben wird.

(3) Es ist möglich, dass wir Ansprüche aus dem Vertrag gegen Sie gerichtlich durchsetzen wollen. Dann ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Wohn- oder Geschäftssitz haben.

(4) Wenn Sie Ihren Wohn- oder Geschäftssitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft verlegen, sind die Gerichte in Deutschland zuständig. Dies gilt nicht für einen Umzug nach Island, Norwegen oder in die Schweiz.

(5) Beginn, Dauer und Unterbrechung der Verjährung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag richten sich nach *»VVG* und Bürgerlichem Gesetzbuch (BGB). Derzeit beträgt die regelmäßige Verjährungsfrist drei Jahre.

§ 30
An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?

(1) Wenn Sie mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, stehen Ihnen insbesondere die nachfolgenden Beschwerdemöglichkeiten offen.

Versicherungsombudsmann

(2) Wenn Sie Verbraucher sind, können Sie sich an den Ombudsmann für Versicherungen wenden. Diesen erreichen Sie derzeit wie folgt:

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632
10006 Berlin
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Internet: www.versicherungsombudsmann.de

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

(3) Wenn Sie Verbraucher sind und diesen Vertrag online (z. B. über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben, können Sie sich mit Ihrer Beschwerde auch online an die Plattform

http://ec.europa.eu/consumers/odr/ wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet.

Versicherungsaufsicht

(4) Sind Sie mit unserer Betreuung nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können Sie sich auch an die für uns zuständige Aufsicht wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Bitte beachten Sie, dass die BaFin keine Schiedsstelle ist und einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden kann.

Rechtsweg

(5) Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

Unser Beschwerdemanagement

(6) Unabhängig hiervon können Sie sich jederzeit auch an uns wenden. Unsere interne Beschwerdestelle steht Ihnen hierzu zur Verfügung. Sie erreichen diese derzeit wie folgt:

lv_service@gothaer.de

Anhang I: Definition der versicherten schweren Krankheiten von Kindern der versicherten Person

Sie können eine Versicherungsleistung gemäß § 1 Abschnitt II Absatz 6 beantragen, wenn ein Kind der versicherten Person an einer der hier aufgeführten schweren Krankheiten erkrankt. Bitte beachten Sie: Ein möglicher Anspruch auf die Leistung entsteht frühestens nach einer Wartezeit von einem Jahr (siehe § 1 Abschnitt II Absatz 6).

1. Krebs (im Sinne einer schweren Krankheit mitversicherter Kinder)

Krebs im Sinne der Bedingungen ist ein feingeweblich (histologisch) nachgewiesener bösartiger Tumor. Er ist durch unkontrolliertes Wachstum sowie das Eindringen in anderes Gewebe mit Tendenz zur Metastasenbildung gekennzeichnet.
Unter den Begriff "Krebs" fallen auch die Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin.
Die ärztliche Diagnose müssen Sie durch Vorlage des feingeweblichen (histologischen) Befundes bestätigen. Für Blutkrebs (Leukämien) oder Lymphome gilt abweichend: Die ärztliche Diagnose müssen Sie durch Vorlage des blutzellnachweislichen (zytologischen) Befundes bestätigen.

Besondere Wartezeit bei einer Krebserkrankung und Leistungsausschlüsse:

- Zusätzlich zu den Regelungen nach § 1 Abschnitt II Absatz 6 haben Sie keinen Anspruch auf die Versicherungsleistung, wenn
  1. erstmalige Symptome innerhalb der ersten 12 Monate nach Zahlung des ersten Beitrages auftreten; oder
  2. eine Diagnose von Krebs innerhalb der ersten 12 Monate nach Zahlung des ersten Beitrages erfolgt; oder
  3. nach einer innerhalb der ersten 12 Monate nach Zahlung des ersten Beitrages eingetretenen Krebserkrankung zu einem späteren Zeitpunkt Tochtergeschwülste (Metastasen) auftreten.

  Wenn Sie Ihren Versicherungsschutz erhöhen, gilt dieselbe Wartezeit für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut.

