

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die aufgeschobene Rentendirektversicherung mit Schutz bei Berufsunfähigkeit

Inhaltsverzeichnis

Teil A: Leistungsbeschreibung	1
§ 1 Vertragstyp	1
§ 2 Unsere Leistungen im Überblick	1
§ 3 Unsere Leistungen im Einzelnen	1
§ 4 Leistungsbeschränkung bei Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit	3
§ 5 Überschussbeteiligung	4
§ 6 Abschluss- und Vertriebskosten	9
§ 7 Kündigung	9
§ 8 Beitragsfreistellung - Beitragsreduktion - Stundung	10
§ 9 Neufestsetzung der vereinbarten Beiträge	14
Teil B: Allgemeine Bestimmungen	15
§ 1 Beginn des Versicherungsschutzes	15
§ 2 Beitragszahlung	15
§ 3 Erhöhung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente	16
§ 4 Ihre Pflichten vor Beginn des Vertrages	17
§ 5 Nachweise im Leistungsfall	18
§ 6 Erklärung über unsere Leistungspflicht für den Schutz bei Berufsunfähigkeit	20
§ 7 Bis wann können bei Meinungsverschiedenheiten Rechte geltend gemacht werden?	21
§ 8 Nachprüfung der Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit	21
§ 9 Verletzung der Mitwirkungspflichten bei Berufsunfähigkeit	21
§ 10 Leistungsempfänger - Bezugsberechtigung	22
§ 11 Abtretung - Verpfändung	22
§ 12 Mitteilungs- und Mitwirkungspflichten (z. B. Namensänderung, Umzug, Steuerpflicht im Ausland)	22
§ 13 Anwendbares Recht - Gerichtsstand - Verjährung	23
Anhang: Definition der Berufsunfähigkeit und der Pflegebedürftigkeit	24

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die aufgeschobene Rentendirektversicherung mit Schutz bei Berufsunfähigkeit

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

Teil A: Leistungsbeschreibung

§ 1 Vertragstyp

Sie haben eine aufgeschobene Rentendirektversicherung mit Schutz bei Berufsunfähigkeit abgeschlossen. Diese sieht neben der Zahlung einer Altersrente an die versicherte Person auch die Beitragsbefreiung und die Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente im Falle der Berufsunfähigkeit vor.

§ 2 Unsere Leistungen im Überblick

- Schutz bei Berufsunfähigkeit
- Altersrente
- Kapital statt Altersrente

§ 3 Unsere Leistungen im Einzelnen

I. Schutz bei Berufsunfähigkeit

- (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 innerhalb der vertraglich für den Schutz bei Berufsunfähigkeit vereinbarten Leistungsdauer folgende Leistungen:

- Wir befreien Sie von der Pflicht zur Beitragszahlung für den Schutz bei Berufsunfähigkeit, das heißt, Sie müssen für diesen Schutz keine Beiträge mehr zahlen. Dies gilt ab dem nächsten Fälligkeitstermin für eine Beitragszahlung nach dem Zeitpunkt, ab dem die versicherte Person berufsunfähig geworden ist.
- Wir befreien Sie von der Pflicht zur Beitragszahlung für die Rentenversicherung, das heißt, Sie müssen für diese Versicherung keine Beiträge mehr zahlen. Dies gilt ab dem nächsten Fälligkeitstermin für eine Beitragszahlung nach dem Zeitpunkt, ab dem die versicherte Person berufsunfähig geworden ist.
- Wir zahlen Ihnen eine monatliche, vierteljährliche, halbjährliche oder jährliche Berufsunfähigkeitsrente.

Die Zahlweise der Berufsunfähigkeitsrente finden Sie in Ihrem Versicherungsschein. Wir zahlen die Berufsunfähigkeitsrenten immer zu Beginn einer Rentenzahlungsperiode. Eine Rentenzahlungsperiode ist bei jährlicher Rentenzahlweise der Zeitraum zwischen zwei aufeinanderfolgenden Stamttagen. Stamttag ist jeweils der Erste jenes Monats, der auch als Monat des Beginns der Altersrentenzahlung vorgesehen ist. Bei halbjährlicher, vierteljährlicher oder monatlicher Zahlweise unterteilen wir diesen Zeitraum in halbe Jahre oder Vierteljahre oder in Monate. Beginnt die Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente an einem Termin, der nicht Beginn einer Rentenzahlungsperiode ist, so zahlen wir die erste Rente anteilig für den Rest dieser Rentenzahlungsperiode.

Ist unsere Leistungspflicht aus dem Schutz bei Berufsunfähigkeit anerkannt oder festgestellt, so berechnen wir die Leistung aus der Rentenversicherung (Rückkaufswert, beitragsfreie Versicherungsleistung und Überschussbeteiligung der Rentenversicherung) so, als ob Sie den Beitrag unverändert weiter gezahlt hätten.

Liegt keine Berufsunfähigkeit mehr vor oder ein Grad der Berufsunfähigkeit von unter 50 %, stellen wird die Leistungen aus dem Schutz bei Berufsunfähigkeit ein. Ab diesem Zeitpunkt müssen Sie auch wieder Beiträge zahlen.

Ist der Grad der Berufsunfähigkeit geringer als 50 %, so erhalten Sie keine Leistungen aus dem Schutz bei Berufsunfähigkeit. Sie erhalten jedoch unabhängig vom Grad der Berufsunfähigkeit Leistungen, wenn die versicherte Person pflegebedürftig ist (siehe Absatz 2).

Wie Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen definiert ist, finden Sie im Anhang.

- (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 im Anhang. 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 den Schutz bei Berufsunfähigkeit vereinbart haben.

- (3) Bis wir entschieden haben, ob wir Ihren Antrag auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit anerkennen, stunden wir die Beiträge der gesamten Versicherung 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 Monaten 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 Vertrags 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. Über die Auswirkungen der Vertragsänderung informieren wir Sie gerne.

- (4) Der Anspruch auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, frühestens jedoch zum Beginn der Versicherung.

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.

