

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Gothaer Direktversicherung Berufsunfähigkeitspolice mit verzinslicher Ansammlung

Inhaltsverzeichnis

Umfang der Versicherung	1
§ 1 Was ist versichert?	1
§ 2 Wann liegt Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor?	3
§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	8
§ 4 Beginn des Versicherungsschutzes	9
Vorvertragliche Anzeigepflichten und Mitwirkungspflichten bei Eintritt von Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit	9
§ 5 Ihre Pflichten vor Beginn des Vertrages	9
§ 6 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen verlangt werden?	11
§ 7 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?	13
Prüfung der Leistungspflicht und Mitwirkungspflichten bei Nachprüfung der Leistungspflicht	13
§ 8 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	13
§ 9 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit?	14
Überschussbeteiligung	14
§ 10 Wie sind Sie an den Überschüssen beteiligt?	14
Kosten	18
§ 11 Abschluss- und Vertriebskosten	18
Änderungen des Vertrages oder der Beiträge	19
§ 12 Unter welchen Umständen können die vereinbarten Beiträge neu festgesetzt werden?	19
§ 13 Wann können Sie Ihre Berufsunfähigkeitsrente erhöhen?	19
§ 14 Wann können Sie Ihre Vertragsdauer verlängern?	20
Kündigung, Beitragsfreistellung und weitere Möglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten	21
§ 15 Was gilt bei Kündigung?	21
§ 16 Was gilt bei Beitragsfreistellung?	21
§ 17 Was gilt bei Reduzierung des Beitrags?	22
§ 18 Was gilt bei Wiederinkraftsetzung nach Beitragsfreistellung oder Beitragserhöhung nach Reduzierung des Beitrags?	23
§ 19 Was gilt bei Stundung der Beiträge?	24
Sonstige Regelungen	25
§ 20 Wer erhält die Versicherungsleistung?	25
§ 21 Beitragszahlung	25
§ 22 Mitteilungs- und Mitwirkungspflichten (z. B. Namensänderung, Umzug, Steuerpflicht im Ausland)	26
§ 23 Anwendbares Recht - Gerichtsstand - Verjährung	27
Anhang: Erklärung wichtiger Fachbegriffe (Glossar)	28

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Gothaer Direktversicherung Berufsunfähigkeitspolice mit verzinslicher Ansammlung

Die Gothaer Direktversicherung Berufsunfähigkeitspolice mit verzinslicher Ansammlung ist eine selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung mit Schutz im Fall einer Berufsunfähigkeit. Alle wichtigen Informationen zu Ihrer Versicherung finden Sie auf den nächsten Seiten.

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

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

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

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

Umfang der Versicherung

§ 1 Was ist versichert?

- (1) Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erhalten Sie, wenn gilt: Die versicherte Person wird innerhalb der vereinbarten »Versicherungsdauer« zu mindestens 50 % berufsunfähig im Sinne dieser Bedingungen. In diesem Fall erbringen wir folgende Leistungen:
 - a. Wir befreien Sie von der Pflicht zur Beitragszahlung für die Berufsunfähigkeitsversicherung, das heißt, Sie müssen keine Beiträge mehr zahlen. Dies gilt ab dem nächsten Fälligkeitstermin für eine Beitragszahlung nach dem Zeitpunkt, ab dem die versicherte Person berufsunfähig geworden ist.
 - b. Wir zahlen Ihnen die vereinbarte monatliche, vierteljährliche, halbjährliche oder jährliche Rente.

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

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

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

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

- (2) Wir leisten auch wie in Absatz 1 beschrieben, wenn die versicherte Person pflegebedürftig wird. Wie die Pflegebedürftigkeit in diesem Zusammenhang definiert ist, finden Sie in § 2 Abschnitt II. Die Pflegebedürftigkeit gilt dann als Berufsunfähigkeit und wir zahlen die Leistungen unabhängig vom Grad der Berufsunfähigkeit. Voraussetzung ist auch hier, dass die Pflegebedürftigkeit in der

»*Versicherungsdauer* eintritt, die wir für die Berufsunfähigkeitsversicherung vereinbart haben.

(3) Ab diesem Zeitpunkt haben Sie Anspruch auf die Leistungen:

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

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

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

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

Während der Karenzzeit müssen Sie keine Beiträge zahlen.

(5) In folgenden Fällen beenden wir die Leistungen:

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

Außerdem beenden wir unsere Leistungen, wenn die versicherte Person die Voraussetzungen aus den Absätzen 1 oder 2 nicht mehr erfüllt. Sie müssen dann auch wieder Beiträge zahlen. Näheres dazu, wie wir unsere Leistungen bei einer Nachprüfung unserer Leistungspflicht einstellen, finden Sie in § 9.

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

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

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

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

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

(8) Der Versicherungsschutz aus der Berufsunfähigkeitsversicherung besteht weltweit.

(9) Außer den im »*Versicherungsschein* ausgewiesenen »*garantierten Leistungen* erhalten Sie weitere Leistungen aus der »*Überschussbeteiligung* (siehe § 10).

(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, 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.

§ 2

Wann liegt Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor?

I. Berufsunfähigkeit

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

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

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

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

Wir verzichten auf die Möglichkeit einer abstrakten Verweisung.

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

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

Wir verzichten auf diese zusätzliche Voraussetzung, wenn

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

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

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

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

Die Berufsunfähigkeit eines Beamten beurteilt sich unabhängig von einer Dienstunfähigkeit im beamtenrechtlichen Sinne allein nach Absatz 1.

Die Tätigkeiten von Schülern, Hausfrauen oder Hausmännern sehen wir als Beruf an. Nimmt die versicherte Person später eine gegen Entgelt ausgeübte Berufstätigkeit auf, ist nach Absatz 1 von diesem Zeitpunkt an dieser ausgeübte Beruf versichert.