- Frühformen von Krebserkrankungen fallen nicht unter den Versicherungsschutz. Diese sind medizinisch wissenschaftlich wie folgt definiert:
  1. Morbus Hodgkin und Non-Hodgkin-Lymphome der Klasse 1 (Ann Arbor Klassifikation). Sofern jedoch eine Chemo- oder Bestrahlungstherapie medizinisch indiziert ist, so bleibt unsere Leistungspflicht bestehen.
  2. Frühformen der Leukämie, wenn keine generalisierte Ausbreitung von Leukämiezellen, beispielsweise aus dem Knochenmark, im Blut vorliegt. Ausnahme: Die Krankheitsform der so genannten chronisch lymphatischen Leukämie. Sofern jedoch eine Chemo- oder Bestrahlungstherapie oder eine Stammzellentransplantation medizinisch indiziert ist, so bleibt unsere Leistungspflicht bestehen.
  3. Chronische lymphatische Leukämie mit Schweregrad unterhalb von RAI Klasse 1 oder Binet Klasse A-1. Sofern jedoch eine Chemo- oder Bestrahlungstherapie oder eine Stammzellentransplantation medizinisch indiziert ist, so bleibt unsere Leistungspflicht bestehen.
  4. Carcinoma-in-situ oder prae-maligne Formen.
  5. Frühformen des Muttermundkrebses wie Zervixdysplasie der CIN-Klassifikationen CIN-1, CIN-2 und CIN-3 und der PAP-Klassifikationen PAP-1 bis PAP-4.
  6. Frühformen des Hautkrebses und maligner Melanome, für die gilt: Sie haben ein histologisch nachgewiesenes Tumorstadium I oder II der TNM Klassifikation oder eine Eindringtiefe von weniger als 1.5 Millimetern nach der Breslow-Methode. Liegt aber eine Fernmetastasenbildung vor, so werden wir leisten.
  7. Frühformen des Prostatakrebses der histologisch nachgewiesenen TNM-Klassifikation T1 (einschließlich T1 (a), T1 (b) oder einer anderen vergleichbaren Klassifikation).
  8. Frühformen des Schilddrüsenkrebs oder Blasenkrebs als papilläre Mikrokarzinome.

- Ferner fallen unabhängig vom Stadium nicht unter den Versicherungsschutz: Das Kaposi-Sarkom und andere Tumore bei gleichzeitig bestehender HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung.

Bitte beachten Sie: Bei obiger Definition handelt es sich um Krebs im Sinne einer schweren Krankheit für mitversicherte Kinder. Krebs im Sinne der Leistungen wegen Krebs der versicherten Person beschreiben wir in § 3.

2. Gehörlosigkeit

Gehörlosigkeit im Sinne der Bedingungen ist der dauerhafte und nicht therapierbare Verlust der Hörfähigkeit für alle Schallreize unterhalb von 90 Dezibel. Dauerhaft bedeutet, dass dieser Zustand voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren andauert. Die Gehörlosigkeit muss aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls auftreten.
Sie haben keinen Anspruch auf die Versicherungsleistung, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung

gilt: Die Hörfähigkeit kann durch ein Hörgerät, Implantat oder andere Hilfsmittel derart verbessert werden, dass auch Schallreize unterhalb von 90 Dezibel gehört werden könnten.

3. Bakterielle Hirnhautentzündung (Bakterielle Meningitis)

Bakterielle Meningitis im Sinne der Bedingungen ist eine Entzündung der Hirn- oder Rückenmarkshäute, die durch eine Infektion mit Bakterien verursacht wird. Wir leisten nur, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind und Sie uns diese nachweisen:

- Das Kind der versicherten Person ist nicht HIV-infiziert.
- Die Erkrankung muss zu neurologisch nachweisbaren dauerhaften oder über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten unveränderten Verlusten neurologischer Funktionen geführt haben. Dauerhaft bedeutet, dass die Verluste voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren andauern. Die Verluste müssen erhebliche dauerhafte Beeinträchtigungen motorischer, sensorischer oder kognitiver Fähigkeiten zur Folge haben. Dies sind zum Beispiel geistige Retardierung, schwere Sprachstörungen oder schwere Lähmungserscheinungen.
- Diese neurologischen Funktionsausfälle sind zusätzlich in Zerstörungen oder Substanzverlusten des zentralen Nervensystems nachzuweisen.
  Die Nachweise müssen erfolgen mit
  - medizinischen apparativen Untersuchungen wie bildgebenden Röntgen-Verfahren,
  - Messungen der Nervenfunktion,
  - technisch vergleichbaren Verfahren oder
  - künftigen technischen Verfahren der Darstellung des Zentralen Nervensystems oder seiner Funktion.