- (5) Ist für den Schutz bei Berufsunfähigkeit eine Karenzzeit vereinbart, so zahlen wir die Berufsunfähigkeitsrente erst nach Ablauf der Karenzzeit. Hierfür muss die Berufsunfähigkeit (siehe Absatz 1 und 2) während der Karenzzeit ununterbrochen bestanden haben und bei Ablauf der Karenzzeit noch andauern. Die Karenzzeit beginnt mit dem Eintritt der Berufsunfähigkeit. Ihre Dauer in Monaten finden Sie in Ihrem Versicherungsschein.
- (6) Wir beenden die Leistungen aus dem Schutz bei Berufsunfähigkeit bei Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer oder wenn die versicherte Person verstorben ist. 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 Teil B: § 8.
- (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 diesem Schutz bei Berufsunfähigkeit gezahlt, da die versicherte Person berufsunfähig oder pflegebedürftig war,
 - wir haben diese Leistungen wie in Absatz 6 beschrieben eingestellt und
 - die versicherte Person wird wegen der ursprünglichen Ursache erneut berufsunfähig oder pflegebedürftig im Sinne dieser Bedingungen.

Dies ist selbst dann der Fall, wenn die Versicherungsdauer bereits abgelaufen ist.

- (8) Nach Einstellung unserer Leistungen 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 dem Schutz bei Berufsunfähigkeit besteht weltweit.
- (10) 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 möchten, geben wir Ihnen auf Wunsch Auskunft,

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

II. Altersrente

- (1) Ab dem vereinbarten Rentenbeginn zahlen wir die Altersrente je nach vereinbarter Rentenzahlungsweise monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich bis zum Tod der versicherten Person.
- (2) Die Höhe der garantierten Altersrente und den Rentenbeginn entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungsschein.
- (3) Auf Antrag können Sie den Rentenbeginn um ganze Jahre vorverlegen, sofern die versicherte Person zum vorverlegten Rentenbeginn das 62. Lebensjahr vollendet hat. Die Versicherungsleistung verringert sich entsprechend und der Schutz bei Berufsunfähigkeit erlischt, kann also nicht separat fortgesetzt werden. Die Leistungsdauer bei anerkannter Berufsunfähigkeit kann jedoch, entsprechend den vertraglichen Vereinbarungen, über den Rentenbeginn hinausreichen.
- (4) Unterschreitet die Altersrente die Kleinbetragsrente im Sinne von § 3 Nr. 63 EStG i.V.m. § 1 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 AltZertG, so können wir den für diese Rente zur Verfügung stehenden Betrag in einer Summe auszahlen. Der Vertrag endet mit Auszahlung des Betrages.

III. Kapital statt Altersrente zum Rentenbeginn

- (1) Innerhalb des letzten Jahres vor Rentenbeginn können Sie anstelle der Rente auch die Auszahlung einer einmaligen Kapitalabfindung beantragen, sofern das Kapitalwahlrecht nicht von Beginn an ausgeschlossen wurde. Mit der Auszahlung der Kapitalabfindung endet der Vertrag.
- (2) Die Höhe der garantierten Kapitalabfindung entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungsschein.

§ 4

Leistungsbeschränkung bei Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit

- (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 unvorhersehbarer 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 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.

§ 5 Überschussbeteiligung

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 vor allem von der Entwicklung des Kapitalmarktes und der dort erzielten Kapitalerträge, aber auch vom Verlauf der Sterblichkeit sowie vom Verlauf der Leistungen wegen Berufsunfähigkeit und von der Entwicklung der Kosten ab. Prognosen über die weitere Entwicklung der Überschussbeteiligung sind über einen längeren Zeitraum nicht möglich. Wir können daher keine Aussage darüber machen, in welcher Höhe Überschüsse in Zukunft anfallen werden. Die Höhe der Überschüsse kann also nicht garantiert werden.
- (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 zu einem Kollektivvertrag, der in der Bestandsgruppe der Kollektivverträge mit eigener Vertragsabrechnung (laut BerVersV "BG 124") geführt wird. Für diesen Kollektivvertrag wird eine eigene Kollektivvertragsabrechnung durchgeführt. Innerhalb der Bestandsgruppe gehört Ihre Versicherung zur Teilbestandsgruppe der Kollektivverträge mit eigener Vertragsabrechnung BVUK.

Bei Übergang in eine Hinterbliebenenrente wird Ihre Versicherung jedoch in den Normalbestand übertragen und gehört dann zur Bestandsgruppe der Rentenversicherungen.

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. Zuteilung von Überschüssen vor Altersrentenbeginn

- (1) Überschussverwendung für den Schutz bei Berufsunfähigkeit
 - a. 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. Diese 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 für den Schutz bei Berufsunfähigkeit (ohne Zuschläge). Wie hoch dieser Prozentsatz ist, erfahren Sie in der Überschussdeklaration. Den Überschussanteil gewähren wir von Versicherungsbeginn an bis zum ersten Stamttag nach Versicherungsbeginn und dann jeweils ein Jahr. Er verringert Ihren zu zahlenden Beitrag für den Schutz bei Berufsunfähigkeit.

Diese Überschussanteile gewähren wir Ihrem Vertrag unter dem Vorbehalt, dass der Versicherungsvertrag bis zum vereinbarten Vertragsende unverändert fortgeführt wird. Bei einer Änderung des Versicherungsvertrags 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 § 8 Abschnitt I Absatz 3.

Diese Überschussverwendungsart ist nur möglich während Vertragszeiten ohne steuerliche Förderfähigkeit gemäß § 3 Nr. 63 EStG (private Fortführung der Versicherung).
 - Verzinssliche Ansammlung (wenn vereinbart)

Während der Beitragszahlung erhalten Sie in jedem Jahr einen Überschussanteil. Diesen berechnen wir in Abhängigkeit eines jährlich deklarierten Prozentsatzes und Ihres Beitrags für den Schutz bei Berufsunfähigkeit (ohne Zuschläge). Wie hoch dieser Prozentsatz ist, erfahren Sie in der Überschussdeklaration. Den Überschussanteil gewähren wir von Versicherungsbeginn an bis zum ersten Stamttag nach Versicherungsbeginn und dann jeweils für ein Jahr. Er wird nachschüssig gewährt und fließt in die Verzinssliche Ansammlung der Rentenversicherung ein (siehe Absatz 2 und 3).