(5) 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.

(6) 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 mehr als altersentsprechenden Kräfteverfall verursacht wurde und
- Sie die Ursache durch ärztliche Befunde nachweisen.

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

In einem solchen Fall erbringen wir unsere Leistungen rückwirkend mit Ablauf des Monats, in dem der sechsmonatige Zeitraum begonnen hat. Bei verspäteter Meldung leisten wir rückwirkend für die nachgewiesene Zeit der Berufsunfähigkeit. Dabei gelten alle oben aufgeführten Punkte zur vollständigen und teilweisen Berufsunfähigkeit.

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

(7) 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.

(8) 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.

(9) 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.

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

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

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

- Human- oder Zahnmediziner
- Studierende der Human- und Zahnmedizin
- Medizinisch behandelnde oder pflegerische Berufe mit Patientenkontakt, wie zum Beispiel:

- Krankenschwestern und Krankenpfleger
- Altenpflegerinnen und Altenpfleger
- Hebammen und Entbindungspfleger
- Arzthelferinnen und Arzthelfer

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

Die versicherte Person gilt nicht als berufsunfähig, wenn:

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

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

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

Die Aufhebung des Tätigkeitsverbotes und der Wegfall der Gründe dafür müssen uns unverzüglich - ohne schuldhaftes Zögern - mitgeteilt werden. Hierbei gelten die Bestimmungen zur Nachprüfung der Berufsunfähigkeit. Mehr dazu finden Sie in § 9.

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

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

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

II. Pflegebedürftigkeit

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

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

- Die versicherte Person benötigt für mindestens vier der in Absatz 2 beschriebenen neun Tätigkeiten die Hilfe einer anderen Person.
- Die versicherte Person benötigt die Hilfe täglich und in erheblichem Umfang auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel. Der jeweils notwendige Hilfebedarf ist in Absatz 2 in Einzelheiten beschrieben.
- Die Hilfebedürftigkeit ist die Folge von Krankheit, Körperverletzung oder mehr als 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, Schuhlöfelf, Knöpfhilfe oder anderer Hilfsmittel das An- und Auskleiden ermöglicht. Das Reichen der Kleidung und die Kontrolle des Sitzes der Kleidung gelten nicht als Hilfebedarf.

- **Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken**

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

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

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

- **Waschen**

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

Das bedeutet, dass die versicherte Person

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

nur einen begrenzten Teil der Aktivitäten selbstständig durchführen kann.

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

- **Verrichten der Notdurft**

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

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

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

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

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

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

- **Kommunizieren**

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

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

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

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

- **Denkvermögen**

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

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

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

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

wiederholt und erläutert werden.

- **Umgang mit Emotionen**

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

- Hilfe einer anderen Person beim Einschlafen, Weiterschlafen und bei der Bewältigung von motorisch geprägten Verhaltensauffälligkeiten (wie ständiges Aufstehen oder 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 länger als 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 mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall.
- Dieser Zustand dauert auch nach Ablauf des Zeitraums von sechs Monaten an.

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

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

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

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

- Bei inneren Unruhen innerhalb der Bundesrepublik Deutschland, wenn die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
- Bei kriegerischen Ereignissen innerhalb der Bundesrepublik Deutschland.
- Bei inneren Unruhen oder bewaffneten Auseinandersetzungen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland, denen sich die versicherte Person bewusst aussetzt oder an denen sie sich aktiv beteiligt.

Wir leisten jedoch bei dieser Ausnahme: Der Versicherungsfall tritt während rein humanitärer Hilfeleistungen oder friedenssichernder oder friedenserhaltender Maßnahmen außerhalb der territorialen Grenzen der NATO-Mitgliedstaaten ein. Dies gilt nur, wenn die versicherte Person

als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei, Bundespolizei oder anderer staatlich beauftragter Organisationen daran teilnimmt. Der Einsatz muss mit Mandat der NATO, UN oder OSZE oder einer humanitären Hilfsorganisation erfolgt sein.

- Bei dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen. Außerdem bei dem vorsätzlichen Einsatz oder dem vorsätzlichen Freisetzen von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen. Diese beiden Ausnahmen gelten nur in diesem Fall: Der Einsatz oder das Freisetzen sind darauf gerichtet, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Außerdem muss der Einsatz oder das Freisetzen dazu führen, dass insgesamt ein unvorhersehbar hoher Bedarf an Versicherungsleistungen entsteht. Diese nicht vorhersehbare Veränderung zu den »Rechnungsgrundlagen« führt dazu, dass wir voraussichtlich nicht mehr alle zugesagten Leistungen erbringen können. Ein unabhängiger Treuhänder muss bestätigen, dass ein solcher Fall vorliegt.
- Bei absichtlich herbeigeführter Krankheit oder mehr als altersentsprechendem 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.

§ 4 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 § 21 Abschnitt I.

Vorvertragliche Anzeigepflichten und Mitwirkungspflichten bei Eintritt von Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit

§ 5 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 § 15.

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.

§ 6

Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen verlangt werden?

- (1) Wenn Sie Leistungen aus dieser Versicherung 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 die voraussichtliche Dauer des Leidens beschrieben sein. Diese Berichte müssen auch den Grad der Berufsunfähigkeit oder Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit umfassen,
 - Unterlagen über den Beruf der versicherten Person und ihre Stellung und Tätigkeit zum Zeitpunkt, an dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Die Unterlagen müssen auch die eingetretenen Veränderungen umfassen,
 - bei Pflegebedürftigkeit schicken Sie uns zusätzlich eine Bescheinigung einer Pflegefachkraft über Art und Umfang der Pflege.
- (2) Die Kosten für die einzureichenden Unterlagen zahlt derjenige, der die Leistungen beansprucht.
- (3) 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.