4. Hirngewebeentzündung (Enzephalitis)

Hirngewebeentzündung im Sinne der Bedingungen ist eine Entzündung des Gehirns, einer Hirnhälfte, des Hirnstamms oder des Kleinhirns, evtl. mit Beteiligung der Hirnhäute (Meningoenzephalitis). Die Entzündung wird gewöhnlich durch Viren oder Bakterien verursacht. Wir leisten nur, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind und Sie uns diese nachweisen:

- Das Kind der versicherten Person ist nicht HIV-infiziert.
- Die Entzündung muss wesentliche Komplikationen zur Folge haben.
- Die wesentlichen Komplikationen müssen von mindestens dreimonatiger Dauer sein.
- Die Erkrankung muss zu neurologisch nachweisbaren dauerhaften oder über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten unveränderten Verlusten neurologischer Funktionen geführt haben. Dauerhaft bedeutet, dass die Verluste voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren andauern. Die Verluste müssen erhebliche dauerhafte Beeinträchtigungen motorischer, sensorischer oder kognitiver Fähigkeiten zur Folge haben. Dies sind zum Beispiel geistige Retardierung, schwere Sprachstörungen oder schwere Lähmungserscheinungen.
- Diese neurologischen Funktionsausfälle sind zusätzlich in Zerstörungen oder Substanzverlusten des zentralen Nervensystems nachzuweisen.
  Die Nachweise müssen erfolgen mit
  - medizinischen apparativen Untersuchungen wie bildgebenden Röntgen-Verfahren,
  - Messungen der Nervenfunktion,
  - technisch vergleichbaren Verfahren oder
  - künftigen technischen Verfahren der Darstellung des Zentralen Nervensystems oder seiner Funktion.

5. Lähmung

Lähmung im Sinne der Bedingungen ist die vollständige und dauerhafte Lähmung als Folge eines Unfalls oder einer Krankheit. Wir leisten nur, wenn zwei Arme oder zwei Beine oder eine Körperhälfte vollständig und dauerhaft gelähmt sind. Dauerhaft bedeutet, dass die Lähmung voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren besteht.

6. Kinderlähmung (Poliomyelitis)

Kinderlähmung im Sinne der Bedingungen ist eine schwere Infektion durch das Poliovirus. Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind und Sie uns diese nachweisen:

- Die Infektion führt zu Lähmungserscheinungen, die sich in Form von dauerhaft, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, eingeschränkter Atmungsfunktion oder eingeschränkten Bewegungsfähigkeiten (motorischen Fähigkeiten) äußern.
- Die Infektion verursacht ein neurologisches Defizit, das sich in Form von dauerhaften, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren andauernden Lähmungen in mindestens einer Gliedmaße äußert.

7. Hirntumor (Gutartiger Hirntumor bzw. benigner Hirntumor)

Ein gutartiger oder benigner Gehirntumor im Sinne der Bedingungen ist ein lebensbedrohlicher, nicht bösartiger Tumor des Gehirns. Wir leisten, wenn die beiden folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Klinische Zeichen des Hirndruckes sind als Folge des Tumors nachweisbar. Dies sind zum Beispiel als Zeichen am Sehnerv das Papillenoedem, Hirnleistungsstörung, epileptische Anfälle oder Beeinträchtigungen der Bewegung (motorische) oder der Empfindung (sensorische).

- Mindestens eine der folgenden Bedingungen ist erfüllt und Sie weisen uns diese nach:
  - Der Tumor wurde durch eine Operation teilweise oder vollständig entfernt.
  - Die Behandlung des Tumors durch eine Chemo- oder Strahlentherapie wurde begonnen.
  - Es ist nur noch eine palliative Behandlung möglich.