Während beitragsfreier Zeiten erhalten Sie ebenfalls in jedem Jahr einen Überschussanteil. Diesen berechnen wir abweichend in Abhängigkeit eines weiteren jährlich deklarierten Prozentsatzes und Ihrer versicherten Berufsunfähigkeitsrente. Wie hoch dieser Prozentsatz ist, erfahren Sie in der Überschussdeklaration. Dieser Überschussanteil wird jeweils für ein Jahr nachschüssig gewährt und fließt ebenfalls in die Verzinssliche Ansammlung der Rentenversicherung ein.

Diese Überschussanteile gewähren wir Ihrem Vertrag unter dem Vorbehalt, dass der Versicherungsvertrag bis zum vereinbarten Vertragsende unverändert fortgeführt wird. Bei einer Änderung des Versicherungsvertrags 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 § 8 Abschnitt I Absatz 3.
 - b. Überschussverwendung in der leistungspflichtigen Zeit

In der leistungspflichtigen Zeit zahlen wir für die Versicherung von Beitragsfreiheit gemäß § 3 Abschnitt I Absatz 1 b eine jährlich steigende oder gleichbleibende Gewinnrente. Wir berechnen den Zuwachs als Prozentsatz der Jahresbeiträge für die Rentenversicherung zuzüglich der Gewinnrente im vorigen Jahr. Die Gewinnrente zahlen wir erstmals an dem Stamttag, an dem die Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit mindestens ein volles Jahr bestanden hat und eine etwaige Karenzzeit abgelaufen ist. Während einer Karenzzeit werden Anwartschaften

auf eine Gewinnrente aufgebaut. Sie wird verzinslich angesammelt und bei Beendigung der Versicherung ausgezahlt. Die laufende Überschussbeteiligung beinhaltet bereits die im Leistungsbezug vorzunehmende Beteiligung an den Bewertungsreserven.

Für die Versicherung einer Berufsunfähigkeitsrente gemäß § 3 Abschnitt I Absatz 1 c zahlen wir eine jährlich steigende oder gleichbleibende Gewinnrente. Wir berechnen den Zuwachs als Prozentsatz der Berufsunfähigkeitsrente zuzüglich der Gewinnrente im vorigen Jahr. Die Gewinnrente zahlen wir erstmals an dem Stammtag, an dem die Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit mindestens ein volles Jahr bestanden hat. Die Gewinnrente wird zusammen mit der Berufsunfähigkeitsrente ausgezahlt. Die laufende Überschussbeteiligung beinhaltet bereits die im Leistungsbezug vorzunehmende Beteiligung an den Bewertungsreserven.

Unser Vorstand legt die genannten Prozentsätze auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars 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) Die Zuteilung der Überschüsse für Ihre Rentenversicherung vor Rentenbeginn erfolgt jährlich an deren Stammtag, sofern sie über diesen Zeitpunkt hinaus fortbesteht. Stammtag ist jeweils der Erste jenes Monats, der auch als Monat des Beginns der Rentenzahlung vorgesehen ist.

Es werden Jahresanteile zugewiesen. Diese bestehen aus einem Ertragsanteil in Prozent des maßgeblichen Deckungskapitals der Rentenversicherung und einem Rentenanteil in Prozent der versicherten Jahresrente.

Die Verwendung der zugewiesenen Jahresanteile erfolgt als Verzinsliche Ansammlung. Dabei werden die Jahresanteile verzinslich angesammelt.

- (3) Bei Altersrentenbeginn wird aus dem Guthaben der Verzinslichen Ansammlung eine zusätzliche Rente gebildet.

Die Höhe der zusätzlichen Rente ergibt sich aus zu Rentenbeginn aktuellen Rechnungsgrundlagen, welche insbesondere die Entwicklung der Lebenserwartung und die Rendite der Kapitalanlagen berücksichtigen. Die Rechnungsgrundlagen werden zu Rentenbeginn unter Beachtung dann aktueller aufsichtsrechtlicher und sonstiger Bestimmungen für eine Prämienkalkulation festgelegt. Die zusätzliche Rente wird zusammen mit der garantierten Rente fällig, ist ebenfalls garantiert und überschussberechtig.

Bei Wahl der Kapitalabfindung zahlen wir das vorhandene Ansammlungsguthaben mit der Kapitalabfindung aus.

Im Todesfall vor Altersrentenbeginn wird das nach Zuteilung zum letzten Stammtag vorhandene Ansammlungsguthaben für die Bildung einer lebenslangen Hinterbliebenenrente verwendet. Für deren Höhe gilt das oben über die Verrentung der Ansammlung Gesagte entsprechend. Wer Hinterbliebener im Sinne dieser Bedingungen sein kann, beschreiben wir am Ende dieses Abschnitts. Zusätzlich zahlen wir eine Beteiligung an den Bewertungsreserven nach den gesetzlichen Bestimmungen (siehe Abschnitt V).

Die Hinterbliebenenrente zahlen wir bis zum Tod des Hinterbliebenen zu den gleichen Terminen, die für die Zahlung der Altersrente vereinbart sind, beginnend zu dem Termin, der auf den Tod der versicherten Person folgt. Für die Zeit von dem auf den Tod folgenden Monatsersten bis zum ersten Fälligkeitstermin der Hinterbliebenenrente zahlen wir eine anteilige Hinterbliebenenrente.

Hinterbliebene im Sinne der Bedingungen können auch Kinder sein. In diesem Fall teilen wir das Ansammlungsguthaben gleichmäßig auf die Kinder auf. Für jedes Kind berechnen wir aus dem jeweiligen Teil des Ansammlungsguthabens eine befristete Waisenrente. Diese zahlen wir bis zum Ende der Befristung, höchstens jedoch solange das Kind lebt.

Unterschreitet die Hinterbliebenenrente die Kleinbetragsrente im Sinne von § 3 Nr. 63 EStG i.V.m. § 1 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 AltZertG, so können wir den für diese Rente zur Verfügung stehenden Betrag in einer Summe auszahlen. Für den Hinterbliebenen wird keine weitere Leistung fällig.

Wenn der Hinterbliebene im Sinne dieser Bedingungen es wünscht, zahlen wir die für den Todesfall der versicherten Person vereinbarte Leistung in einem einzigen Betrag. Der Vertrag endet dann mit Auszahlung des Betrages.