- (4) 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.

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

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

bei denen die versicherte Person 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.

- (6) Grundsätzlich muss die versicherte Person ärztliche Anordnungen nicht befolgen, um Leistungen aus dieser Versicherung zu erhalten.

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

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

Immer zumutbar sind damit

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

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

§ 7

Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?

I. Mitwirkungspflicht zum Zeitpunkt des Eintretens der Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit

Wir sind nicht verpflichtet zu leisten, solange Sie, die versicherte Person oder derjenige, der die Leistungen beansprucht, eine Mitwirkungspflicht vorsätzlich nicht erfüllt. Dies gilt für die Mitwirkungspflichten nach § 6. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht dürfen wir unsere Leistungen kürzen. Die Kürzung muss in einem angemessenen Verhältnis zur Schwere des Verschuldens stehen. Wenn Sie uns aber nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben, werden wir unsere Leistungen nicht kürzen. Es ist möglich, dass die Verletzung der Mitwirkungspflicht den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls nicht beeinflusst. Ebenso ist es möglich, dass die Verletzung der Mitwirkungspflicht die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht nicht beeinflusst. In beiden Fällen stehen Ihnen weiter die Leistungen aus Ihrem Vertrag zu.

II. Mitwirkungspflicht während der Leistungspflicht

Wir sind nicht verpflichtet zu leisten, solange Sie, die versicherte Person oder derjenige, der die Leistungen beansprucht, eine Mitwirkungspflicht vorsätzlich nicht erfüllt. Dies gilt für die Mitwirkungspflichten nach § 9. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht dürfen wir unsere Leistungen kürzen. Die Kürzung muss in einem angemessenen Verhältnis zur Schwere des Verschuldens stehen. Wenn Sie uns aber nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben, werden wir unsere Leistungen nicht kürzen. Es ist möglich, dass die Verletzung der Mitwirkungspflicht die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht nicht beeinflusst. Dann stehen Ihnen weiter die Leistungen aus Ihrem Vertrag zu. Wird die Mitwirkungspflicht später erfüllt, leisten wir ab Beginn des dann laufenden Monats. Dies gilt, wenn sonst alle Voraussetzungen für die Leistungen erfüllt sind.

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

Prüfung der Leistungspflicht und Mitwirkungspflichten bei Nachprüfung der Leistungspflicht

§ 8

Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

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

- (3) Wir erkennen Leistungen aus dieser Versicherung grundsätzlich zeitlich unbefristet an.

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

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

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

Wenn wir eine Leistung befristet anerkennen, zahlen wir sie für den anerkannten Zeitraum auf jeden Fall. Wir werden in diesem Zeitraum auch keine Nachprüfung durchführen. Wir werden jedoch bereits vor Ablauf der Befristung prüfen, ob ein über den Zeitraum der Befristung hinausgehender Leistungsanspruch besteht. Zur Durchführung dieser Prüfung werden wir von Ihnen aktuelle Auskünfte einholen und Unterlagen (siehe § 6) anfordern. Bitte reichen Sie diese angeforderten Unterlagen vor Ablauf der Frist ein. Wir entscheiden dann spätestens bis zum Ablauf der Befristung neu über unsere Leistungspflicht.

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

§ 9

Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit?

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

- (2) Um unsere Leistungspflicht zu prüfen, können wir

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

verlangen. Die ärztlichen Untersuchungen werden durch Ärzte durchgeführt, die wir beauftragen. Die Kosten für die Auskünfte oder Untersuchungen zahlen wir. Beachten Sie dazu bitte auch § 6 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 beenden, informieren wir Sie in »*Textform*«. Das gilt, wenn keine Berufsunfähigkeit von mindestens 50 % oder Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt. Ab diesem Zeitpunkt zahlen wir keine Rente mehr und Sie müssen wieder Beiträge zahlen. Wenn wir den Wegfall der Berufsunfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit im Rahmen einer Nachprüfung (siehe Absatz 1) festgestellt haben, gilt abweichend: Unsere Leistungen enden drei Monate, nachdem Sie unsere Mitteilung erhalten haben. Wenn es noch weitere Personen gibt, die Ansprüche auf Leistungen haben, informieren wir diese ebenfalls in »*Textform*«.

Überschussbeteiligung

§ 10

Wie sind Sie an den Überschüssen beteiligt?

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

I. Überschussermittlung

- (1) Die »*Überschüsse*« stellen wir jährlich bei unserem Jahresabschluss fest. Wir berücksichtigen bei der Ermittlung die Vorschriften des Handelsgesetzbuches (»HGB«) und des Versicherungsaufsichtsgesetzes (»VAG«) sowie die dazu erlassenen Rechtsverordnungen. Ein unabhängiger Wirtschaftsprüfer prüft den Jahresabschluss.
- (2) Ein Teil des ermittelten »*Überschusses*« wird den Verträgen direkt gutgeschrieben. Ein weiterer Teil wird der Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) zugeführt. Diese Rückstellung dient dazu, Schwankungen der »*Überschüsse*« im Zeitablauf auszugleichen. Diejenigen Beträge, die wir der RfB zugeführt haben, dürfen wir grundsätzlich nur für die »*Überschussbeteiligung*« der Versiche-

rungsnehmer verwenden. Nur in Ausnahmefällen dürfen wir hiervon abweichen. Diese Ausnahmen sind nach § 140 VAG:

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

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

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

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

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

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

(5) Ihre Versicherung gehört 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 Altersrente oder 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. Überschussverwendung in der leistungsfreien Zeit