Besondere Wartezeit bei einem Gutartigen (Benignen) Gehirntumor und Leistungsausschlüsse:

- Zusätzlich zu den Regelungen nach § 1 Abschnitt II Absatz 6 haben Sie keinen Anspruch auf die Versicherungsleistung, wenn
  1. erstmalige Symptome innerhalb der ersten 12 Monate nach Zahlung des ersten Beitrages auftreten oder
  2. eine Diagnose eines benignen Gehirntumors innerhalb der ersten 12 Monate nach Zahlung des ersten Beitrages erfolgt.

  Wenn Sie Ihren Versicherungsschutz erhöhen, gilt dieselbe Wartezeit für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut.
- Nicht unter den Versicherungsschutz fallen: Cysten, Verkalkungen, Granulome, Abszesse, Fehlbildungen in den oder der Arterien oder Venen des Gehirns sowie Tumore der Gehirnanhangsdrüse und der Zirbeldrüse.

8. Blindheit

Blindheit im Sinne der Bedingungen ist die klinisch nachgewiesene, irreversible und nicht therapierbare Reduzierung der Sehschärfe (Visus).
Die Blindheit muss als Folge einer Krankheit oder eines Unfalls auftreten.
Wir leisten nur, wenn die folgenden beiden Bedingungen erfüllt sind und Sie uns diese nachweisen:

- Einer dieser beiden Fälle liegt vor:
  - Die Sehschärfe auf dem besseren Auge beträgt unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln nicht mehr als 6/60 oder 20/200 oder
  - das Sehfeld auf beiden Augen ist auf maximal 20° beschränkt.
- Nach allgemeiner medizinischer Meinung kann die Sehschärfe oder das Sehfeld durch Hilfsmittel nicht derart verbessert werden, dass
  - die Sehschärfe auf dem schlechteren Auge auf mehr als 6/60 oder 20/200 verbessert würde und
  - das Sehfeld auf einem Auge mehr als 20° betragen würde.

9. Verlust von Gliedmaßen

Verlust von Gliedmaßen im Sinne der Bedingungen ist der vollständige und dauerhafte Verlust von mindestens zwei Gliedmaßen oberhalb der Hand und/oder oberhalb des Fußes.

10. Schwere Kopfverletzung

Eine Schwere Kopfverletzung im Sinne der Bedingungen ist eine durch Unfall verursachte Kopfverletzung, die durch äußere Krafteinwirkung herbeigeführt wurde.
Wir leisten nur, wenn die folgende Bedingung erfüllt ist und Sie uns diese nachweisen: Die Schwere Kopfverletzung muss zu einem neurologischen Defizit führen, das mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen zur Folge hat:

- Das Kind der versicherten Person ist dauerhaft nicht in der Lage,
  - ohne Hilfsmittel eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen,
  - ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen.

  Hilfsmittel sind zum Beispiel eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl.
- Das Kind der versicherten Person ist auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße dauerhaft nicht in der Lage,
  - ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen.
- Das Kind der versicherten Person ist dauerhaft nicht in der Lage,
  - ohne Hilfsmittel über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren.

  Dauerhaft bedeutet, dass die jeweilige Einschränkung voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren besteht.

11. Koma

Koma im Sinne der Bedingungen ist ein Zustand tiefer Bewusstlosigkeit ohne jegliche Reaktion auf externe Reize oder interne Bedürfnisse. Wir leisten nur, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind und Sie uns diese nachweisen:

- Der Zustand muss für einen Zeitraum von mindestens 96 Stunden andauern und während dieser Zeit eine künstliche Beatmung erfordern.
- Der Zustand wurde nicht als künstliches Koma im Rahmen der medizinischen Behandlung herbeigeführt.
- Die Erkrankung muss zu neurologisch nachweisbaren dauerhaften oder über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten unveränderten Verlusten neurologischer Funktionen geführt haben. Dauerhaft bedeutet, dass die Verluste voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren andauern. Die

Verluste müssen erhebliche dauerhafte Beeinträchtigungen motorischer, sensorischer oder kognitiver Fähigkeiten zur Folge haben. Dies sind zum Beispiel geistige Retardierung, schwere Sprachstörungen oder schwere Lähmungserscheinungen.