Wenn es keinen Hinterbliebenen im Sinne dieser Bedingungen gibt, zahlen wir ein Sterbegeld an die hierfür als bezugsberechtigt benannte Person. Falls keine für das Sterbegeld bezugsberechtigte Person benannt wurde, zahlen wir das Sterbegeld an die Erben. Das Sterbegeld ist so hoch wie das

Ansammlungsguthaben, höchstens jedoch 8.000 EUR. Der Vertrag endet mit der Auszahlung des Sterbegeldes.

- (4) Zum Beginnstermin der Altersrente erhalten Sie ergänzend zu der laufenden Überschussbeteiligung einen Schlussbonus. Dieser wird folgendermaßen ermittelt: In Analogie zum Vorgehen bei der Bestimmung von Jahresanteilen nach den Absätzen 2 und 3 werden in jedem Versicherungsjahr mit jährlich für den Schlussbonus deklarierten Ertragsanteil- und Rentenanteilsätzen schlussbonusfähige Beträge ermittelt. Diese werden mit einem jährlich deklarierten Schlussbonuszins aufgezinst und über alle Jahre bis zum Rentenbeginn aufsummiert. Diese Summe stellt die Bemessungsgröße für den Schlussbonus dar. Die Höhe des Schlussbonus ergibt sich durch Anwendung eines für den Schlussbonus in der Überschussdeklaration zum Zeitpunkt der Fälligkeit festgelegten Prozentsatzes auf die Bemessungsgröße.

Aus dem Schlussbonus wird eine zusätzliche Rente gebildet.

Die Höhe der zusätzlichen Rente ergibt sich aus zu Rentenbeginn aktuellen Rechnungsgrundlagen, welche insbesondere die Entwicklung der Lebenserwartung und die Rendite der Kapitalanlagen berücksichtigen. Die Rechnungsgrundlagen werden zu Rentenbeginn unter Beachtung dann aktueller aufsichtsrechtlicher und sonstiger Bestimmungen für eine Prämienkalkulation festgelegt. Die zusätzliche Rente wird zusammen mit der garantierten Rente fällig, ist ebenfalls garantiert und überschussberechtig.

Auch bei Wahl der Kapitalabfindung erhält Ihr Vertrag einen Schlussbonus. Dieser wird zusammen mit der Kapitalabfindung ausgezahlt.

Bei Tod vor Rentenbeginn wird ein Schlussbonus in reduzierter Höhe fällig. Er wird wie ein Guthaben aus Verzinsslicher Ansammlung für die Bildung einer zusätzlichen Hinterbliebenenrente verwendet.

- (5) Über die jährlichen Überschüsse und den Schlussbonus hinaus erhält Ihr Vertrag zum Altersrentenbeginn einen Schlussgewinnanteil, dessen Höhe von der garantierten Rente und den zugewiesenen Jahresanteilen sowie den schlussbonusfähigen Beträgen und insbesondere davon abhängt, in welcher Höhe die Schlussgewinnanteilsätze zum Zeitpunkt der Zuteilung festgelegt sind. Aus dem Schlussgewinnanteil wird eine zusätzliche Rente gebildet. Die Höhe der zusätzlichen Rente ergibt sich aus zu Rentenbeginn aktuellen Rechnungsgrundlagen, welche insbesondere die Entwicklung der Lebenserwartung und die Rendite der Kapitalanlagen berücksichtigen. Die Rechnungsgrundlagen werden zu Rentenbeginn unter Beachtung dann aktueller aufsichtsrechtlicher und sonstiger Bestimmungen für eine Prämienkalkulation festgelegt. Die zusätzliche Rente wird zusammen mit der garantierten Rente fällig, ist ebenfalls garantiert und überschussberechtig.

Auch bei Wahl der Kapitalabfindung erhält Ihr Vertrag unter den oben genannten Voraussetzungen einen Schlussgewinnanteil. Dieser wird mit der Kapitalabfindung ausgezahlt.

Bei Tod vor Altersrentenbeginn wird kein Schlussgewinnanteil fällig.

- (6) Bei ungünstiger Überschussentwicklung können sowohl der Schlussgewinnanteil als auch der Schlussbonus gänzlich entfallen.

Hinterbliebene im Sinne dieser Bedingungen

a. Hinterbliebene im Sinne dieser Bedingungen sind in dieser Rangfolge:

- der Ehegatte oder bei einer eingetragenen Lebenspartnerschaft der/die Lebenspartner/in zum Zeitpunkt des Todes,
- eheliche und diesen rechtlich gleichgestellte Kinder der versicherten Person zu gleichen Teilen. Dabei muss es sich um Kinder im Sinne des § 32 EStG handeln. Für Kinder, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, ist die Einhaltung der Voraussetzungen des § 32 Absatz 4 Satz 1 Nr. 1 bis 3 EStG erforderlich.

b. Abweichend von dieser Rangfolge kann auch eine dieser Personen als vorrangig bezugsberechtigt im Todesfall angegeben werden:

- eine der Personen aus dem unter a. genannten Personenkreis oder
- der Lebensgefährte oder die Lebensgefährtin, der/die mit der versicherten Person in einer eheähnlichen Gemeinschaft lebt, oder
- der frühere Ehegatte oder eingetragene Lebenspartner der versicherten Person.

Diese Person muss namentlich mit Anschrift und Geburtsdatum in Textform genannt werden. Bis zum Eintritt des Versicherungsfalls kann das Bezugsrecht jederzeit geändert oder widerrufen werden. Dies muss ebenfalls in Textform geschehen. Auch bei einer Änderung können nur Personen aus dem genannten Personenkreis angegeben werden. Wenn ein Kind begünstigt ist, prüfen wir im Todesfall, ob das Kind die Voraussetzungen des § 32 EStG erfüllt. Wenn die Lebensgefährtin oder der Lebensgefährte begünstigt ist, prüfen wir im Todesfall, ob die eheähnliche Gemeinschaft mit der Lebensgefährtin oder dem Lebensgefährten zum Todeszeitpunkt noch bestand. Ist dies nicht der Fall, leisten wir nicht an den Begünstigten, sondern nach der vorgegebenen Rangfolge der Hinterbliebenen.

IV. Zuteilung von Überschüssen nach Altersrentenbeginn

- (1) Die Verwendung der Überschüsse erfolgt als Bonusrente.
- (2) Bei einer Bonusrente werden die Überschüsse jährlich zugewiesen, erstmals bei Rentenbeginn und dann zu Beginn eines jeden Rentenbezugsjahres. Sie bestehen aus einem Ertragsanteil in Prozent des maßgeblichen Deckungskapitals und einem Rentenanteil in Prozent der versicherten Jahresrente.