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

- **Beitragsreduktion** (wenn vereinbart)
Während der Beitragszahlung erhalten Sie in jedem Jahr einen »Überschussanteil. Diesen berechnen wir in Abhängigkeit eines jährlich deklarierten Prozentsatzes und Ihres Beitrags. Wie hoch dieser Prozentsatz ist, erfahren Sie in der »Überschussdeklaration. Den »Überschussanteil gewähren wir von Versicherungsbeginn an bis zum ersten »Stamntag nach Versicherungsbeginn und dann jeweils für ein Jahr. Er verringert Ihren zu zahlenden Beitrag.
Diese »Überschussanteile gewähren wir Ihrem Vertrag unter dem Vorbehalt, dass der Versicherungsvertrag bis zum vereinbarten Vertragsende unverändert fortgeführt wird. Bei einer Änderung des Versicherungsvertrages werden diejenigen Teile der »Überschussbeteiligung, die zur Risikodeckung noch nicht benötigt wurden, neu festgelegt. Zu den Änderungen zählen dabei Kündigung, Beitragsfreistellung und Reduzierung des Beitrags. Bitte beachten Sie hierzu § 16 Absatz 3. Diese Überschussverwendungsart ist nur möglich während Vertragszeiten ohne steuerliche Förderfähigkeit gemäß § 3 Nr. 63 EStG (private Fortführung der Versicherung).
- **Verzinsliche 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. Wie hoch dieser Prozentsatz ist, erfahren Sie in der »**Überschussdeklaration**«. Den »**Überschussanteil**« gewähren wir von Versicherungsbeginn an bis zum ersten »**Stamntag**« nach Versicherungsbeginn und dann jeweils für ein Jahr. Er wird nachschüssig gewährt und verzinslich angesammelt.

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 Rente aus dieser Versicherung. Wie hoch dieser Prozentsatz ist, erfahren Sie in der »**Überschussdeklaration**«. Dieser »**Überschussanteil**« wird jeweils für ein Jahr nachschüssig gewährt und ebenfalls verzinslich angesammelt.

Diese »**Überschussanteile**« gewähren wir Ihrem Vertrag unter dem Vorbehalt, dass der Versicherungsvertrag bis zum vereinbarten Vertragsende unverändert fortgeführt wird. Bei einer Änderung des Versicherungsvertrages werden diejenigen Teile der »**Überschussbeteiligung**«, die zur Risikodeckung noch nicht benötigt wurden, neu festgelegt. Zu den Änderungen zählen dabei Kündigung, Beitragsfreistellung und Reduzierung des Beitrags. Bitte beachten Sie hierzu § 16 Absatz 3.

IV. Überschussverwendung in der leistungspflichtigen Zeit

- (1) In der leistungspflichtigen Zeit zahlen wir eine jährlich steigende oder gleichbleibende »**Gewinnrente**«. Wir berechnen den Zuwachs als Prozentsatz der Rente im vorigen Jahr (inklusive »**Gewinnrente**«). Wie hoch dieser Prozentsatz ist, erfahren Sie in der »**Überschussdeklaration**«. Wir zahlen die »**Gewinnrente**« zusammen mit der versicherten Rente aus.
- (2) Die »**Gewinnrente**« zahlen wir erstmals an dem »**Stamntag**«, an dem die Berufsunfähigkeit mindestens ein volles Jahr bestanden hat. Falls Sie eine Karenzzeit (siehe § 1 Absatz 4) vereinbart haben, gilt außerdem:
 - Bereits an »**Stammtagen**« innerhalb der Karenzzeit erhöht sich Ihr Anspruch auf die »**Gewinnrente**«. Erstmals berechnen wir die »**Gewinnrente**« an dem »**Stamntag**« innerhalb der Karenzzeit, an dem die Berufsunfähigkeit mindestens ein volles Jahr bestanden hat.
 - Erst wenn die Karenzzeit abgelaufen ist, zahlen wir die »**Gewinnrente**« aus.
- (3) Eine Beteiligung an den »**Bewertungsreserven**« (siehe Abschnitt V) erhalten Sie zusammen mit der »**Gewinnrente**«.

V. Beteiligung an Bewertungsreserven

Grundlegendes zur Beteiligung an den »Bewertungsreserven«

- (1) Nach § 153 VVG beteiligen wir Sie an den »**Bewertungsreserven**«. Dabei berücksichtigen wir die jeweils aktuellen Gesetze und Verordnungen.
- (2) Teile der Kapitalanlage weisen wir in der Bilanz unseres Jahresabschlusses möglicherweise mit einem geringeren Wert als dem tatsächlichen Marktwert aus. Der Grund dafür sind gesetzliche Vorschriften. Die positive Differenz zwischen dem tatsächlichen Marktwert und dem Wert in der Bilanz bezeichnen wir als »**Bewertungsreserve**«. »**Bewertungsreserven**« verändern sich im Laufe der Zeit. Ihren Wert bestimmen wir jeweils zu Bewertungsstichtagen.
- (3) Versicherungsunternehmen müssen gesetzliche Regeln zur Ausstattung mit Kapital berücksichtigen. Bei der Beteiligung an den »**Bewertungsreserven**« berücksichtigen wir diese Regeln.
- (4) Die Beteiligung erfolgt - wie in § 153 VVG gefordert - nach einem verursachungsorientierten Verfahren. Die Grundzüge dieses Verfahrens stellen wir im Rahmen der Erläuterungen zur jährlichen »**Überschussdeklaration**« im Geschäftsbericht dar.