- Diese neurologischen Funktionsausfälle sind zusätzlich in Zerstörungen oder Substanzverlusten des zentralen Nervensystems nachzuweisen.
  Die Nachweise müssen erfolgen mit
  - medizinischen apparativen Untersuchungen wie bildgebenden Röntgen-Verfahren,
  - Messungen der Nervenfunktion,
  - technisch vergleichbaren Verfahren oder
  - künftigen technischen Verfahren der Darstellung des Zentralen Nervensystems oder seiner Funktion.

Wir leisten auch, wenn das Kind der versicherten Person

- für einen Zeitraum von mindestens zwei Monaten in einem Zustand tiefer Bewusstlosigkeit ohne jegliche Reaktion auf externe Reize oder interne Bedürfnisse gelegen hat,
- dieser Zustand andauert und
- kein künstliches Koma als Therapiemaßnahme ist. Die Dauer darf auch nicht durch eine Verlängerung des komatösen Zustandes aus therapeutischen Gründen zustande gekommen sein.
  Das bedeutet: Die in § 1 Abschnitt II Absatz 6 genannte Frist von 28 Tagen wird in diesem Fall durch zwei Monate ersetzt.

12. Schwerer Unfall

Ein Unfall ist gekennzeichnet durch ein plötzlich von außen auf den Körper des Kindes der versicherten Person einwirkendes Ereignis. Der Unfall ist schwer, wenn es zu mindestens einer der folgenden Beeinträchtigungen kommt:

- Vollständige und dauerhafte Lähmung von zwei Armen oder zwei Beinen oder einer Körperhälfte voraussichtlich über einen Zeitraum von mindestens drei Jahren.
- Schwere Kopfverletzung mit neurologischem Defizit, die mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen erfüllt: Das Kind der versicherten Person ist dauerhaft nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel
  - eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen, ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen,
  - ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen,
  - über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren.

  Dauerhaft bedeutet, dass die jeweilige Einschränkung mindestens voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren besteht.
- Tiefe Bewusstlosigkeit von mindestens 96 Stunden ohne jegliche Reaktion auf externe Reize oder interne Bedürfnisse.

Die Diagnose müssen Sie durch einen Arzt für Neurologie oder Chirurgie nachweisen.

13. Verlust der Sprache

Der Verlust der Sprache im Sinne der Bedingungen bedeutet: Das Kind der versicherten Person ist dauerhaft nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren. Dauerhaft bedeutet, dass diese Einschränkung voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren besteht.
Der Verlust der Sprache gilt erst ab dem vollendeten dritten Lebensjahr als versichert. Nicht versichert ist der Verlust der Sprache bei Entwicklungsstörungen oder psychischen Störungen.

Anhang II: Erklärung wichtiger Fachbegriffe (Glossar)

Beitragsreduktion
Beitragsreduktion bezeichnet eine Form der *»Überschussbeteiligung* in der leistungsfreien Zeit. Wir verwenden die jährlich zugeteilten *»Überschüsse*, um Ihren zu zahlenden Beitrag zu verringern. Näheres finden Sie in § 11.

Beitragszahlweise
Die Beitragszahlweise ist der Rhythmus, in dem Sie Ihre Beiträge zahlen: monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich. Die Zahlweise haben Sie bei Abschluss des Vertrags festgelegt.

Bewertungsreserven
Bewertungsreserven sind die Differenz aus dem Marktwert von Kapitalanlagen und dem Wert, den wir in der Bilanz ausweisen. Dieser kann wegen gesetzlicher Vorschriften geringer sein als der Marktwert (Niederstwertprinzip).