Aus jedem Jahresanteil wird eine zusätzliche Rente (Bonusrente) gebildet. Die Höhe der Bonusrente ergibt sich jeweils aus zum Zuteilungszeitpunkt aktuellen Rechnungsgrundlagen, welche insbesondere die Entwicklung der Lebenserwartung und die Rendite der Kapitalanlagen berücksichtigen. Die Rechnungsgrundlagen werden jeweils zum Zuteilungszeitpunkt unter Beachtung dann aktueller aufsichtsrechtlicher und sonstiger Bestimmungen für eine Prämienkalkulation festgelegt. Die Bonusrente wird zusätzlich zur garantierten Rente gezahlt. Dies führt insgesamt zu einer steigenden oder gleichbleibenden Rente. Die Bonusrente ist nach Zuteilung ebenfalls garantiert und überschussberechtigt.

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) Während der Ansparphase, also vor Beginn der Rentenzahlung, beteiligen wir Sie an den Bewertungsreserven, wenn der Vertrag durch Tod oder Kündigung beendet wird. Auch wenn die versicherte Person den Rentenbeginn erlebt und der Vertrag in den Rentenbezug übergeht oder Sie sich das Kapital auszahlen lassen, beteiligen wir Sie an den Bewertungsreserven.
- (6) Während des Bezuges einer Alters- oder Hinterbliebenenrente kann eine Beteiligung an den Bewertungsreserven für Ihren Vertrag 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.
- (7) Auch während des Bezuges einer Berufsunfähigkeitsrente oder der Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit 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.

VI. Mitteilung über den Stand der Überschussbeteiligung

In unserer jährlichen Renteninformation werden wir über den Stand der Überschussbeteiligung des Vertrages informieren.

§ 6 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. 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 ein geringer Rückkaufswert und geringe Beträge zur Bildung einer beitragsfreien Leistung vorhanden. Daher können Sie finanzielle Nachteile haben, wenn Sie den Vertrag kündigen oder beitragsfrei stellen. Mehr dazu finden Sie in §§ 7 und 8. Sprechen Sie vorher bitte mit uns.

§ 7 Kündigung

- (1) Solange keine Alters-, Berufsunfähigkeits- oder Hinterbliebenenrente fällig ist, können Sie Ihre Versicherung jederzeit für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode (siehe Teil B: § 2) ganz oder teilweise kündigen. Der Schutz bei Berufsunfähigkeit und die Rentenversicherung können nicht separat gekündigt werden, sondern nur gemeinsam.

- (2) Bei einer Kündigung stellen wir Ihren Vertrag beitragsfrei. Bei einer nur teilweisen Kündigung reduzieren wir Ihren Beitrag. Näheres dazu finden Sie in § 8 Abschnitt I und II.

Ein Rückkaufswert aus dem Schutz bei Berufsunfähigkeit fällt nicht an.

- (3) Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen oder Ihre Beiträge reduzieren, können Sie finanzielle Nachteile haben. In der ersten Zeit des Vertrages verrechnen wir die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten. Deshalb sind zunächst nur geringe Beträge zur Bildung einer beitragsfreien Rente

und einer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente vorhanden. Näheres zur Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten finden Sie in § 6 Absatz 2. Auch in den Folgejahren stehen nicht unbedingt Mittel in Höhe der eingezahlten Beiträge für die Bildung einer beitragsfreien Rente und einer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente zur Verfügung.

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

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

§ 8

Beitragsfreistellung - Beitragsreduktion - Stundung

I. Beitragsfreistellung

- (1) Sie können Ihre Beitragszahlung jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode einstellen. Der Schutz bei Berufsunfähigkeit und die Rentenversicherung können nicht separat beitragsfrei gestellt werden, sondern nur gemeinsam. Ihren Wunsch teilen Sie uns bitte in Textform mit. Andernfalls müssten wir Sie zunächst mahnen.
- (2) Bei Beitragsfreistellung wandeln wir Ihre Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit reduzierter Rente und reduzierter Berufsunfähigkeitsrente um. Für die Berechnung der beitragsfreien Rente und 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 Rente und 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 § 6 Absatz 2).
- 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.

Das Verhältnis zwischen der Berufsunfähigkeitsrente und der Leistung aus der Rentenversicherung wird durch die Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung nicht verändert.

- (3) Den aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Rente und der beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente zur Verfügung stehende Betrag mindern wir um
- rückständige Beiträge sowie um
 - einen Abzug.

Die Erhebung dieses Abzugs vereinbaren wir auf 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.

Die Höhe des Abzugs 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 Erfahrung zeigt, 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, ge-

hen 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 für den Schutz bei Berufsunfähigkeit 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 Beitrag vorsieht. Beitragsteile, die in einem Jahr zur Risikodeckung für den Schutz bei Berufsunfähigkeit nicht benötigt werden, werden in einer Rückstellung zurückgestellt und in den Jahren zur Finanzierung der Risikodeckung herangezogen, in denen der Beitrag wegen der größeren Häufigkeit von Berufsunfähigkeitsfällen nicht ausreicht. Die Überschussysteme Beitragsreduktion und Verzinsliche Ansammlung (siehe § 5 Abschnitt III Absatz 1) sind diesem Mechanismus angepasst. Die Beteiligung an den Überschüssen ist in beiden Fällen während der beitragspflichtigen Zeit als Prozentsatz der Bruttobeiträge für den Schutz bei Berufsunfähigkeit definiert. Dadurch ergeben sich Überschussanteile, die von der Versichertengemeinschaft Ihrem Versicherungsvertrag vorfinanziert werden. Wird der Versicherungsvertrag unverändert fortgeführt, gleicht sich dieses im Vertragsverlauf wieder aus. Bei einer Änderung des Vertrages gilt wegen des Gleichbehandlungsgrundsatzes nach § 138 Absatz 2 VAG: Es muss derjenige Teil der vorfinanzierten Überschüsse an die Versichertengemeinschaft wieder zurückgegeben werden, der zur Risikodeckung für den Schutz bei Berufsunfähigkeit 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) 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 Rente und einer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente vorhanden. Näheres zur Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten finden Sie in § 6 Absatz 2.