Wichtige Eckpunkte zur Beteiligung Ihres Vertrages an den »Bewertungsreserven«

- (5) In der leistungsfreien Zeit erfolgt für Ihren Vertrag keine Beteiligung an den »**Bewertungsreserven**«. Die Beiträge Ihres Vertrages werden zur Finanzierung der »**Leistungsfälle**« und für die Verwaltung der Verträge benötigt. Ein Ansparen einer Ablaufleistung und damit ein langfristiger Aufbau von Kapitalanlagen erfolgt nicht. Somit ergeben sich in einem verursachungsorientierten Verfahren keine ausschüttungspflichtigen »**Bewertungsreserven**«.
- (6) Wenn wir Ihnen im Versicherungsfall eine Rente zahlen, kann für diese Absicherung eine Beteiligung an den »**Bewertungsreserven**« verursachungsorientiert sein. Ob dies der Fall ist, stellen wir jährlich im Rahmen der Festsetzung der »**Überschussbeteiligung**« fest. In der »**Überschussdeklaration**« im Geschäftsbericht beschreiben wir das Verfahren.

VI. Verwendung der verzinslichen Ansammlung

- (1) Zum Vertragsablauf bilden wir aus Ihrer verzinslichen Ansammlung eine Altersrente. Bei der Berechnung der Altersrente verwenden wir die zu diesem Zeitpunkt aktuellen »Rechnungsgrundlagen. Dabei berücksichtigen wir:

- 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).

Anstatt der Altersrente können Sie bei Vertragsablauf eine Kapitalabfindung wählen und Ihr vorhandenes Ansammlungsguthaben auszahlen lassen. Dies können Sie innerhalb des letzten Jahres vor Vertragsablauf beantragen.

- (2) Im Todesfall vor Ende dieses Vertrages wird das nach Zuteilung zum letzten »Stammtag« vorhandene Ansammlungsguthaben für die Bildung einer lebenslangen Hinterbliebenenrente verwendet. Für deren Höhe gilt das in Absatz 1 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 beginnend zu dem Termin, der auf den Tod der versicherten Person folgt.

Hinterbliebene im Sinne der Bedingungen können auch Kinder sein. In diesem Fall teilen wir das Kapital 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 bei Tod vorhandene Kapital, höchstens jedoch 8.000 EUR. Der Vertrag endet mit der Auszahlung des Sterbegeldes.

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,
- 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.

VII. Mitteilung über den Stand der Überschussbeteiligung

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

Kosten

§ 11 Abschluss- und Vertriebskosten

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

Dazu gehören beispielsweise

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

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

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

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

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

- (3) Wenn sich Ihr Beitrag während der Vertragslaufzeit erhöht, fallen zu diesem Zeitpunkt für den zusätzlichen Teil des Beitrags ebenfalls Abschlusskosten an. Dies ist zum Beispiel bei dynamischen Erhöhungen oder Nachversicherungen der Fall. Für die zusätzlichen Abschlusskosten gelten dieselben Regelungen wie in Absatz 2 zu den einmaligen Abschlusskosten zu Vertragsbeginn.
- (4) Das Zillmerverfahren hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der ersten Zeit Ihres Vertrags nur ein geringes »*Deckungskapital*« vorhanden ist. Damit sind auch zunächst nur geringe Beträge zur Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente vorhanden. Daher können Sie finanzielle Nachteile haben, wenn Sie den Vertrag kündigen oder beitragsfrei stellen. Mehr dazu finden Sie in § 15 und § 16. Sprechen Sie vorher bitte mit uns.

Änderungen des Vertrages oder der Beiträge

§ 12

Unter welchen Umständen können die vereinbarten Beiträge neu festgesetzt werden?

- (1) § 163 Versicherungsvertragsgesetz enthält Regelungen zur Neufestsetzung des Beitrags. Wir dürfen danach den vereinbarten Beitrag neu festlegen, wenn alle der folgenden Punkte zutreffen:
- Der Leistungsbedarf hat sich gegenüber den »Rechnungsgrundlagen« des vereinbarten Beitrags geändert. Die Veränderung ist weder vorübergehend noch war sie voraussehbar.
 - Der nach den berichtigten »Rechnungsgrundlagen« neu festgesetzte Beitrag ist angemessen. Er muss außerdem notwendig sein, um die dauernde Erfüllbarkeit der Leistungen aus der Versicherung zu gewährleisten.
 - Ein unabhängiger Treuhänder hat die »Rechnungsgrundlagen« und die genannten Voraussetzungen überprüft und bestätigt.

Eine Neufestsetzung des Beitrags ist ausgeschlossen, falls

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

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

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

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

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

§ 13

Wann können Sie Ihre Berufsunfähigkeitsrente erhöhen?

- (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) 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.
- (4) 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.

- (5) 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.

- (6) 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*).
- (7) Wenn Sie eine Erhöhung vornehmen möchten, informieren Sie uns bitte in »*Textform*.

§ 14

Wann können Sie Ihre Vertragsdauer verlängern?

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

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

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

- Wir haben Ihnen noch keine Versicherungsleistungen aus Ihrem Vertrag gezahlt und Sie haben auch nie Leistungen aus Ihrem Vertrag beantragt.
- Bei der versicherten Person liegt keine Berufsunfähigkeit vor.
- Bei der versicherten Person liegt keine Pflegebedürftigkeit vor.
- Ihr Vertrag wurde nicht vorzeitig beitragsfrei gestellt.

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

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

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

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

Wenn Ihr Vertrag bereits planmäßig beitragsfrei ist, gilt abweichend: Sie können auch einen einmaligen Betrag zahlen, um die bisherigen Leistungen beizubehalten, wie sie vor der Verlängerung be-

standen. Andernfalls reduzieren wir wie beschrieben die Leistungen. Für die Berechnung des einmaligen Betrags verwenden wir ebenfalls die zum Zeitpunkt der Verlängerung für den Vertrag geltenden »Rechnungsgrundlagen«.