Deckungskapital
Das Deckungskapital ist der Wert, der einem Versicherungsvertrag zu einem bestimmten Zeitpunkt des Versicherungsverlaufs zugeordnet wird. Er wird mittels anerkannter Regeln der Versicherungsmathematik berechnet. Er ergibt sich als Differenz zukünftiger erwarteter Versicherungsleistungen sowie *»Kosten* und zukünftig erwarteter Beiträge. Für die Berechnung beitragsfreier Leistungen erhöhen wir das Deckungskapital auf den Betrag, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Diesen Wert bezeichnen wir als "garantiertes Guthaben". Das garantierte Guthaben ist daher in den ersten fünf Vertragsjahren höher als das Deckungskapital.

Deckungsrückstellung
Die Deckungsrückstellung ist der Wert, den wir in der Bilanz für unsere vertraglichen Verpflichtungen ansetzen. Diese Verpflichtungen entstehen dadurch, dass wir immer in der Lage sein müssen, die vertraglich vereinbarten Leistungen zu erbringen.

Garantierte Leistungen (versicherte Rente)
Die garantierte versicherte Rente ist die versicherte Leistung, die Sie mit uns für den *»Leistungsfall* vereinbart haben. Wenn Sie mit uns als *»Überschussverwendung* den *»Sofortbonus* vereinbart haben, zahlen wir Ihnen eine zusätzliche Leistung zur garantierten Leistung. Außerdem können Sie zusätzlich eine *»Gewinnrente* erhalten.

Gebühr
Sie zahlen Gebühren, wenn Sie einen Aufwand verursachen, der bei normalem Verlauf des Vertrags nicht entstanden wäre. Ein Beispiel: Sie zahlen Ihre Beiträge per Lastschrift. Ihre Bank kann die Lastschrift aber nicht einlösen, weil nicht genügend Geld auf Ihrem Konto ist. Dafür berechnet die Bank uns dann Gebühren, die wir an Sie weiterreichen. Anders als *»Kosten* zahlen Sie Gebühren zusätzlich zu Ihren Beiträgen. Die Höhe der Gebühren kann sich im Vertragsverlauf ändern. Die bei Abschluss des Vertrages aktuellen Gebühren finden Sie in Ihren Unterlagen. Im weiteren Vertragsverlauf nennen wir Ihnen gern die jeweils aktuellen Gebühren. Mehr dazu finden Sie auch in § 13.

Gesundheitsprüfung
Die Gesundheitsprüfung ist Teil der *»Risikoprüfung*. Vor Abschluss einer Versicherung stellen wir Fragen zu der Gesundheit der zu versichernden Person. Mit diesen Antworten schätzen wir ein, ob wir den Antrag zu normalen Bedingungen annehmen. Falls Vorerkrankungen vorliegen, können wir Zuschläge auf den Beitrag verlangen, bestimmte Leistungen ausschließen oder den Antrag ablehnen. Es ist wichtig, dass die Fragen zur Gesundheit richtig beantwortet werden. Denn sonst können wir in bestimmten Fällen vom Vertrag zurücktreten oder Ihnen eine Leistung versagen. Näheres dazu finden Sie in § 6.

Gewinnrente
Gewinnrente bezeichnet eine Form der *»Überschussbeteiligung*. Wir verwenden die jährlich zugeteilten *»Überschüsse*, damit Sie eine höhere Rente im Versicherungsfall erhalten. Wenn in einem Jahr keine *»Überschüsse* anfallen, bleibt die Rente gleich.

HGB
Abkürzung für Handelsgesetzbuch.

Inkrafttreten (beispielsweise einer Beitragsfreistellung)
Bei diesem Inkrafttreten wird zum Beispiel eine Beitragsfreistellung wirksam. Dies geschieht am ersten Tag eines Monats.

Kosten
Für den Abschluss und die Verwaltung Ihres Vertrags zahlen Sie Abschluss- und Verwaltungskosten. Im Gegensatz zu den *»Gebühren* sind diese Kosten bereits in Ihren Beiträgen enthalten. Sie müssen sie nicht zusätzlich zahlen. Mehr zu den Abschlusskosten finden Sie in § 12. Wie hoch die Kosten für Ihren Vertrag genau sind, finden Sie in Ihrem Informationsblatt.