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

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

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

II. Reduzierung des Beitrags

- (1) Statt die Beitragszahlung ganz einzustellen (siehe Abschnitt I), können Sie auch den vereinbarten Beitrag immer zum nächsten Fälligkeitstermin reduzieren. Dabei setzen wir Ihre versicherte Rente und Ihre versicherte Berufsunfähigkeitsrente herab. Das Verhältnis zwischen der Berufsunfähigkeitsrente und der Leistung aus der Rentenversicherung wird durch die Reduktion des Beitrags nicht verändert.

Für die Berechnung der reduzierten Rente und der reduzierten Berufsunfähigkeitsrente wenden wir anerkannte Regeln der Versicherungsmathematik an. Grundlage für die Festlegung der Leistungen sind die Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation. Den in Abschnitt I Absatz 3 beschriebenen Abzug nehmen wir in diesem Fall anteilig vor.

- (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 Verrin-

gerung 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 Vertrages verrechnen wir die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten. Deshalb sind zunächst nur geringe Beträge zur Festlegung einer reduzierten Rente und reduzierten Berufsunfähigkeitsrente vorhanden. Näheres zur Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten finden Sie in § 6 Absatz 2.

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

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

III. Wiederinkraftsetzung nach Beitragsfreistellung oder Beitragserhöhung nach Reduzierung des Beitrags

- (1) Sie können

- nach einer Beitragsfreistellung (siehe Abschnitt I) jederzeit die Beitragszahlung wieder aufnehmen oder
- nach einer Reduzierung des Beitrags (siehe Abschnitt II) den Beitrag wieder erhöhen.

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.

- (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. Das bedeutet, wir stellen Fragen zur Gesundheit der versicherten Person. Ob und zu welchen Bedingungen wir die Wiederinkraftsetzung oder Beitragserhöhung durchführen, hängt von dem Ergebnis dieser Gesundheitsprüfung ab. Anders als bei einer Risikoprüfung fragen wir bei einer Gesundheitsprüfung nicht nach dem Beruf, Einkommen oder Freizeitverhalten der versicherten Person.
- Bei Beitragsfreistellungen oder Reduzierungen des Beitrags im Rahmen einer Elternzeit ist erst nach Ablauf von 38 Monaten eine erneute Gesundheitsprüfung erforderlich. Innerhalb dieses Zeitraums von 38 Monaten müssen Sie uns stattdessen einen Nachweis über die Elternzeit einreichen.

Aus einer eventuell erforderlichen Gesundheitsprüfung können sich Änderungen von Leistungen oder Beitrag ergeben. Darüber, wie sich die Wiederaufnahme der Beitragszahlung oder die Beitragserhöhung auf Ihren Vertrag auswirkt, werden wir Sie im Einzelfall informieren.

Besteht zum Zeitpunkt der Abgabe zuvor genannter Gesundheitsprüfung keine steuerliche Förderfähigkeit gemäß § 3 Nr. 63 EStG aufgrund privater Fortführung der Versicherung, so gilt: Die Gesundheitsprüfung entspricht dann unserer vollständigen Gesundheitsprüfung aus dem Einzelvertragsgeschäft für Berufsunfähigkeitsversicherungen.

- (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 Rente und die Berufsunfähigkeitsrente neu ermitteln. Für die Berechnung der neuen Rente und der neuen Berufsunfähigkeitsrente wenden wir anerkannte Regeln der Versicherungsmathematik an. Grundlage für die Festlegung der Rente und der Berufsunfähigkeitsrente sind die Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation.

Das Verhältnis zwischen der Berufsunfähigkeitsrente und der Leistung aus der Rentenversicherung wird durch die Wiederinkraftsetzung nicht verändert.

(5) Wenn

- Sie gemäß Abschnitt II 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 Abschnitt II Absatz 2.
- Erhöhungen der Berufsunfähigkeitsrente gemäß Teil B: § 3, 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 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 oder
- nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit.

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

IV. Stundung

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 Rentenbeginn noch mindestens fünf Jahre liegen,
- Ihr Vertrag nicht im Zahlungsverzug ist und
- die Beiträge für die ersten zwölf Monate vollständig bezahlt wurden.

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.

Alternativ verrechnen wir auf Wunsch die gestundeten Beiträge

- mit einer vorhandenen verzinslichen Ansammlung oder
- durch eine Änderung Ihres Vertrages.

Führen wir eine solche Verrechnung durch, so müssen Sie die Beträge nicht nachzahlen. Erfolgt die Verrechnung dabei durch eine Änderung Ihres Vertrages, so erhöhen wir nach Rücksprache mit Ihnen entweder Ihren künftig zu zahlenden Beitrag oder wir setzen die versicherten Leistungen herab.

Die Möglichkeit einer Verrechnung besteht jedoch nur, wenn das Deckungskapital Ihres Vertrages zuzüglich der vorhandenen verzinslichen Ansammlung 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 § 6 Absatz 2). In den ersten fünf Vertragsjahren gilt daher für das Deckungskapital, das wir zur Verrechnung heranziehen: Es ist geringer als der Betrag, den wir für die Berechnung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente (siehe Abschnitt I) zugrunde legen.

Eine erneute Stundung ist erst möglich, wenn Sie die gestundeten Beiträge vollständig ausgeglichen haben.

Wird eine Leistung aus Ihrem Schutz bei Berufsunfähigkeit fällig, verrechnen wir etwaige Beitragsrückstände mit dieser. Kündigen Sie Ihre Versicherung und ist eine Verrechnung der gestundeten Beiträge nicht möglich, müssen Sie diese in einem Betrag nachzahlen.

Über die Auswirkungen der Vertragsänderung informieren wir Sie gerne.

§ 9 Neufestsetzung der vereinbarten Beiträge

Wir verzichten auf unser Recht nach § 163 VVG zu einer Neufestsetzung des vereinbarten Beitrags, wenn sich der Leistungsbedarf nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den Rechnungsgrundlagen des vereinbarten Beitrags geändert hat.

Teil B: Allgemeine Bestimmungen

§ 1 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 § 2 Abschnitt I.