Kündigung, Beitragsfreistellung und weitere Möglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten

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

§ 15 Was gilt bei Kündigung?

- (1) Sie können Ihre Versicherung während der Beitragszahlungsdauer jederzeit für den Schluss der laufenden »Versicherungsperiode« ganz oder teilweise kündigen. Eine »Versicherungsperiode« ist bei jährlich vereinbarter »Beitragszahlweise« der Zeitraum zwischen zwei aufeinanderfolgenden »Stammtagen«. Bei halbjährlicher, vierteljährlicher oder monatlicher Zahlweise unterteilen wir diesen Zeitraum in halbe oder Vierteljahre oder in Monate.
- (2) Bei einer Kündigung stellen wir Ihren Vertrag beitragsfrei. Bei einer nur teilweisen Kündigung reduzieren wir Ihren Beitrag. Näheres dazu finden Sie in § 16 und § 17.
Ein »Rückkaufswert« fällt nicht an.
- (3) Bei einer Kündigung haben Sie keinen Anspruch darauf, dass wir Ihnen Ihre Beiträge zurückzahlen.

§ 16 Was gilt bei Beitragsfreistellung?

- (1) Sie können Ihre Beitragszahlung jederzeit zum Schluss der laufenden »Versicherungsperiode« einstellen. Ihren Wunsch teilen Sie uns bitte in »Textform« mit. Andernfalls müssten wir Sie zunächst mahnen (siehe § 21 Abschnitt II).
- (2) Bei Beitragsfreistellung wandeln wir Ihre Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit reduzierter Berufsunfähigkeitsrente um. Für die Berechnung der beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente wenden wir anerkannte Regeln der Versicherungsmathematik an. Grundlage für die Festlegung der Berufsunfähigkeitsrente sind die »Rechnungsgrundlagen« der Prämienkalkulation.

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

- Der Betrag des »Deckungskapitals«, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt.
 - Hierbei beachten wir die aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze für die Abschluss- und Vertriebskosten (siehe § 11).
 - Den Betrag finden Sie auch in Ihren Vertragsunterlagen, beispielsweise in ihrem »Versicherungsschein«. Wir bezeichnen ihn dort als "garantiertes Guthaben" und weisen ihn in der Garantiewerttabelle aus.
- (3) Den aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente zur Verfügung stehenden Betrag mindern wir um
 - rückständige Beiträge sowie um
 - einen Abzug.

Die Erhebung dieses Abzugs vereinbaren wir auf der Grundlage dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit allen unseren Versicherungsnehmern. Den Abzug vereinbaren wir aus folgenden Gründen: Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, verändern sich Risiko und Ertrag im Bestand der restlichen Versicherten. Dies gleichen wir durch den Abzug aus. Außerdem nehmen wir damit einen Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vor.

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

- a. Bei einer Beitragsfreistellung entsteht ein höherer Aufwand für die Bearbeitung. Damit entstehen auch höhere Kosten als bei einem regulären Verlauf des Vertrags.
- b. Wenn wir Versicherungsprodukte kalkulieren, gehen wir von diesen Annahmen aus: Die Risikogemeinschaft setzt sich gleichmäßig aus Versicherungsnehmern mit einem hohen und einem geringen Risiko zusammen. Die Erfahrungen zeigen, dass Personen mit einem geringen

- Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko. Der Abzug gleicht dies aus, damit der Versichertengemeinschaft kein Nachteil entsteht.
- c. Mit dem vereinbarten Versicherungsschutz erhalten Sie von uns Garantien und Optionen. Dafür stellt der Bestand aller Versicherten einen Teil des erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) zur Verfügung. Auf diese Weise partizipiert Ihr Vertrag nach seinem Beginn an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Im Gegenzug muss Ihr Vertrag während der weiteren Laufzeit seinerseits Solvenzmittel zur Verfügung stellen. Wenn Sie den Vertrag beitragsfrei stellen, gehen diese Solvenzmittel dem verbleibenden Bestand teilweise verloren. Der Abzug ist daher auch dafür ein Ausgleich. Wenn wir die Optionen und Garantien über externes Kapital finanzieren würden, wäre dies wesentlich teurer.
 - d. Mit zunehmendem Alter erwarten wir eine größere Häufigkeit von Berufsunfähigkeitsfällen. Dementsprechend müsste ein jährlich unterschiedlicher Beitrag in Rechnung gestellt werden. Der Ihrem Vertrag zugrunde liegende Tarif verteilt die Beiträge über die gesamte Laufzeit des Versicherungsvertrages so, dass Ihr Vertrag einen konstanten Bruttobeitrag vorsieht. Beitragsanteile, die in einem Jahr zur Risikodeckung nicht benötigt werden, werden in einer Rückstellung zurückgestellt. Sie werden in den Jahren zur Finanzierung der Risikodeckung herangezogen, in denen der Beitrag wegen der größeren Häufigkeit von Berufsunfähigkeitsfällen nicht ausreicht.
Die Überschussysteme Beitragsreduktion und Verzinsliche Ansammlung (siehe § 10 Abschnitt III) sind diesem Mechanismus angepasst. Die Beteiligung an den »**Überschüssen**« ist als Prozentsatz der Beiträge definiert.
Dadurch ergeben sich »**Überschussanteile**«, die von der Versichertengemeinschaft Ihrem Versicherungsvertrag vorfinanziert werden. Wird der Versicherungsvertrag unverändert fortgeführt, gleicht sich dies im Vertragsverlauf wieder aus.
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 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 Berufsunfähigkeitsrente vorhanden. Näheres zur Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten finden Sie in § 11 Absatz 2.

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

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

§ 17 Was gilt bei Reduzierung des Beitrags?