Leistungsdauer
Die Leistungsdauer ist der Zeitraum, in dem wir die vereinbarte Rentenleistung höchstens erbringen. Das Ende der Leistungsdauer kann nach dem Ende der *»Versicherungsdauer* liegen.

Ein Beispiel für Sie: Tritt der *»Leistungsfall* (in der Regel die Berufsunfähigkeit) in der *»Versicherungsdauer* ein, erbringen wir die Leistung (die versicherte Rente) bis zum Ende der Leistungsdauer. Sie finden die Leistungsdauer in Ihrem *»Versicherungsschein*.

Leistungsfall
Der Leistungsfall ist das Ereignis, das die vertraglich vereinbarten Leistungen auslöst. Das kann beispielsweise der Eintritt einer Berufsunfähigkeit sein.

Natürliche Person
Juristische Personen sind beispielsweise Unternehmen. Im Gegensatz dazu sind natürliche Personen Menschen. Diese Bezeichnung tritt meist im Zusammenhang mit Rechten und Pflichten auf, die diese Personen haben.

Rechnungsgrundlagen
Rechnungsgrundlagen sind die Daten, auf denen die Kalkulation unserer Tarife beruht. Dazu gehören der garantierte Zins, die *»Kosten* und die Wahrscheinlichkeiten für den Eintritt der einzelnen Risiken.

Rentenzahlungsperiode
Die Rentenzahlungsperiode richtet sich nach der *»Rentenzahlweise.* Bei Abschluss des Vertrags entscheiden Sie sich für eine monatliche, vierteljährliche, halbjährliche oder jährliche *»Rentenzahlweise*. Die Rentenzahlungsperioden legen wir vom *»Stammtag* der Versicherung aus fest. Ist der *»Stammtag* der Versicherung beispielsweise der 1. Juli bei halbjährlicher *»Rentenzahlweise*, so gibt es jährlich zwei Rentenzahlungsperioden: vom 1. Juli bis zum 31. Dezember und vom 1. Januar bis zum 30. Juni.

Rentenzahlweise
Die Rentenzahlweise ist der Rhythmus, in dem wir die versicherte Rente zahlen: monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich. Die Zahlweise haben Sie bei Abschluss des Vertrags festgelegt.

Risikoprüfung
Vor Abschluss der Versicherung und gegebenenfalls bei der Erhöhung von Leistungen oder deren Umfang stellen wir Ihnen verschiedene Fragen. Diese betreffen die Gesundheit der versicherten Person (*»Gesundheitsprüfung*), aber auch beispielsweise ihren Beruf oder ihr Einkommen. Es ist wichtig, dass Sie die Fragen richtig beantworten. Anhand der Antworten schätzen wir ein, ob wir den Antrag oder die Änderung wie von Ihnen gewünscht annehmen.

Rückkaufswert
Der Rückkaufswert entspricht dem Wert des garantierten *»Deckungskapitals* zum Zeitpunkt einer Kündigung oder Beitragsfreistellung. Aus dem Rückkaufswert ermitteln wir den Betrag, den wir für die Berechnung beitragsfreier Leistungen zugrunde legen. Mehr zur Beitragsfreistellung finden Sie in § 22. Die konkrete garantierte Höhe des Rückkaufswerts und der zugehörigen beitragsfreien Leistung bei Beitragsfreistellung Ihres Vertrags finden Sie beispielsweise in Ihrem *»Versicherungsschein*.

Sofortbonus
Sofortbonus bezeichnet eine Form der *»Überschussbeteiligung* in der leistungsfreien Zeit. Wir verwenden die jährlich zugeteilten *»Überschüsse,* um Ihre versicherte Rente oder die Einmalleistung im *»Leistungsfall* zu erhöhen. Näheres finden Sie in § 11.

Stammtag
Der Stammtag ist der erste Tag des Monats, in dem die Versicherung abläuft. Den Ablauftermin Ihrer Versicherung finden Sie in Ihrem *»Versicherungsschein*. Wenn Sie Ihre Vertragsdauer verlängern (siehe § 17), ändert sich dadurch jedoch nicht Ihr Stammtag.