§ 2 Beitragszahlung

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

I. Erster Beitrag

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

III. Wann können Sie die Beitragszahlung bei Wegfall der Entgeltfortzahlung aussetzen?

(1) Befristete Aussetzung der Beitragszahlung

Bei Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person können Sie nach dem Wegfall der Entgeltfortzahlung die Beitragszahlung befristet bis zu sechs Monate aussetzen. Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit muss nach dem Versicherungsbeginn liegen. Die Höhe der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente ändert sich hierdurch nicht.

Nach Ablauf des befristeten Aussetzens der Beitragszahlung wird die Versicherung beitragspflichtig fortgesetzt. Dies ist insbesondere der Fall, wenn keine Arbeitsunfähigkeit mehr besteht. Die ausgesetzten Beiträge müssen nicht nachgezahlt werden.

Bei einer privaten Fortführung des Vertrags durch die versicherte Person entfällt die Möglichkeit eines befristeten Aussetzens der Beitragszahlung.

(2) Nachweis des Wegfalls der Entgeltfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit

Wenn Sie ein befristetes Aussetzen der Beitragszahlung wegen des Wegfalls der Entgeltfortzahlung

bei Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person verlangen, benötigen wir einen entsprechenden Nachweis.

Sobald die versicherte Person wieder arbeitsfähig ist, müssen Sie uns hierüber unverzüglich - das heißt ohne schuldhaftes Zögern - informieren.

§ 3 Erhöhung der versicherten Berufs- unfähigkeitsrente

- (1) Sie können zu jedem nächsten Beitragszahlungstermin Ihre Berufsunfähigkeitsrente mit erneuter Gesundheitsprüfung erhöhen. Hierfür müssen Sie die zu diesem Tarif gehörige Dienstobliegenheitserklärung in der dann gültigen Fassung beantworten.

Sollte der Ihrem Versicherungsvertrag zugrundeliegende Kollektivvertrag gekündigt sein, sind wir berechtigt, die erforderlichen Gesundheitsfragen für diese Erhöhungsoption anzupassen.

Auf dieser Basis entscheiden wir, ob eine Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente möglich ist.

- (2) Wenn Sie die Versicherung nach einem Dienstaustritt privat fortführen und damit die steuerliche Förderfähigkeit gemäß § 3 Nr. 63 EStG entfällt, gilt: Während dieser Zeit ist eine Erhöhung Ihrer Berufsunfähigkeitsrente gemäß Absatz 1 nicht mehr möglich. In diesem Fall können Sie Ihre Berufsunfähigkeitsrente jedoch noch einmalig innerhalb von zwölf Monaten nach Beginn der privaten Fortführung nach den Regelungen gemäß Absatz 1 erhöhen.
- (3) Wenn Sie eine Erhöhung vornehmen möchten, informieren Sie uns bitte in Textform.
- (4) Durch die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente erhöhen sich die Versicherungsleistungen aus der Rentenversicherung nicht.
- (5) Für die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente 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.
- (6) Für die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente gemäß Absatz 1 gelten die folgenden Grenzen:
- a. Die jährliche Berufsunfähigkeitsrente darf insgesamt maximal 34,5 % der Beitragsbemessungsgrenze (West) in der allgemeinen Rentenversicherung betragen, jedoch nie mehr als 42.000 EUR.
 - b. Wir behalten uns vor zu prüfen, ob die gesamten jährlichen Berufsunfähigkeitsrenten (inklusive eines eventuellen Sofortbonus) in einem angemessenen Verhältnis zum Einkommen der versicherten Person stehen. Sie dürfen 67 % des jährlichen Bruttoeinkommens nicht übersteigen. Bei Überschreiten dieses Grenzwertes erhalten Sie ein verändertes Angebot, bei dem diese Grenze beachtet wird.
- (7) 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).
- (8) Unter folgenden Umständen gilt die Erhöhung rückwirkend zum Wirksamkeitstermin der Erhöhung als nicht vereinbart: Die Erhöhung erfolgt
- nach Eintritt der Berufsunfähigkeit oder
 - nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit.

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

§ 4 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 Teil A: § 7.

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.

§ 5 Nachweise im Leistungsfall

I. Bei Berufsunfähigkeit

- (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 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 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 einge-

- tretenen Veränderungen umfassen.
- Bei Pflegebedürftigkeit schicken Sie uns zusätzlich eine Bescheinigung einer Pflegefachkraft über Art und Umfang der Pflege.

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

- (2) Die ärztlichen Nachweise zum Eintritt oder zum Fortbestehen der Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit muss ein in der EU niedergelassener Arzt erstellen.

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. 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 nicht transportfähig ist.

- (3) 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 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 im Ausland aufhält. Die Kosten für die Untersuchung und die erforderlichen Kosten für Reise und Übernachtung zahlen wir.

- (4) Bei der Prüfung eines Antrags auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit 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 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 aus dem Schutz bei Berufsunfähigkeit zu erhalten.

Die versicherte Person ist jedoch verpflichtet, zur Verringerung des Schadens beizutragen. Dies be-

deutet: 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.

II. Im Rentenfall

- (1) Bei Rentenbeginn reichen Sie bitte den Versicherungsschein ein.
- (2) Wir können vor jeder Rentenzahlung auf unsere Kosten ein amtliches Zeugnis darüber verlangen, dass die versicherte Person bzw. bei Bezug einer Hinterbliebenenrente der Hinterbliebene noch lebt, darüber hinaus bei Waisenrentenzahlungen Belege dafür anfordern, dass die Voraussetzungen für den Bezug einer Waisenrente weiterhin erfüllt sind. Entfallen die Voraussetzungen für den Bezug einer Waisenrente, so ist uns dies unverzüglich anzuzeigen.
- (3) Zu Unrecht empfangene Rentenzahlungen sind an uns zurückzuzahlen.

III. Im Todesfall

- (1) Der Tod der versicherten Person ist uns unverzüglich anzuzeigen.
- (2) Außerdem sind folgende Unterlagen einzureichen:
 - der Versicherungsschein
 - eine amtliche, Alter und Geburtsort enthaltende Sterbeurkunde
 - Nachweise, welche die Zugehörigkeit der Leistungsempfänger zum Kreis der bezugsberechtigten Hinterbliebenen im Sinne dieser Versicherungsbedingungen belegen.

§ 6 Erklärung über unsere Leistungspflicht für den Schutz bei Berufsunfähigkeit

- (1) Wir verpflichten uns, innerhalb von drei Wochen, 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) Wir erkennen Leistungen aus dem Schutz bei Berufsunfähigkeit grundsätzlich zeitlich unbefristet an.