- (1) Statt die Beitragszahlung ganz einzustellen (siehe § 16), können Sie den vereinbarten Beitrag auch immer zum nächsten Fälligkeitstermin reduzieren. Dabei setzen wir die versicherte Berufsunfähigkeitsrente herab. Für die Berechnung der reduzierten Berufsunfähigkeitsrente wenden wir anerkannte Regeln der Versicherungsmathematik an. Grundlage für die Festlegung der Leistungen sind die »**Rechnungsgrundlagen**« der Prämienkalkulation.

Den in § 16 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 Verringerung der Arbeitszeit der versicherten Person anzeigen und entsprechende Nachweise vorlegen.

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

- (3) Wenn Sie Ihren Beitrag reduzieren, können Sie finanzielle Nachteile haben. In der ersten Zeit des Vertrags verrechnen wir die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten. Deshalb sind zunächst nur geringe Beträge zur Festlegung einer reduzierten Berufsunfähigkeitsrente vorhanden. Näheres zur Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten finden Sie in § 11 Absatz 2.

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

§ 18

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

- (1) Sie können

- nach einer Reduzierung des Beitrags (siehe § 17) jederzeit den Beitrag wieder erhöhen oder
- nach einer Beitragsfreistellung (siehe § 16) die Beitragszahlung wieder aufnehmen.

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

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

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

- Bei der versicherten Person liegt keine Berufsunfähigkeit vor.
- Bei der versicherten Person liegt keine Pflegebedürftigkeit vor.

- (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.
- 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.

Besteht zum Zeitpunkt der Abgabe zuvorgenannter »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.

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

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

- (5) Wenn

- Sie gemäß § 17 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 er-

höhen. 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 § 17 Absatz 2.
- Erhöhungen der Berufsunfähigkeitsrente gemäß § 13, 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.

§ 19

Was gilt bei Stundung der Beiträge?

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

Eine Stundung Ihrer Beiträge ist nur möglich, wenn

- zwischen dem Ende des Zeitraums der Stundung und dem Ende der »Versicherungsdauer« noch mindestens fünf Jahre liegen,
- Ihr Vertrag nicht im Zahlungsverzug ist und
- 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 (siehe § 10 Abschnitt III) oder
- durch eine Änderung Ihres Vertrages.

Führen wir eine solche Verrechnung der gestundeten Beträge 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 versicherte Berufsunfähigkeitsrente herab.

Die Möglichkeit einer Verrechnung besteht 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 § 11 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 § 16) zugrunde legen.

Eine erneute Stundung ist erst möglich, wenn Sie die gestundeten Beträge vollständig ausgeglichen ha-

ben.

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

Über die Auswirkungen der Vertragsänderung informieren wir Sie gerne.

Sonstige Regelungen

§ 20

Wer erhält die Versicherungsleistung?

I. Leistungsempfänger

- (1) Die Leistungen aus dem Vertrag erbringen wir an die versicherte Person.
- (2) Wir leisten gegen Vorlage des »*Versicherungsscheins*. Wir werden aber nicht an den Inhaber des »*Versicherungsscheins* leisten, wenn wir an seiner Berechtigung zweifeln.

II. Bezugsberechtigung

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

III. Abtretung - Verpfändung

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

§ 21

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 oder Vierteljahre oder in Monate.

I. Erster Beitrag

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

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

- (2) Außerdem dürfen wir in diesem Fall vom Vertrag zurücktreten, wenn Sie die Zahlung noch nicht veranlasst haben. Ausnahme: Sie weisen uns nach, dass Sie die unpünktliche Zahlung oder Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.
- (3) Wir empfehlen Ihnen: Nehmen Sie am Lastschriftverfahren teil, um den Versicherungsschutz nicht zu gefährden. Die Teilnahme am Lastschriftverfahren ist für Sie kostenlos.

II. Folgebeiträge

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

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.

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

- (1) Wir sind aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet. Sie müssen uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen
 - bei Vertragsabschluss,
 - bei Änderung nach Vertragsabschluss oder
 - auf Nachfrage

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

- (2) Notwendige Informationen im Sinne von Absatz 1 sind beispielsweise Umstände, die für die Beurteilung
 - Ihrer persönlichen steuerlichen Ansässigkeit,
 - der steuerlichen Ansässigkeit dritter Personen, die Rechte an ihrem Vertrag haben und
 - der steuerlichen Ansässigkeit des Leistungsempfängers

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

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

- (4) Wenn Sie Ihre Auskunftspflichten nach den Absätzen 1 und 2 verletzen, kann dies dazu führen, dass wir unsere Leistung nicht zahlen. Dies gilt solange, bis Sie uns die für die Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt haben.
- (5) Bitte teilen Sie uns insbesondere Ihren Umzug oder eine Änderung Ihres Namens wenn möglich zwei Wochen vorher mit. Bitte senden Sie uns auch so früh wie möglich alle anderen Mitteilungen zu Ihrem Vertrag in »*Textform*«. Diese Mitteilungen können beispielsweise Anträge, Ihren Vertrag zu ändern oder Kündigungen sein.
- (6) Bitte beachten Sie in Ihrem Interesse: Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb Deutschlands aufhalten, nennen Sie uns bitte einen Zustellungsbevollmächtigten. Dies ist eine in Deutschland ansässige Person, die unsere Mitteilungen für Sie entgegennehmen darf.