Textform
Die Textform ist eine Form für die Abgabe von Willenserklärungen im Rechtsverkehr (beispielsweise auf Papier oder in einer E-Mail). Eine Unterschrift ist hier nicht nötig. Gesetzlich geregelt wird die Textform in § 126b BGB (Bürgerliches Gesetzbuch).

Überschussanteil
Der Überschussanteil bezeichnet die Höhe der *»Überschüsse,* die wir einem Vertrag zuweisen. Siehe auch *»Überschusszuteilung.*

Überschussdeklaration
In unserem Geschäftsbericht veröffentlichen wir die Überschussdeklaration. Dort informieren wir über die Höhe der *»Überschussanteile* für die einzelnen Tarife in einem Kalenderjahr. Sie finden den jeweils aktuellen Geschäftsbericht im Internet unter www.gothaer.de.

Überschuss, Überschussbeteiligung
Überschüsse entstehen, wenn weniger *»Leistungsfälle* eintreten oder wir höhere Zinsen erwirtschaften, als wir bei unserer Berechnung angenommen haben. Sie können auch entstehen, wenn die *»Kosten* geringer sind, als wir ursprünglich angenommen haben. Durch die Überschussbeteiligung geben wir die erzielten Überschüsse an die einzelnen Verträge weiter.

Überschussverwendung
Die Überschussverwendung ist die Art und Weise, wie wir *»Überschüsse* den Verträgen bei der *»Überschussbeteiligung* zuteilen. Das kann zum Beispiel eine *»Beitragsreduktion,* ein *»Sofortbonus* oder eine *»Gewinnrente* sein. Näheres finden Sie in § 11.

Überschusszuteilung
Die Überschusszuteilung bezeichnet die Höhe der *»Überschüsse,* die wir einem Vertrag zuweisen.

VAG
Abkürzung für Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz).

Verantwortlicher Aktuar
Der Verantwortliche Aktuar stellt unter anderem sicher, dass wir die vertraglich zugesagten Leistungen erbringen können. Dafür prüft er beispielsweise, ob die berechneten Beiträge ausreichend sind. Wir sind gesetzlich dazu verpflichtet, einen Verantwortlichen Aktuar zu bestellen.

Verbrechen
Ein Verbrechen ist eine rechtswidrige Tat, die mit einer Freiheitsstrafe von mindestens einem Jahr bestraft wird.

Vergehen
Ein Vergehen ist eine rechtswidrige Tat, für die die Mindest-Freiheitsstrafe unter einem Jahr liegt. Vergehen können auch mit einer Geldstrafe bestraft werden.

Versicherungsdauer
Die Versicherungsdauer ist der Zeitraum vom Beginn bis Ende der Versicherung. Sie finden die Versicherungsdauer in Ihrem *»Versicherungsschein*.

Versicherungsperiode
Die Versicherungsperiode richtet sich nach der *»Beitragszahlweise.* Bei Abschluss des Vertrags entscheiden Sie sich für eine monatliche, vierteljährliche, halbjährliche oder jährliche *»Beitragszahlweise*. Die Versicherungsperioden legen wir vom *»Stammtag* der Versicherung aus fest.
Ist der *»Stammtag* der Versicherung beispielsweise der 1. Juli bei halbjährlicher *»Beitragszahlweise,* so gibt es jährlich zwei Versicherungsperioden: vom 1. Juli bis zum 31. Dezember und vom 1. Januar bis zum 30. Juni.

Versicherungsschein
Der Versicherungsschein ist die Urkunde über einen zustande gekommenen Versicherungsvertrag.

VVG
Abkürzung für Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz).

Wiederherstellung, Wiederinkraftsetzung
Wenn Ihr Vertrag für einen gewissen Zeitraum beitragsfrei war, können Sie unter bestimmten Umständen die Beitragszahlung wieder aufnehmen. Dann sprechen wir von einer Wiederherstellung oder Wiederinkraftsetzung. Näheres dazu erfahren Sie in § 24.

Wirksamkeitstermin (beispielsweise einer Kündigung)
Der Wirksamkeitstermin ist der erste Tag in einem Monat, in dem beispielsweise eine Kündigung wirksam wird.