Befristete Leistungen erkennen wir 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 eine Berufsunfähigkeit 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 § 5 Abschnitt I) 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 Berufsunfähigkeit 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.

**§ 7
Bis wann können bei Meinungs-
verschiedenheiten Rechte gel-
tend gemacht werden?**

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

**§ 8
Nachprüfung der Berufsunfähig-
keit oder Pflegebedürftigkeit**

(1) Auch nachdem wir unsere Leistungspflicht für den Schutz bei Berufsunfähigkeit anerkannt oder festgestellt haben, dürfen wir 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. 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 § 5 Abschnitt I Absatz 3.

(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 Berufsunfähigkeitsrente 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 aus dem Schutz bei Berufsunfähigkeit 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.

(5) Melden Sie uns den Leistungsfall erst nach Wegfall der Berufsunfähigkeit, gilt abweichend von Absatz 4: Wir erbringen die vertraglich versicherten Leistungen für den Fall der Berufsunfähigkeit lediglich für den Zeitraum der ärztlich nachgewiesenen Berufsunfähigkeit.

**§ 9
Verletzung der Mitwirkungs-
pflichten bei Berufsunfähigkeit**

I. Mitwirkungspflicht zum Zeitpunkt des Eintretens der Berufsunfähigkeit

Wir sind nicht verpflichtet Leistungen aus dem Schutz bei Berufsunfähigkeit zu erbringen, solange Sie, die versicherte Person oder derjenige, der die Leistungen beansprucht, eine Mitwirkungspflicht vorsätzlich nicht erfüllt. Dies gilt für die Mitwirkungspflichten nach § 5. 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 aus dem Schutz bei Berufsunfähigkeit nicht kürzen. Es ist möglich, dass die Verletzung der Mitwirkungspflicht den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles 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 Schutz bei Berufsunfähigkeit zu.

II. Mitwirkungspflicht während der Leistungspflicht

Wir sind nicht verpflichtet Leistungen aus dem Schutz bei Berufsunfähigkeit zu erbringen, solange Sie, die versicherte Person oder derjenige, der die Leistungen beansprucht, eine Mitwirkungspflicht vorsätzlich nicht erfüllt. Dies gilt für die Mitwirkungspflichten nach § 8. 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 aus dem Schutz bei Berufsunfähigkeit 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 Schutz bei Berufsunfähigkeit zu.

Wird die Mitwirkungspflicht später erfüllt, leisten wir ab Beginn des dann laufenden Monats. Dies gilt, wenn sonst alle Voraussetzungen für die Leistungen aus dem Schutz bei Berufsunfähigkeit erfüllt sind.

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

§ 10 Leistungsempfänger - Bezugs- berechtigung

- (1) Die Leistung aus dem Vertrag erbringen wir an die versicherte Person, sowie im Todesfall an Hinterbliebene der versicherten Person im Sinne dieser Versicherungsbedingungen. Wenn es keine Hinterbliebenen im Sinne der Bedingungen gibt, zahlen wir das Sterbegeld an die hierfür als bezugsberechtigt benannte Person oder, falls kein Bezugsrecht für das Sterbegeld besteht, an die Erben der versicherten Person (siehe Teil A: § 5 Abschnitt III Absatz 3).
- (2) Werden die Beiträge aus Entgeltumwandlung oder aufgrund einer gesetzlich unverfallbaren Zusage geleistet, besitzt die versicherte Person ein unwiderrufliches Bezugsrecht. Im Übrigen dürfen nur die versicherte Person oder ein Angehöriger der versicherten Person gemäß § 15 Absatz 1 Nr. 2 bis 7 der Abgabenordnung bezugsberechtigt sein. Das sind
 - Ehegatten oder Lebenspartner,
 - Verwandte und Verschwägerter in gerader Linie,
 - Geschwister,
 - Kinder der Geschwister,
 - Ehegatten oder Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Ehegatten oder Lebenspartner,
 - Geschwister der Eltern.
- (3) Wir leisten gegen Vorlage des Versicherungsscheins. Wir werden aber nicht an den Inhaber des Versicherungsscheins leisten, wenn wir an seiner Berechtigung zweifeln.

§ 11 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.

§ 12 Mitteilungs- und Mitwirkungs- pflichten (z. B. Namensände- rung, 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 Daten-

erhebungen 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.

§ 13 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.
- (5) Beginn, Dauer und Unterbrechung der Verjährung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag richten sich nach Versicherungsvertragsgesetz und Bürgerlichem Gesetzbuch (BGB). Derzeit beträgt die regelmäßige Verjährungsfrist drei Jahre.

Anhang: Definition der Berufsunfähigkeit und der Pflegebedürftigkeit

Berufsunfähigkeit und Pflegebedürftigkeit im Sinne der Bedingungen

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) 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 Tätigkeitsverbot 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 zu 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 den 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 - das heißt ohne schuldhaftes Zögern - mitgeteilt werden. Hierbei gelten die Bestimmungen zur Nachprüfung der Berufsunfähigkeit. Mehr dazu finden Sie in Teil B: § 8.

- (3) 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 besonderen Regeln, 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.
- (4) 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 in diesen Berufen ab.

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

Übt die versicherte Person eine andere berufliche Tätigkeit aus, so gilt in Bezug auf die konkrete Verweisung 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 ursprünglichen Ausbildung erreichbaren Berufsbildes ab.

- (6) 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.

- (7) 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.

- (8) Die Berufsunfähigkeit eines Beamten beurteilt sich unabhängig von einer Dienstunfähigkeit im beamtensrechtlichen Sinne allein nach den allgemeinen Regelungen in diesen Versicherungsbedingungen.
- (9) 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.
- (10) 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 sechsmontatige 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.

Ist eine Karenzzeit vereinbart (siehe Teil A: § 3 Absatz 5), beginnt die Karenzzeit mit Beginn des sechsmontatigen Zeitraums.

- (11) 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 Versicherungsfalles 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.

- (12) Übt die versicherte Person bei Eintritt der Berufsunfähigkeit keine berufliche Tätigkeit aus, gelten besondere 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.
- (13) 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.
- (14) 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 ha-

ben, 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, Schuhlöföfel, 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 in-

- 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 zielloses 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.