§ 23

Anwendbares Recht - Gerichtsstand - Verjährung

- (1) Für Ihren Vertrag gilt deutsches Recht.
- (2) Für Klagen gegen uns sind die Gerichte an unserem Geschäftssitz zuständig. Es können auch die Gerichte am Sitz der Niederlassung zuständig sein, die für den Vertrag verantwortlich ist. Eine »*natürliche Person*« kann auch bei dem Gericht klagen, in dessen Bezirk sie ihren Wohnsitz hat. Personen ohne festen Wohnsitz können auch bei dem Gericht klagen, in dessen Bezirk sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Beides gilt für den Zeitpunkt, an dem die Klage erhoben wird.
- (3) Es ist möglich, dass wir Ansprüche aus dem Vertrag gegen Sie gerichtlich durchsetzen wollen. Dann ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Wohn- oder Geschäftssitz haben.
- (4) Wenn Sie Ihren Wohn- oder Geschäftssitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft verlegen, sind die Gerichte in Deutschland zuständig. Dies gilt nicht für einen Umzug nach Island, Norwegen oder in die Schweiz.
- (5) Beginn, Dauer und Unterbrechung der Verjährung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag richten sich nach »VVG und Bürgerlichem Gesetzbuch (BGB)«. Derzeit beträgt die regelmäßige Verjährungsfrist drei Jahre.

Anhang: Erklärung wichtiger Fachbegriffe (Glossar)

Beitragszahlweise

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

Bewertungsreserven

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

Deckungskapital

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

Deckungsrückstellung

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

Garantierte Leistungen (versicherte Rente)

Die garantierte versicherte Rente ist die versicherte Leistung, die Sie mit uns für den »*Leistungsfall* vereinbart haben. Außerdem können Sie zusätzlich eine »*Gewinnrente* erhalten.

Gesundheitsprüfung

Die Gesundheitsprüfung ist Teil der »*Risikoprüfung*. Vor Abschluss einer Versicherung stellen wir Fragen zu der Gesundheit der zu versichernden Person. Mit diesen Antworten schätzen wir ein, ob wir den Antrag zu normalen Bedingungen annehmen. Falls Vorerkrankungen vorliegen, können wir Zuschläge auf den Beitrag verlangen, bestimmte Leistungen ausschließen oder den Antrag ablehnen. Es ist wichtig, dass die Fragen zur Gesundheit richtig beantwortet werden. Denn sonst können wir in bestimmten Fällen vom Vertrag zurücktreten oder Ihnen eine Leistung versagen. Näheres dazu finden Sie in § 5.

Gewinnrente

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

HGB

Abkürzung für Handelsgesetzbuch.

Inkrafttreten (beispielsweise einer Beitragsfreistellung)

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

Kosten

Für den Abschluss und die Verwaltung Ihres Vertrags zahlen Sie Abschluss- und Verwaltungskosten. Diese Kosten sind bereits in Ihren Beiträgen enthalten. Sie müssen sie nicht zusätzlich zahlen. Mehr zu den Abschlusskosten finden Sie in § 11. Wie hoch die Kosten für Ihren Vertrag genau sind, finden Sie in Ihrem Informationsblatt.

Leistungsdauer

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

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

Leistungsfall

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

Natürliche Person

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

Rechnungsgrundlagen

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

Rentenzahlungsperiode

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

Rentenzahlweise

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

Risikoprüfung

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

Rückkaufswert

Der Rückkaufswert entspricht dem Wert des garantierten »Deckungskapitals zum Zeitpunkt einer Kündigung oder Beitragsfreistellung. Aus dem Rückkaufswert ermitteln wir den Betrag, den wir für die Berechnung beitragsfreier Leistungen zugrunde legen. Mehr zur Beitragsfreistellung finden Sie in § 16. Die konkrete garantierte Höhe des Rückkaufswerts und der zugehörigen beitragsfreien Leistung bei Beitragsfreistellung Ihres Vertrags finden Sie beispielsweise in Ihrem »Versicherungsschein.

Stamntag

Der Stamntag ist der erste Tag des Monats, in dem die Versicherung abläuft. Den Ablauftermin Ihrer Versicherung finden Sie in Ihrem »Versicherungsschein. Wenn Sie Ihre Vertragsdauer verlängern (siehe § 14), ändert sich dadurch jedoch nicht Ihr Stamntag.

Textform

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

Überschussanteil

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

Überschussdeklaration

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

Überschuss, Überschussbeteiligung

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

Überschussverwendung

Die Überschussverwendung ist die Art und Weise, wie wir »Überschüsse den Verträgen bei der »Überschussbeteiligung zuteilen. Das kann zum Beispiel eine »Gewinnrente sein. Näheres finden Sie in § 10.

Überschusszuteilung

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

VAG

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

Verantwortlicher Aktuar

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

Verbrechen

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

Vergehen

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

Versicherungsdauer

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

Versicherungsperiode

Die Versicherungsperiode richtet sich nach der »*Beitragszahlweise*«. Bei Abschluss des Vertrags entscheiden Sie sich für eine monatliche, vierteljährliche, halbjährliche oder jährliche »*Beitragszahlweise*«. Die Versicherungsperioden legen wir vom »*Stamntag*« der Versicherung aus fest.

Ist der »*Stamntag*« der Versicherung beispielsweise der 1. Juli bei halbjährlicher »*Beitragszahlweise*«, so gibt es jährlich zwei Versicherungsperioden: vom 1. Juli bis zum 31. Dezember und vom 1. Januar bis zum 30. Juni.

Versicherungsschein

Der Versicherungsschein ist die Urkunde über einen zustande gekommenen Versicherungsvertrag.

VVG

Abkürzung für Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz).

Wiederherstellung, Wiederinkraftsetzung

Wenn Ihr Vertrag für einen gewissen Zeitraum beitragsfrei war, können Sie unter bestimmten Umständen die Beitragszahlung wieder aufnehmen. Dann sprechen wir von einer Wiederherstellung oder Wiederinkraftsetzung. Näheres dazu erfahren Sie in § 18.

Wirksamkeitstermin (beispielsweise einer Kündigung)

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